

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ DE SANTÉ

ANNÉE 2025

2025 TOU3 1528

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lisa DJOUAHRA

le 30 avril 2025

EXPÉRIENCE DES PROFESSIONNELS DE PÉDOPSYCHIATRIE
EXERÇANT AUPRÈS DES ENFANTS DE RETOUR DE ZONE
D'OPÉRATIONS DE GROUPEMENTS TERRORISTES IRAKO-
SYRIENNE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

Directeur de thèse : Dr Lucie ROSENTHAL

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Alexis REVET	Assesseur
Monsieur le Docteur Benjamin NACCACHE	Assesseur
Madame le Docteur Lucie ROSENTHAL	Suppléant
Monsieur le Professeur Mario SPERANZA	Invité

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
Faculté de santé

FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Eile	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIF Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RALHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENGUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVALD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatimah (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DESGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Marie-Eugénie	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RADOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile	Professeurs Associés de Médecine Générale
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	M. ABITTEBOUL Yves
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	M. BIREBENT Jordan
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	M. BOYER Pierre
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	Mme FREYENS Anne
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. COGNARD Christophe	Radiologie	Mme LATROUS Lella
Mme CORRE Jill	Hématologie	M. POUTRAIN Jean-Christophe
Mme DALENC Florence	Cancérologie	M. STILLMUNKES André
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	Professeurs Associés Honoraires
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	Mme MALAUAUD Sandra
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie	Mme PAVY LE TRAON Anne
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	M. SIBAUD Vincent
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	Mme WOISARD Virginie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale	
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PIAU Antoine	Médecine Interne	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie	
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. AFOIL Poi Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biochimie
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biochimie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessica	Biologie du dev. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibaut	Médecine Interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
M. GONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GUISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biochimie et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biochimie	Mme VUA Lavinia	Biochimie et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULEA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Cher Professeur, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. C'est lors de mon passage dans votre service en deuxième semestre que j'ai désiré devenir pédopsychiatre, grâce à la riche culture clinique que vous transmettez par vos enseignements et votre compagnonnage. Votre pédagogie tout au long de mon internat et l'attention que vous portez à notre formation n'ont cessé de me conforter dans le choix de notre belle discipline. Je rejoindrai avec plaisir l'équipe du SUPEA pour mes débuts en tant que médecin thésée. Je vous remercie pour le soutien et l'intérêt que vous accordez à ma recherche.

Monsieur le Professeur Alexis Revet,

Cher Professeur, je suis honorée de vous compter parmi mon jury de thèse. Merci pour vos enseignements et votre accompagnement attentif et juste des internes. Nous n'avons pas eu l'occasion de travailler ensemble en clinique, mais vous m'avez été d'un soutien précieux tout au long de ce travail de recherche auquel vous avez prêté attention, temps, conseils et intérêt. Vous avez su m'encourager à chaque étape, et sans votre aide, je n'aurais pas pu terminer ce travail en temps et en heure. Je vous en suis infiniment reconnaissante.

Monsieur le Professeur Mario Speranza,

Cher Professeur, vous me faites la faveur de participer à ce jury de thèse, et je vous en remercie. Vous avez soutenu ce travail dès ses prémices, et sans votre concours, celui-ci n'aurait pas pu se déployer. Vous m'avez offert de votre temps et de vos précieux conseils à de nombreuses reprises, alors même que je ne relève pas de votre subdivision. Je vous en remercie sincèrement. Je serai honorée de poursuivre notre collaboration dans les prochaines étapes de cette recherche.

Madame le Docteur Lucie Rosenthal,

Je te remercie pour tout ce que tu as porté et apporté dans ce travail de recherche, et même au-delà. Les enfants de retour de zone ont marqué notre rencontre professionnelle, et tu as su étayer ma réflexion clinique et m'accompagner dans cette expérience intense, fondatrice mais tout de même déstabilisante pour la très jeune clinicienne que j'étais. Des années plus tard, tu as accepté de construire avec moi ce projet de recherche alors que tu mesurais l'ampleur de la tâche. C'est également grâce à toi que je me suis formée aux pratiques transculturelles qui ont façonné mon approche du soin. Tu m'as apporté conseils et soutien à de nombreuses reprises au cours de mon internat, y compris dans les moments difficiles. Je t'en suis immensément reconnaissante, avec toute mon amitié. Ce sera un sincère plaisir de continuer à travailler ensemble.

Monsieur le Docteur Benjamin Naccache,

Tu as été d'une aide extrêmement précieuse à plusieurs étapes-clés de ce travail. Ta patience, ta bienveillance, ta disponibilité et ta pédagogie dans l'accompagnement des internes qui, comme moi, s'improvisent jeunes chercheurs en recherche qualitative, m'a permis d'avancer sereinement dans ce travail. Tu as montré un intérêt attentif, sincère et encourageant à cette recherche à laquelle tu m'as aidée à apporter rigueur et méthodologie. Je t'en remercie de tout cœur. Nous n'avons pas eu l'occasion de travailler ensemble en clinique, mais j'en serais ravie tant tes qualités de clinicien sautent aux yeux.

Aux professionnels des centres de référence ayant participé à cette étude,

Je ne saurais comment vous remercier d'avoir rendu cette recherche possible en me donnant de votre temps et de votre investissement. J'espère sincèrement que le résultat de notre travail vous semble fidèle à vos pratiques dans toute leur diversité. J'accueillerai vos retours avec attention et intérêt.

Aux Professeurs Thierry Baubet et Jean-Marc Baleyte,

Je vous remercie sincèrement pour l'aide que vous m'avez apportée dans la concrétisation de ce projet de recherche. Cette étude n'aurait pas pu se déployer sans votre concours. Je serais honorée d'avoir votre regard sur les résultats de ce travail.

A Delphine Nigon,

Un grand merci pour ton aide dans ce travail. Je sais que cette tâche qui t'a été confiée n'était pas une mince affaire, alors je tiens à rappeler que ce travail s'est finalisé grâce à toi.

Madame le Docteur Emmanuelle Teissier,

C'est une très belle rencontre que j'ai faite en croisant ton chemin professionnel au CMP de Blagnac. Tu es pour moi un modèle de fiabilité, de sens clinique, d'humanité et d'accueil. Tu insuffles autour de toi beaucoup de sérénité et de chaleur humaine. Tu m'as accompagnée avec beaucoup de confiance et de bienveillance, et je t'en remercie, avec toute mon amitié. Je suis ravie de rejoindre ton équipe très bientôt.

A toute l'équipe du CMP de Blagnac,

A Vincent, Bianca, Fabienne, Elina, Maxime, Éric et Hélène (je ne te tiens pas rigueur de ton départ !), qui m'ont accueillie si chaleureusement. Je me suis tout de suite sentie des vôtres. Votre bonne humeur n'a d'égale que votre fiabilité clinique. La confiance que vous m'accordez est inestimable, et c'est avec joie que je rejoins votre équipe très bientôt. Ce sera un plaisir de travailler avec Célia, Nina et Juliette qui ont rejoint le navire après mon passage.

A mes collègues qui m'ont accompagnée sur le chemin de l'internat,

A tous, je vous remercie d'avoir partagé avec moi vos savoirs-faires et savoirs-être. C'est grâce à toute cette variété d'échanges et de cultures cliniques que j'ai construit la professionnelle que je voulais devenir, qui a aujourd'hui la certitude d'être à sa place.

A toute l'équipe d'Antonin Artaud qui a su me donner confiance. Aux collègues de l'HDJ les Grands qui m'ont transmis l'étincelle de la pédopsychiatrie. Aux équipes des Bourdettes, de la ConsultAdo, du DSPP, qui m'ont permis, à mon rythme, de mûrir professionnellement. Aux équipes de PMI de Colomiers et de La Salvetat-Saint-Gilles qui m'ont si bien accueillie. A l'équipe du RAP31 pour son sens du partage et de la transmission, et son soutien précieux.

A ma mère,

Maman, je suis très émue de te présenter aujourd'hui ce travail de thèse, et je sais à quel point tu l'es aussi. Je n'ai aucun mot à la hauteur de l'amour et de la gratitude que j'ai pour toi. J'aimerais te dire que je pense très fort aujourd'hui à la période où ton soutien indéfectible m'a aidée à rebondir alors que je baissais les bras en P1. J'ai une chance infinie de t'avoir pour Maman. Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à toi, c'est une évidence. Merci pour tout l'amour que tu m'as donné, et les belles valeurs que tu m'as transmises.

A mon père,

Papa, cette thèse est pour toi. Je suis immensément fière de ton parcours, de tout ce que tu as construit, et surtout de t'avoir pour Papa. Tu as donné à chacune de nous trois un amour infini qui nous a portées très loin. Je suis arrivée ici en suivant tes pas, tes valeurs, tes conseils. J'ai pour toi un amour et une gratitude immesurables. Notre héritage, notre culture et notre histoire sont une richesse immense qui a évidemment guidé ce travail. Je porte notre nom avec fierté.

A ma grande sœur,

Ma Cécilia, ma sœur adorée, je suis émue et comblée de t'avoir à mes côtés en ce moment fort de mon parcours. Je suis tellement fière de toi et de tout ce que tu as bâti. Te voir épanouie, digne et pleine de vie me rend immensément heureuse. Tu as trouvé ta place, et c'est le fruit d'un travail de longue haleine, avant tout le tien, et celui de nos parents qui t'ont accompagnée avec beaucoup d'amour et de justesse pour que tu te réalises. J'ai pleine confiance en toi pour que tu entretiennes cette belle énergie, et en nous pour partager encore tant de beaux moments.

A ma petite sœur,

Mon Amélie, ma petite sœur chérie. T'avoir à mes côtés aujourd'hui m'emplit de bonheur. Tu sais à quel point je t'admire, et à quel point je suis fière de la belle personne que tu es devenue.

Tu es brillante, rayonnante, pleine de générosité, d'humour et de joie. Je n'ai aucun doute sur le fait que tu continueras à cultiver ce bonheur qui te rend si lumineuse. J'ai toute confiance en Antoine pour te suivre sur ce chemin. Nos souvenirs ont une valeur inestimable, et je nous en souhaite encore tant d'autres.

A mon Valentin,

Mon Squall, que serait ma vie aujourd'hui sans le Rêve que nous vivons ensemble ? Je te remercie pour ton amour, ton soutien, pour tout ce que tu cultives pour nous, notre bonheur et celui de Limbo et Viggo. Je sais qu'à Univers, on se retrouvera pour Toujours et à Jamais. Je crois en nous !

A ma chère Marraine,

Ma Lucie, t'ai-je suffisamment dit à quel point je suis chanceuse que tu sois ma marraine ? Depuis le jour où j'ai (daigné !) accepter que tu le deviennes, on a toujours partagé cette belle complicité que je chéris. Je t'admire beaucoup, tu es pour moi un modèle d'amour, d'humanité, de générosité et de pétillance. J'aime nos échanges et tout ce que nous partageons. C'est aussi grâce à ton accueil chaleureux que j'ai pu réaliser ce travail lors de mes nombreux déplacements à Paris ! Cette période me manque. Embrasse Maëline, Lilwenn et Jérôme de ma part.

A ma chère Mamie, Célestine,

Tu laisses un grand vide par ton absence. Les valeurs que tu m'as transmises font de moi la personne que je suis aujourd'hui, et le médecin que je serai demain.

A ma famille, qui me fait l'immense plaisir d'être là,

Suzanne, Jean-Claude, Florence, Elyse, Blandine, Olivier, Edgar, Simone et Josette, je vous remercie de tout cœur d'être présents en ce moment particulier. J'ai toujours trouvé en notre famille des liens forts et une inconditionnelle affection. Une pensée pour tous ceux qui ne sont pas là aujourd'hui mais dont le soutien compte.

A ma famille de l'autre côté de la mer,

A mon oncle Rabah, ma tante Fatma, mes cousins Abdessamed, Assia, Mohamed-Yacine, Merouan. A Souhaila, Nada, Yasmine et Lamine que j'ai eu la joie de rencontrer cette année. A Ahmed, Safia, Moh-Moh, El Aldja, Slimane, Halima. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, appris, et fait découvrir de ce beau pays qui est le nôtre. Merci pour tous les beaux moments partagés cette année, pour votre accueil et votre chaleur.

J'embrasse toute la famille.

A Maryse et Philippe,

Votre gentillesse, votre douceur et votre générosité rendent précieux chaque moment. C'est toujours un plaisir de se retrouver, et si simple d'être soi-même à vos côtés. Merci pour votre soutien et vos délicates attentions ces derniers mois.

A mon indéfectible partenaire de violon, et amie de toujours,

Ma Kenza, je ne sais comment qualifier notre amitié si précieuse. On s'est vues grandir... Se retrouver a toujours été une évidence, et la musique a accompagné cette belle histoire pendant tant d'années. On avait tellement confiance en notre amitié qu'on a laissé l'internat nous séparer. Mais on s'est retrouvées comme si on s'était quittées vendredi dernier à l'orchestre ! J'ai énormément d'affection et d'admiration pour toi, et j'ai été très émue de ta confiance quand tu m'as choisie pour être témoin de ton mariage. J'ai toute confiance en Mohamed-Lotfi (notre cher Momo) pour partager et cultiver votre bonheur. Il est une merveilleuse personne que j'ai eu le plaisir d'apprendre à connaître. J'ai confiance en nous pour prendre soin de nos amitiés !

Embrasse fort Saïda, Hocine et Sofiane qui, je le sais, sont avec nous par la pensée.

A l'amie de ma plus tendre enfance,

Ma chère Lise, on se connaît par cœur puisque c'est à peine si on savait marcher quand on s'est rencontrées. Je ne peux me replonger dans mes souvenirs d'enfance sans penser à toi. Je sais à quel point on peut compter l'une sur l'autre en toutes circonstances. J'admire l'énergie et la ténacité que tu as déployées pour retrouver tes racines. Merci de sans cesse me rappeler à quel point notre lien est précieux.

A Louise,

Tu sais à quel point j'ai été heureuse des moments que nous avons partagés pendant l'année où cette recherche battait son plein. Je te suis intensément reconnaissante de m'avoir si bien accueillie chez toi à chaque fois que je suis venue, je me sentais vraiment à la maison. On a eu plein de belles occasions de mieux se connaître et ces moments étaient fabuleux. J'ai passé de très beaux moments avec ta famille que je remercie chaleureusement pour leur gentillesse et leur hospitalité. J'ai hâte de partager d'autres moments ensemble.

A Isabelle,

Tu m'as transmis il y a maintenant presque 20 ans le goût du violon qui ne m'a jamais quittée. Tu m'as appris à quel point la rigueur, la ténacité et surtout la passion pouvaient faire naître de très belles choses. Je n'oublierai jamais ta bienveillance et ta pédagogie. J'espère de tout cœur que nos chemins se croiseront de nouveau malgré la distance !

A mon ami de P1,

Très cher Corentin, j'ai bien sûr une pensée toute particulière pour toi en ce jour spécial. L'intensité de ce qu'on a traversé ensemble en première année nous a liés pour longtemps. Même si on est bien occupés par nos vies respectives, c'est toujours un plaisir de se retrouver. Je suis heureuse de te voir t'épanouir dans ta voie malgré les embûches que tu as dépassées ! J'ai hâte que toi aussi, tu atteignes le bout de ce long chemin. Tu peux compter sur moi pour te soutenir.

A mes chères amies de la faculté de Médecine de Saint-Etienne,

A Julie, à ton amitié si fidèle et généreuse, ton authenticité, ton humour et ton caractère bien à toi. Tu sais à quel point tu es un pilier pour nous toutes. Merci à toi de ne pas être partie en courant devant mes rigidités projectives quant à l'orthographe de mon nom de famille ! Je serais passée à côté de bien belles épopées amicales. Merci de tout cœur à tes parents de venir me soutenir aujourd'hui, j'en suis très touchée.

A Adria, ta loyauté, ta créativité, ta belle énergie, ta touchante sincérité. Je suis très fière de ce qu'est devenue notre amitié. Même si la distance qui nous sépare me pèse, elle ne rend nos retrouvailles que plus lumineuses. Je n'oublierai jamais la chanson que tu m'as écrite qui est un cadeau immensément précieux. Je te souhaite tout le meilleur pour la suite de ton chemin. Je me reconnais un peu en toi quand je vois à quel point tes choix ne te ménagent pas toujours.

A Salomé, ta force tranquille, ta gaieté, ton enthousiasme, ta fiabilité. Tu as toujours insufflé bonne humeur, rires et complicité (même au cœur du stress des partiels et concours). T'avoir à nos côtés est la garantie de souvenirs radieux. Je suis si heureuse de te savoir aujourd'hui en bonne santé. Sache que je serai toujours là pour toi dans les moments les plus difficiles.

A Anaëlle, ta gentillesse, ta délicatesse, ta patience, ton empathie. Quand on s'offre la chance de mieux te connaître, tu laisses apparaître ton monde où tu laisses une place toute particulière à la culture, sa beauté, son partage. C'est toujours une richesse d'échanger avec toi et de profiter de ta douce amitié. J'espère avoir plein d'autres belles occasions de s'enrichir mutuellement.

A Marie, ta profonde bienveillance, ta sensibilité, ton humanisme, ton ouverture d'esprit. Tu as cette faculté à accueillir l'autre, l'écouter, t'en enrichir avec justesse et mesure, et à enrichir à ton tour. Tu insuffles une belle sérénité autour de toi, dont je te souhaite de profiter avant tout.

A Emilie, ta rayonnante sympathie, ton humour, ton engagement en amitié, ton intégrité. Tu sais faire preuve d'un inestimable soutien et chacune de nous sait à quel point on peut compter sur toi. Ton investissement et ta rigueur dans ce que tu entreprends font de toi un modèle à mes yeux. Tu rayannes de chaleur humaine et de générosité dans l'amitié que tu offres.

A Melike, ton amitié affectueuse, ton naturel pétillant et malicieux, ta générosité, ton humour taquin. On a partagé un humour noir bien à nous qui me manque souvent. Je regrette de ne pas te voir plus souvent depuis mon départ, mais je sais à quel point tu es fidèle à toi-même quand je te retrouve.

A mes amis d'enfance et d'adolescence,

A Margaux, Corentin, Justine, Riri, Mathilde, Lucie. Aux amitiés insouciantes et rires de l'adolescence, à nos souvenirs de partage et de créativité. La vie nous a éloignés, mais je chéris ces moments.

Aux belles rencontres de l'internat et autres horizons professionnels,

A Cécile, ta finesse, ton amitié sincère et investie, ton bon goût, ton sens du partage. J'admire beaucoup tes talents d'artiste, et j'espère de tout cœur pouvoir concrétiser la belle énergie que tu investis dans la découverte de mon univers artistique, celui de la musique !

A Gabriella, ta joie communicative, ta générosité, ton authenticité. Tu garantis la bonne humeur en toutes circonstances, et tu donnes de toi sans compter (mention spéciale à ta cuisine !).

A Marie, ta créativité, ta sincérité, ta fraîcheur, ton caractère aventurier. Merci pour les jolis moments de partage chantés, et les conversations féministes.

A Malena, ta bienveillance, ton tempérament à la fois paisible et festif, ta justesse et tes valeurs humanistes. C'est passionnant de penser un monde plus juste avec toi.

A Adélaïde, ta gentillesse, ton élégance, ton enthousiasme, tes moments facétieux. Tu amènes beaucoup de pétillance dans les moments que nous partageons.

Aux jolis moments artistiques avec mes siffleuses de danse, Flora, Aubrée et Leslie. Au plaisir de partager d'autres parenthèses artistiques et échanges passionnés.

A Johann et Maryambanou, et nos conversations sincères et amicales. Au plaisir d'apprendre à mieux vous connaître !

A Camille, dont j'ai tout de suite apprécié la sympathie, l'aura tranquille, le sens de la finesse clinique et plus tard de la fête. Tu as été une sénior exceptionnelle à mes débuts, et par la suite tu es devenue une amie. J'ai beaucoup d'admiration pour ton parcours aventurier.

A Albanie, Amélie, Dalil, et aux autres jolies rencontres de l'internat.

A Nicolas, Héloïse, Julie, Pierre, Samira et la sympathique année ensemble sous le signe du transculturel.

Aux belles rencontres toulousaines,

A Kevin pour tous les moments d'amitié hauts en couleur entre jeux, victuailles, sport et voyage.

A Lucile et nos moments de complicité, de confiance et d'amitié autour d'un bon thé. Au plaisir de partager autour de la musique.

A Alexandre, ton amitié généreuse, la convivialité et la gaieté des moments avec toi. Je me fais une joie d'échanger autour de la musique et du métal avec toi.

A Imane et Yoan, votre profonde gentillesse, votre sollicitude. C'est toujours un plaisir de se retrouver. J'adorerais voyager avec vous au Maroc et en Algérie.

A Tilia, ta sincérité, ta douce gentillesse, ta créativité. Tes talents artistiques m'impressionnent et j'espère de tout cœur avoir la joie de partager des moments musicaux avec toi.

A Benjamin que j'ai eu le plaisir de retrouver dans notre belle ville après plus d'une décennie, et à Léa pour sa sympathie si naturelle.

A Virginie, ta spontanéité, ta gaieté, ta fiabilité, ton enthousiasme. Je sais à quel point on peut compter sur toi pour partager de beaux moments.

A Jessica, Olivier et Alejandra avec qui j'ai partagé de belles années de coloc'. Aux copains de jeu de rôle avec qui j'ai hâte de reprendre nos épopées.

A Anaëlle avec qui j'ai la joie de ressortir le violon pour de belles pauses musicales.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION.....	17
MATERIEL ET METHODES.....	20
A) LA RECHERCHE QUALITATIVE	20
B) POPULATION D'ETUDE.....	20
C) RECUEIL DES DONNEES	22
D) ANALYSE	23
E) CRITERES D'ETHIQUE	24
RESULTATS.....	25
SURVIVRE A L'IMPENSABLE : LA REALITE DES PARCOURS DE CES ENFANTS	25
1) <i>Des épreuves à chaque étape.....</i>	25
2) <i>Entre accueil et méfiance, revenir dans une société ambivalente.....</i>	27
3) <i>Un dispositif inédit.....</i>	28
4) <i>Supporter avec eux ce que le système fait vivre aux enfants.....</i>	30
UNE CLINIQUE DES EXTREMES	33
1) <i>Une clinique polymorphe et mouvante</i>	33
2) <i>Des enjeux de parole et de secret</i>	35
3) <i>La place centrale du psychotraumatisme</i>	38
4) <i>Une diversité de troubles développementaux.....</i>	39
5) <i>Des sujets transculturels.....</i>	41
ENTRE ENGAGEMENT INDIVIDUEL ET INSTITUTIONNEL, LE SOIN AU SERVICE DE LA SUBJECTIVITE DES ENFANTS DE RETOUR DE ZONE.....	43
1) <i>Un engagement fort, des précautions nécessaires</i>	43
2) <i>Un exercice institutionnel et partenarial délicat mais fondamental.....</i>	45
3) <i>L'horizon des soins : soutenir le déploiement de la subjectivité.....</i>	47
DISCUSSION	54
FORCES ET LIMITES DE CETTE ETUDE	54
L'ACCUEIL EN CENTRE EXPERT : UNE SOLIDE EXPERIENCE DES SPECIFICITES AU RISQUE DE LA STIGMATISATION	54
L'APPARENT RETRAIT DU FAIT RELIGIEUX ET DU CULTUREL.....	55

UNE JUSTE COLLABORATION AVEC LA JUSTICE : ENTRE CIRCULATION DE LA PAROLE ET RESPECT DE L'INTIMITE PSYCHIQUE	57
LES CENTRES DE REFERENCE : DE L'EXPERTISE A LA NECESSAIRE TRANSMISSION DES PRATIQUES	58
CONCLUSION	61
REFERENCES.....	62
ANNEXES	66
ANNEXE 1. LISTE DES ABREVIATIONS	66
ANNEXE 2. GRILLE COREQ	67
ANNEXE 3. ARBRE THEMATIQUE.....	71

INTRODUCTION

Les mineurs de retour de zone d'opérations de groupements terroristes irako-syrienne, dits "enfants de retour de zone" (ERZ), sont les enfants de nationalité française dont les parents sont partis rejoindre les territoires régis par des groupes affiliés au terrorisme islamiste à la région frontalière irako-syrienne. La plupart ont vécu en zone de guerre puis plusieurs années dans des camps de détention depuis la chute de l'Etat Islamique en 2019.

Ils sont progressivement rapatriés et pris en charge par l'État français, la norme juridique (1,2) prévoyant depuis 2017 une prise en charge sociale, juridique et médico-psychologique. Des centres de référence régionaux pédiatriques et pédopsychiatriques ont été désignés dans ce contexte. Depuis le déploiement de ce dispositif sur le territoire, les équipes de pédopsychiatrie de ces centres de référence ont développé une pratique clinique singulière à la fois préventive et curative de la santé mentale de ces enfants et adolescents. Ces dispositifs ont accueilli un nombre croissant d'enfants et d'adolescents jusqu'à développer une véritable expertise clinique.

A l'international, les modalités de rapatriement et d'accueil sont très variables, selon le rapport de Human Rights Watch (3) qui stipule qu'une trentaine de pays ont rapatrié ou aidé au retour leurs ressortissants, dont plus de 1500 enfants entre 2019 et 2022. Certains pays ont rapatrié tout ou la plupart de leurs ressortissants, comme l'Allemagne ou le Danemark. D'autres, comme la France, l'Australie ou les Pays-Bas, ont repris ou intensifié leurs rapatriements à partir de 2022, et certains, comme le Canada, le Maroc et le Royaume-Uni, en ont rapatrié très peu. Il est très difficile de savoir précisément le nombre d'enfants rapatriés sur le territoire français faute de chiffres officiels disponibles. Sur une estimation de 500 enfants sur zone en 2018, 326 mineurs (certains orphelins de mère et de père) ont été rapatriés depuis 2015, dont 77 en juillet 2018, 84 en mars 2019, 132 de l'été 2022 à juillet 2023 (2,4,5). Dans un contexte de positionnements politiques changeants et longtemps défavorables au rapatriement de ses ressortissants, la France a été condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme suite au refus de rapatrier des familles à la demande de leurs parentés (6). En effet, les inquiétudes de la société française quant au rapatriement de ses ressortissants transparaissent tant dans la presse que dans certaines communications politiques officielles (7–9). Aussi, quand ils bénéficient du rapatriement avec leurs enfants, les parents, principalement les mères, sont remis aux autorités judiciaires compétentes (8). Ils font alors l'objet de l'engagement immédiat de poursuites du chef d'association de malfaiteurs terroriste criminelle, ce qui conduit le plus souvent à leur incarcération immédiate à leur arrivée sur le territoire français.

La psychopathologie de ces enfants et ses spécificités cliniques ont été peu étudiées, en France comme à l'international. Ces enfants sont pourtant à risque de développer des troubles mentaux du simple fait de leur exposition à des événements de vie adverses répétés sur leurs parcours (10,11), tels que la guerre, l'exil, ou la discontinuité des figures d'attachement. L'exposition à ces événements présage d'un impact sur leur espérance de vie (12) selon les travaux réalisés sur les événements adverses de l'enfance (*Adverse Childhood Experiences*, ACE). Les rares données concernant spécifiquement ces enfants disponibles dans la littérature font état de manifestations psychopathologiques fréquentes. La prévalence des troubles psychologiques et du comportement estimée à 51%, et celle des troubles psychomoteurs est estimée à 26% dans une étude transversale réalisée à l'hôpital Jean Verdier à Bondy (13). Les troubles mentaux sont de nature variée (14,15) comprenant trouble de stress aigu et autres manifestations réactionnelles, trouble de stress post-traumatique, troubles dépressifs, troubles de l'adaptation, troubles de l'attachement. Bien que n'ayant pas été retenu dans les classifications internationales, le concept de traumatisme développemental (*Developmental Trauma Disorder*) est suggéré pertinent pour ces enfants (16). Cette catégorie nosographique, introduite entre autres par Van der Kolk (17), propose d'appréhender les effets des traumatismes interpersonnels et de la perturbation des systèmes de caregiving sur le développement de la régulation des affects, de l'attention, de la cognition, de la perception et des relations interpersonnelles. Elle souligne ainsi l'impact durable des traumatismes répétés sur le développement encore non acquis de l'enfant (18). Sur le plan de leur santé physique, pour lequel nous disposons également de très peu de données dans la littérature, il apparaît que ces enfants peuvent souffrir de pathologies infectieuses fréquentes (dont la tuberculose), d'états de dénutrition ou de retard de croissance (13).

Plusieurs publications témoignent de l'expérience de professionnels de pédopsychiatrie (4,19–24), de la protection judiciaire de la jeunesse (25), de la justice (5) et de l'aide sociale à l'enfance (26) notamment les assistants familiaux (27,28). Ces travaux mettent en lumière les réactions intenses que ces enfants et adolescents peuvent susciter chez les professionnels, telles qu'un fort investissement, ou au contraire des inquiétudes voire de la méfiance liées à la participation de leurs parents à des opérations terroristes. Par ailleurs, l'organisation de l'accueil de ces enfants par la société française soulève plusieurs questions éthiques. Les professionnels du soin psychique exercent ainsi dans un espace à la frontière entre le soin et le politique (22), à une place particulière qui implique de penser les positions éthiques et cliniques compte tenu des enjeux sécuritaires et médiatiques, pour promouvoir les besoins et intérêts des enfants (4).

La recherche menée dans le cadre de ce travail de thèse est une étude qualitative réalisée auprès des professionnels de pédopsychiatrie exerçant au sein des centres de référence désignés pour la prise en charge des enfants de retour de zone. Elle vise à explorer l'expérience, le vécu et les représentations des professionnels de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans cette pratique particulière qui les confronte à une clinique de la guerre, des violences, de l'exil et des ruptures. Dans un contexte sociétal dont les enjeux socio-politiques ont teinté la création de ces dispositifs, l'accueil et la rencontre avec ces enfants dans les centres de soin, et la place du soin dans le maillage partenarial méritent d'être explorés également. Les objectifs de cette étude sont détaillés dans le **tableau 1**.

Tableau 1 : Objectifs de l'étude

Objectifs	
Principal	Explorer et analyser l'expérience, le vécu et les représentations des professionnels de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent exerçant ou ayant exercé au sein des centres de référence chargés de l'évaluation, de l'accueil et de la prise en charge médico-psychologique des enfants de retour de zone, afin d'étudier les spécificités de cet exercice de la pédopsychiatrie.
Secondaires	Explorer indirectement la psychopathologie, les spécificités cliniques, et l'évolution des enfants de retour de zone.
	Améliorer les pratiques concernant le parcours de soins des enfants de retour de zone au sein et en dehors des centres de références.

La méthodologie qualitative nous est apparue cruciale pour explorer la pluralité des approches, des positions théoriques et cliniques, des organisations institutionnelles, des particularités cliniques propres à chaque centre. Également, cette recherche pourrait permettre d'approcher certaines spécificités psychopathologiques qui peinent à être étudiées directement auprès des enfants du fait de problématiques éthiques (enjeu d'anonymat, nombre restreint d'enfants, forte exposition médiatique, difficulté à recueillir le consentement libre et éclairé du parent). Enfin, les parcours de ces enfants qui, progressivement, sont amenés à s'éloigner des centres de référence à la faveur des rapprochements familiaux ordonnés par la justice des enfants, font de la transmission des pratiques une question centrale. Il s'agit de partager ce qui apparaît comme des recommandations de pratique aux yeux des professionnels expérimentés, pour soutenir leur accueil et prise en soin au sein de structures de droit commun.

MATERIEL ET METHODES

A) La recherche qualitative

La méthodologie qualitative se fonde sur une approche inductive et exploratoire plutôt qu'hypothético-déductive. Elle permet de comprendre et décrire des phénomènes complexes et d'approcher l'expérience des sujets au plus près de leurs représentations. L'intérêt de cette méthodologie est d'explorer les vécus et pratiques de la manière la plus exhaustive possible. La place des méthodologies qualitatives est aujourd'hui reconnue comme incontournable dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (29).

Plus précisément, la méthodologie retenue est celle de l'Analyse Interprétative Phénoménologique (IPA). Elle consiste en de multiples lectures de chaque entretien, annotés pour en faire ressortir les idées (codes), qui s'articulent progressivement en sous-thèmes et thèmes. Les résultats concilient ces thèmes et sous-thèmes en s'astreignant à conserver l'hétérogénéité des résultats, notamment en donnant une place particulière aux données contradictoires (dits "cas négatifs" lorsque les propos de participant(s) vont à l'encontre de la tendance majoritaire).

B) Population d'étude

Le recrutement ciblait les professionnels de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des centres de référence, exerçant au sein des hôpitaux désignés pour la prise en charge médico-psychologique des enfants de retour de zone. Il s'adressait aux différentes professions constituant ces équipes (psychologues, pédopsychiatres, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés, infirmiers, internes en médecine). Il s'agit de professionnels ayant acquis, pour certains depuis la création du dispositif de rapatriement en 2017, une expertise précieuse de la pratique du soin psychique prodigué à ces enfants qui demeurent peu nombreux sur le territoire français. Quatre centres de référence ont participé au recrutement : celui de l'hôpital Avicenne de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), ayant reçu 112 enfants au moment du recrutement (pour 124 sollicitations), celui du Centre Hospitalier de Versailles ayant reçu 70 enfants, celui du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil ayant reçu 32 enfants (pour 34 sollicitations dont une concernant un jeune majeur au moment du retour), et le centre de référence du CHU de Toulouse rattaché au Centre Régional du Psychotraumatisme enfants-adolescents antenne Occitanie (CRPOc) ayant reçu 12 enfants.

Au moment du recrutement, les participants exerçaient au sein des centres de référence, ou avaient exercé et cessé cette activité. Le recrutement a procédé à un échantillonnage ciblé, en vue de la participation de profils variés (représentation des différentes professions, variété

de l'ancienneté professionnelle et au sein du dispositif, des approches théoriques institutionnelles et individuelles...).

Les professionnels du soin psychique exerçant auprès de ces enfants en dehors des centres de référence (structures publiques de droit commun, professionnels libéraux), ainsi que les professionnels socio-éducatifs accompagnant et accueillant ces enfants comme l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), n'ont pas été ciblés par le recrutement car nous avons estimé que leurs expériences présentaient des spécificités qui mériteraient des travaux de recherche dédiés. Les professionnels stagiaires (hors internes en médecine) n'ont également pas été recrutés.

Nous avons inclus 20 professionnels (5 participants du CHU de Toulouse, 6 de l'hôpital Avicenne, 5 du CH de Versailles, 4 du CHI Créteil). Nous avons fait circuler un courriel présentant la recherche aux équipes des centres de référence en sollicitant en amont les chefs de service de ces structures de soin. Nous avons ensuite transmis par courriel aux professionnels volontaires des informations supplémentaires (nature des entretiens, enregistrement de l'audio en vue de la retranscription, anonymisation), quelques questions simples étaient adressées pour caractériser la population participante (âge, ancienneté professionnelle, durée de l'expérience au sein du centre de référence). Pour quelques participants, il y a eu un échange téléphonique en amont de la rencontre. La notice d'information sur le traitement des données, rédigée avec la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du CHU de Toulouse, était émise à cette étape afin que le participant puisse en prendre connaissance au moins une semaine avant l'entretien. Il a également été présenté que les citations amenées à apparaître seraient proposées aux participants les ayant énoncées pour relecture. Un rendez-vous était établi sur le lieu choisi par le participant, le plus souvent son lieu de travail. Quatre entretiens sur les 20 réalisés ont eu lieu en visioconférence. Cinq personnes contactées n'ont pas participé, certaines déclarant un manque de temps à accorder à la recherche, d'autres ne donnant pas de réponse. Le recrutement s'est déroulé de décembre 2023 à octobre 2024.

Afin de préserver l'anonymat des participants appartenant à des équipes restreintes donc facilement identifiables, nous ne présentons pas les caractéristiques des participants en détail. L'échantillon représente les différentes professions exerçant au sein des centres de référence (psychologues, pédopsychiatres dont internes en médecine, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés). Au moment de l'inclusion, l'ancienneté professionnelle varie entre 2 ans 1 mois et 44 ans, la durée de l'expérience au sein du dispositif entre 4 mois et 6 ans 10 mois. Les participants sont âgés de 26 à 67 ans à l'inclusion pour une moyenne d'âge à 43 ans. Les femmes sont largement majoritaires dans l'échantillon.

C) Recueil des données

Les données ont été collectées par des entretiens individuels semi-structurés, avec l'appui d'une grille d'entretien à laquelle les participants pouvaient répondre librement, en s'autorisant à enrichir l'échange au-delà des questions posées. La grille d'entretien a évolué au cours de la recherche pour explorer les thèmes émergents amenés par les participants au fil de l'étude. La dernière version de la grille d'entretien est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Grille d'entretien

<p><u>Depuis quand travaillez-vous auprès des enfants de retour de zone d'activité terroriste irakosyrienne ?</u></p> <p>Comment avez-vous été amené à travailler auprès de ces enfants ?</p>
<p><u>A l'époque, vous en pensiez quoi, de ces enfants, et de l'idée de travailler avec eux ?</u></p> <p>Comment avez-vous réagi quand on vous a proposé le poste ?</p>
<p><u>Comment s'est passée votre prise de poste ?</u></p>
<p><u>Quelle est votre pratique professionnelle avec ces enfants ?</u></p> <p>Quelles en sont ses spécificités, ses difficultés éventuelles ?</p> <p>Quelle place occupe le travail partenarial dans votre pratique ?</p>
<p><u>Selon votre expérience, comment évoluent ces enfants au cours du suivi ?</u></p> <p>Pouvez-vous donner un exemple de suivi ?</p> <p>Quels éléments influencent l'évolution clinique des enfants ?</p>
<p><u>Selon vous, qu'est ce qui a pu faciliter le bon déroulement des soins pour certains enfants ?</u></p> <p>A contrario, quelles peuvent être les entraves aux soins ?</p> <p>Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées personnellement ?</p> <p>Quelles seraient vos suggestions d'amélioration, vos besoins ?</p>
<p><u>Comment prenez-vous en compte la dimension culturelle ?</u></p> <p>Travaillez-vous avec le concours d'un interprète ?</p> <p>Comment abordez-vous la question du religieux dans votre pratique ?</p> <p>Selon vous, qu'est-ce qui peut entraver l'accès à la dimension culturelle pour certains enfants ?</p>

Les entretiens ont duré entre 52 et 122 minutes, pour une moyenne de 89 minutes. Tous les entretiens ont été menés par la même investigatrice. L'audio des entretiens seulement était enregistré, puis retranscrit mot pour mot en signifiant les données non-verbales (hésitations, rires, soupirs, nuances expressives...). Dès la retranscription, les données nominatives étaient anonymisées (tiers, villes, hôpitaux, services...). La longue durée des entretiens et l'ouverture aux interventions spontanées ont permis au discours des participants de se déployer, donnant accès à un matériel varié et approfondi. Les entretiens ont été menés au-delà de la saturation des données d'analyse qui a été obtenue au 15^{ème} entretien (obtention de données redondantes).

D) Analyse

La méthodologie choisie pour l'analyse des entretiens est celle de l'IPA, "analyse interprétative phénoménologique", développée dans les années 1990 en Angleterre par Smith (30). C'est une méthodologie répandue dans le champ de la psychologie et de la santé mentale. Elle s'intéresse au sens donné par le sujet aux expériences vécues et aux mécanismes psychologiques sous-jacents (31). La mise en pratique de cette méthodologie s'est appuyée sur l'ouvrage de Paillé et Mucchielli à cet usage (32). L'analyse a consisté en de multiples lectures de chaque entretien, en effectuant des annotations (appelées codes), d'abord descriptives paraphrasant le discours explicite, puis conceptuelles en dégagant les énoncés implicites ou sous-entendus. Les liens entre les annotations sont établis pour faire émerger des thèmes, qui s'organisent progressivement en thèmes et sous-thèmes enrichis par les entretiens itératifs. Pour ce faire, le logiciel NVivo 12 plus a été utilisé. La saturation des données d'analyse, c'est-à-dire l'obtention de données redondantes (arrêt de l'émergence de nouveaux thèmes), a été obtenue lors de l'analyse de l'entretien 15.

Aux étapes-clefs de l'analyse (émergence de thèmes inattendus, choix concernant le regroupement de sous-thèmes...), une triangulation (étude concertée du matériel et des thèmes) a été réalisée avec la directrice de cette recherche, Docteur Lucie Rosenthal. La rédaction des résultats poursuit le travail d'analyse en revoyant la formulation des thèmes et sous-thèmes, l'organisation et l'énonciation de ceux-ci. Au cours de la rédaction, les résultats ont été présentés à deux professeurs de pédopsychiatrie (PUPH : Professeurs Universitaires Praticiens Hospitaliers), et à un groupe de travail d'internes en psychiatrie réalisant des travaux de recherche qualitative (formés et encadrés par une équipe de pédopsychiatres), à visée de triangulation. Un carnet de bord a été tenu dès la conception de la recherche pour apporter un regard réflexif sur la subjectivité de l'investigatrice vis-à-vis de l'objet de recherche. Un article

centré sur le rapport de l'investigatrice à l'objet de recherche a été soumis à une revue et est en cours de révision.

E) Critères d'éthique

Cette étude respecte les exigences éthiques de la méthodologie de référence MR-004 (hors loi Jardé), et sa réglementation concernant la protection des données des participants. Cette réglementation implique l'information individuelle spécifique des participants avec non-opposition, appliquée par la transmission de la notice d'information. La base de données relative aux participants est codifiée selon la réglementation en vigueur pour la protection des données personnelles, et sécurisée par un mot de passe. L'étude est enregistrée au CHU de Toulouse sous le nom "PROREZONE" (référence RnIPH 2023-73), sous la responsabilité du Docteur Lucie Rosenthal.

L'étude répond aux critères COREQ (**Annexe 2**), applicables aux études qualitatives. Les citations utilisées dans ce manuscrit ont été préalablement soumises aux participants les ayant énoncées. Par souci d'anonymat, nous ne faisons pas apparaître la numérotation des entretiens correspondant aux citations présentées dans cet écrit, comme le voudrait l'usage dans les travaux de recherche qualitative. Cette thèse rédigée sera transmise aux participants pour relecture, en amont de toute publication scientifique concernant ce travail de recherche.

RESULTATS

L'arbre thématique présentant l'organisation des résultats est disponible en *Annexe 3*.

Survivre à l'impensable : la réalité des parcours de ces enfants

1) Des épreuves à chaque étape

Lorsque les enfants sont accueillis dans les centres de référence pour la première fois, les professionnels ne connaissent pratiquement pas leurs histoires de vie. Les cliniciens découvrent par la suite des réalités majoritairement très rudes, à chaque étape de leurs parcours. Certains parlent d'"histoires horribles", de "tragédies". Ils décrivent, pour les enfants nés en France, des départs sur zone précipités, et dans certains cas des rapt d'enfants par un parent quittant le territoire français pour rejoindre la zone de guerre. D'autres enfants sont nés et ont grandi en zone de guerre et/ou détenus dans des camps de rétention, où ils ont vécu dans conditions de vie extrêmes, dans lesquelles leurs *"besoins primaires ne sont pas du tout comblés"* (privation de liberté, précarité, carences alimentaires et sanitaires, promiscuité, défaut de scolarisation...). Des participants rapportent que de nombreux enfants ont connu, sur zone, des deuils notamment familiaux, des maltraitances, diverses violences (physiques, sexuelles, intra-familiales...), l'exposition à la mort (pour certains, des exactions militaires impliquant des enfants, des exécutions publiques...). Pour plusieurs soignants, la violence extrême de ces histoires de vie peut revêtir une dimension impensable, indicible, et la survie des enfants un caractère miraculeux.

« Je pense que ça peut susciter une immense tristesse, aussi.

Pendant certains récits, d'apprendre, et de réaliser ce qu'ils ont vécu. Et ce qu'ils ont vu, ce à quoi ils ont été exposés. [...] Devant des récits d'une telle horreur, on se dit "mais ça, j'aurais même pas pu l'imaginer". [...] Un côté tellement indicible, et singulier, ça peut être assez fascinant, en se disant "mais comment cet enfant peut être encore là aujourd'hui ? Comment c'est possible ?". »

Le rapatriement des enfants en France est assujéti aux choix parentaux qui en font, ou non, la demande. Certains professionnels ont connaissance de *"familles qui ne souhaitent pas rentrer"*, demeurant sur zone avec leurs enfants. Il dépend aussi de positions gouvernementales qui ont évolué dans le temps, en *"allers-retours"* (politique du cas par cas, suspension puis reprise des retours). Certains participants soulignent les manquements des autorités françaises

vis-à-vis de ses ressortissants demeurant sur zone, en dépit de nos *"devoirs en tant que pays"*, en termes de *"droit international"* et de *"protection de l'enfance"*. Ces soignants rappellent la condamnation de la France par la Commission Européenne des Droits de l'Homme. Le rapatriement se confronte également, selon certains professionnels, à des obstacles logistiques, comme la difficulté à identifier les enfants isolés ou orphelins dans les camps.

De surcroît, l'arrivée sur le territoire est décrite comme une étape particulièrement violente dans le parcours des enfants, du fait de la séparation brutale avec leur mère, *"sur le tarmac"*. Certains cliniciens parlent d'enfants *"arrachés à leur mère"*. Dans certaines situations, l'éclatement familial peut se poursuivre au sein de la fratrie quand elle est séparée. A l'inverse, d'autres mentionnent des situations où les liens sont préservés, quand des enfants isolés peuvent être placés avec des enfants ou fratries connues. La rudesse du retour est également rappelée dans sa dimension d'exil brutal. En effet, des participants expliquent que les dates de retour ne sont pas communiquées à l'avance aux familles rapatriées. Enfin, le parcours des enfants en France est à de nombreuses reprises dépeint comme un parcours de ruptures et d'instabilité (des liens, des lieux de placement...).

Au total, on identifie un cumul d'adversités auxquelles les enfants sont exposés. En mettant en perspective le matériel de recherche avec les travaux portant sur les événements adverses de l'enfance (*Adverse Childhood Experiences, ACE*), dont ceux de Felitti, on constate que toute la typologie des événements adverses reconnus comme ayant un impact sur la santé et l'espérance de vie à l'âge adulte est représentée : violences intrafamiliales verbales et psychologiques, violences physiques, abus sexuels, carences affectives, carences matérielles (alimentation, vêture), défaut de protection et de soins, séparations conjugales chez les parents, violences physiques et menaces par le care-giver, psychopathologie parentale ou chez un membre du foyer, incarcération d'un membre du foyer, absence de l'un des membres du foyer.

« Il y a la vie en Syrie, avec l'Etat Islamique [...] la vie dans les camps, et puis la séparation... je sais même pas si c'est possible de se représenter vraiment. [...] Certains de ces enfants ont vécu 2, 3, 4, 5 ans dans ces camps, dans des conditions folles, parfois, sans parents, voilà. Ils ont vécu tout un tas de ruptures [...]. On pourrait dire peut-être, cette résilience, si on utilise ce mot-là, quelque chose que je trouve impressionnant, de se dire voilà, après avoir vécu des contextes de guerre, si violents et réussir à retrouver une forme de vie... c'est impressionnant. »

2) *Entre accueil et méfiance, revenir dans une société ambivalente*

Les enfants sont rapatriés dans un contexte spécifique à la société française. En effet, les premiers accueils en soin au sein des centres de référence ont eu lieu en 2017. Cette période est marquée par les attentats terroristes ayant eu lieu en France en 2015 et 2016, qui imprègnent les représentations collectives et le climat politique : des participants parlent d'un "*contexte [de] société traumatisée*". Les questions de terrorisme, de radicalisation religieuse, d'islamisme violent et de religion musulmane étaient alors particulièrement présentes dans l'espace public. L'image des enfants se voyait étroitement associée à ce contexte socio-politique, réduite à celle de leurs parents, leurs choix et agirs. Aussi, le rapatriement des enfants divisait l'opinion publique et les autorités françaises dont les positions sont décrites "*peu claires*", inconstantes. Concrètement, cette ambivalence implique un rejet réel, notamment dans le cas des jeunes devenus majeurs sur zone faute de pouvoir bénéficier du rapatriement, situation qui indignait certains participants.

Des participants estiment que dans ce contexte, les enfants représentent "*un sujet très particulier*", sujet de société à l'origine d'une exposition médiatique particulièrement forte initialement. Ce climat spécifique est à l'origine de réactions de fascination, curiosités et peurs à l'égard des enfants et leurs familles, "*propres à la société française*", relevées par des participants pour eux-mêmes, leurs entourages personnels et professionnels, également observées en milieu mondain quand ils évoquent leur pratique professionnelle. Certains soignants disent éviter de mentionner leur poste exact en dehors de leurs milieux professionnels pour ne pas s'exposer à ces réactions.

« La peur était palpable. [...] On voyait les enfants à travers le prisme de leurs parents, en fait. Donc l'enfant ne représente que son parent, son père, sa mère, et ce que ses parents ont pu faire. Et tout ça, dans le contexte d'une société traumatisée. Et... c'est pour ça que je dis que je pense que cette fascination, et cette peur, sont propres à la société française. »

Des soignants suggèrent que cette peur collective est sous-tendue par la " *Crainte [que] ces enfants et adolescents ne deviennent des terroristes*". D'autres rapportent que des enfants peuvent percevoir et évoquer cette ambivalence du regard que leur porte la société. Successivement, ces enfants se voient appréhendés comme profondément victimes (de la guerre, des choix de leurs parents, de la violence du "*monde des adultes*"), ou à l'inverse comme des "*enfants de l'ennemi*", cibles de vives réactions de rejet. La majorité des participants font

allusion à l'expression "*bombes à retardement*". Régulièrement reprise par les médias, celle-ci illustre la réduction des enfants à l'état d'objet, à leur dangerosité supposée et la peur qu'ils suscitent au sein de la société française. Le contexte géopolitique (la mention de Daesh, du terrorisme, des attentats, de l'islamisme violent...), se révèle selon certains être "*une problématique [...] non dite, ou taboue*", pour les divers professionnels entourant les enfants. Quelques cliniciens expliquent mal connaître le contexte géopolitique, et souhaitent s'informer au sujet des repères historiques lors de leur prise de poste, par exemple à l'aide d'un "*résumé historique [concernant] le conflit irako-syrien*", sa création et les faits de guerre l'impliquant (proclamation de l'Etat Islamique, implication de la coalition...).

« *On nous parlait beaucoup, il faut dire les choses comme elles sont, c'était vraiment la période, après les attentats. C'était la période où il n'y avait que le mot radicalisation [...] il y avait beaucoup de fantasmes sur ces enfants... qui pouvaient rentrer, qui pouvaient être des "bombes à retardement", enfin on a entendu des mots comme ça, quoi.* »

Ainsi, les cliniciens observent des réactions oscillantes, entre soutien marqué au rapatriement et à la bonne prise en charge des enfants par la société, et remise en question du bien-fondé des moyens attribués pour l'accueil, l'accompagnement social et les soins prodigués aux enfants. Plusieurs décrivent, au niveau de l'institution hospitalière, au sein et en dehors du milieu pédopsychiatrique, des réactions concordantes avec les représentations collectives (peur, inquiétudes, fascination...), auxquelles se greffent des remarques concernant l'iniquité de ce dispositif vis-à-vis de tous les enfants du territoire ayant besoin de soins pédopsychiatriques.

3) *Un dispositif inédit*

La désignation des centres de référence pour la prise en charge pédopsychiatrique des enfants de retour de zone s'inscrit dans la création du dispositif global de rapatriement encadré par une circulaire interministérielle. Ce contexte confère à l'évaluation et au soin psychique un cadre atypique, perçu comme "*une contrainte [liée à] des demandes sociétales*", ou encore, pour les enfants, une "*obligation d'être évalués*". En effet, le caractère systématique de l'évaluation médico-psychologique, et "*l'intervention politique*" dans sa mise en œuvre, attribuent aux soins ce "*cadre contraint*" dont les participants soulignent l'incidence sur la rencontre avec les enfants mais aussi leurs familles. Certains participants appuient particulièrement l'idée d'une intervention répondant à des attentes sociétales, mobilisée par un "*mandat d'intervention qui n'est pas le soin*", un "*mandat très politique*", sous-tendu par des questions sécuritaires.

En effet, ce cadre implique un rôle inhabituel d'interlocuteur auprès de services de l'Etat, particulièrement l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les Cellules de Prévention de la Radicalisation et d'Accompagnement des Familles (CPRAF). Nous comprenons que ces services sont amenés à collecter des informations qui peuvent être transmises à d'autres intervenants, comme le Parquet National Anti-Terroriste (PNAT), ou à des services de la sécurité intérieure. Ce rôle d'interlocuteur de terrain implique une précaution particulière, lors d'échanges qui imposent aux professionnels de mesurer l'objectif et la portée des informations qu'ils communiquent au sujet des enfants. Face aux *"attentes nombreuses"* de ces services, certains participants ressentent une pression importante en lien avec des *"questions parfois très précises"*, par exemple concernant le *"risque ou pas de passage à l'acte"* ou encore les perspectives d'*"évolution de l'enfant"*. Ce sentiment d'avoir des *"comptes à rendre"*, en particulier sur *"ce qui se pass[e] dans le secret de l'entretien"*, peut être vécu comme intrusif voire anxiogène. Certains professionnels se questionnent sur la finalité de ces sollicitations, qui leur donnent le sentiment que ces interlocuteurs appréhendent les enfants comme une menace pour la société.

« Leur entrée dans le soin, c'est quand même très particulier, ce sont les petits français qui reviennent et qui sont évalués et pris en charge. [...] On a un mandat qui n'est pas, premièrement le soin, ni la demande des parents, c'est quand même un mandat très politique [...]. C'est évident que notre pratique est impactée par ça. On sait qu'on est là, face à des enfants qui n'ont aucune demande, des parents qui n'ont aucune demande, les familles n'ont aucune demande, et quand même, ils doivent venir nous voir toutes les semaines. Il faut vraiment réussir à assumer, de faire partie de ce système. [...] Il y avait dans [...] la première circulaire [...] la question de l'emprise, et du danger que représentent ces enfants, etc. [...] C'est quand même très particulier, d'avoir cette injonction, à laquelle on répond depuis le début en disant [...] que c'est pas de l'ordre de la compétence de la santé, d'évaluer ça. [...] Régulièrement, on reçoit, très clairement, des pressions, un peu de tous les côtés, en ce moment c'est même l'ARS, pour apporter des réponses sur un pronostic, ou bien... Voilà, le danger [...]. Il y a vraiment un regard aussi, qui est très intrusif, dans notre travail, qui se veut intrusif. »

Aussi, les liens avec les intervenants judiciaires et politiques varient d'un centre à l'autre, allant du simple échange téléphonique avec l'ARS à la participation aux CPRAF

conviant des représentants de la Préfecture ou de la "sécurité nationale". La nature des échanges a également évolué dans le temps. En effet, la circulaire demandait initialement aux professionnels de santé de rechercher et d'indiquer l'existence d'une empreinte mentale et de psychotraumatisme chez les enfants, se concrétisant par la rédaction de comptes-rendus à l'attention des Juges des Enfants. Des professionnels expliquent que cette première demande d'évaluation a finalement été retirée du texte de la circulaire, à la suite de dialogues avec des professionnels du soin soutenant que l'évaluation de l'empreinte ne relève pas "*de la compétence de la santé*". Il apparaît aussi que les comptes-rendus aux juges ont cessé sur demande de l'Ordre des Médecins, au profit d'écrits transmis aux médecins coordonnateurs de l'ASE.

Par ailleurs, les participants décrivent un déploiement du soin en parallèle d'un suivi judiciaire (Juge des Enfants, PJJ), et du suivi régulier réalisé par les services de l'Etat susnommés. L'intervention de la PJJ est qualifiée de "*judiciarisante*" car inhabituelle dans ce contexte de mesure de placement au civil. En effet, celle-ci intervient classiquement dans l'accompagnement éducatif des jeunes en conflit avec la loi, ayant "*commis des faits*" criminels ou délictuels, là où des participants considèrent que les enfants de retour de zone "*sont [plutôt] victimes des choix de leurs parents*".

Enfin, le dispositif met en place un maillage partenarial très étoffé, mais néanmoins fragile. En effet, les participants mentionnent à de multiples reprises que les intervenants autour des enfants sont très nombreux et changeants (ASE, PJJ, juges, avocats, soignants...). Pour les professionnels comme pour les enfants, ce réseau implique un nombre conséquent d'interlocuteurs à identifier. Ces partenaires collaborent dans un climat d'urgence et d'immédiateté prégnant à l'arrivée des enfants et lors de difficultés sur leur parcours. Ce climat est qualifié de "*branle-bas de combat*" au cours duquel "*tout le monde est mobilisé [et] veut intervenir en même temps*".

4) *Supporter avec eux ce que le système fait vivre aux enfants*

Quelques participants reconnaissent des bénéfices pour les enfants à l'accueil au sein d'un dispositif spécifique. Du fait des obligations judiciaires, et des moyens alloués, il devient possible de proposer des soins suffisants dans un système de soins pédopsychiatrique pourtant précarisé sur tout le territoire français (33). Cette offre de soins spécifique faite aux enfants de retour de zone est lue comme une juste réparation compte tenu de l'adversité exceptionnelle de leurs parcours.

« Quand je dis qu'ils cumulent, ils cumulent [...] les pauvres. Mais la chance qu'il y a [...] c'est que comme on a [...] des obligations, de

justice, de la préfecture, de l'ARS, [...] il n'empêche qu'ils sont suivis. [...] En tout cas, on fait notre possible, du mieux qu'on peut. [...] Dans toute cette accumulation de choses compliquées, et bien la chance c'est qu'il y ait eu quand même des moyens pour les accueillir. Et je me dis, quand même, après tout, tant mieux. [...] C'est une espèce de revanche. »

La question de la maltraitance institutionnelle est pourtant suggérée par des participants qui peuvent s'en sentir acteurs malgré eux. Ainsi, des effets délétères du dispositif et plus globalement du système dans lequel sont accueillis les enfants sont rapportés. D'une part, les espaces nombreux et parfois mal repérés par les enfants et leurs familles conduisent à ce que le soin soit parfois perçu comme une obligation supplémentaire. Les enfants *"ont du mal à se repérer parmi tous les adultes qu'ils voient"*, voire sont perçus comme *"pris dans une machine, où [...] c'est obligatoire partout"*. Dans ce contexte, les enfants font face à une *"porosité entre ces espaces"* du fait de la communication très étroite entre les différents partenaires. Les liens partenariaux sont estimés pourtant nécessaires pour communiquer des éléments cruciaux concernant l'enfant, sa famille, leur situation familiale et judiciaire. Des participants dépeignent une difficulté à maintenir la nécessaire confidentialité des espaces de soin, et la différenciation cohérente des interventions (par exemple, au vu de la multiplicité des psychologues intervenant auprès des enfants). Pour le professionnel, ces liens partenariaux sont décrits comme une charge de travail conséquente, chronophage, parfois qualifiée de *"lourdeur administrative"*. Également, des participants relèvent une difficulté à œuvrer en cohérence auprès des enfants du fait de divergences de lectures, d'enjeux, et d'une rivalité à prendre soin, allant jusqu'à parler de *"rapports de force dialectisés"*.

« C'est des moments qui sont quand même très impressionnants, on est beaucoup. Quand on se retrouve à vingt vingt-cinq, en réunion, pour parler d'un enfant, [...] si chez moi ça a suscité autant, ce côté impressionnant, et un peu angoissant, je me demande, parfois même, ce que l'enfant peut éprouver. Face à tous ces visages, d'un coup. Qui sont tous missionnés, en fait. Pour l'évaluer et comprendre qui il est, et ce qu'il veut, et ce dont il a besoin. »

Plusieurs professionnels rapportent une tendance à surréagir quand les enfants *"font un pas de côté"*. Lorsqu'ils rencontrent des difficultés, particulièrement de comportement, ces cliniciens mentionnent des réactions immédiates. Ils évoquent un climat *"d'urgence, d'inquiétude par rapport à des comportements qui peuvent fluctuer"*. Certains professionnels considèrent que le climat de peur a pu participer à la mobilisation par l'Etat des moyens

particuliers pour la prise en charge globale des enfants. Ils constatent qu'ils peuvent disposer de prérogatives supplémentaires dans certaines situations. Par exemple, un participant raconte que des partenaires envisageaient de solliciter de la justice pour faciliter l'hospitalisation d'un enfant, compte tenu de son statut d'enfant de retour de zone. Selon ce professionnel, ce recours extraordinaire est envisagé au motif qu'il serait préférable de tout faire pour éviter un incident à risque d'influencer péjorativement d'éventuels rapatriements futurs. En somme, des cliniciens estiment que cette vigilance exceptionnelle, au même titre que la collecte d'informations concernant ces enfants, résultent d'une surveillance particulière dont ils font l'objet. A l'instar des enfants, les professionnels se sentent également surveillés.

« On se sent un peu surveillés. [...] On essaie vraiment de faire rentrer ce dispositif dans une sorte de normalité. Mais... On se bat, c'est-à-dire que [...] la dimension politique reste très présente, [...] c'est compliqué parfois de s'en défaire. »

D'autre part, la multiplicité des accompagnements représente un temps conséquent de rendez-vous et de déplacements, empiétant sur le quotidien de ces enfants et adolescents, particulièrement sur leur scolarité dite "hachée". Aussi, certains cliniciens témoignent du sentiment d'injustice éprouvé par des enfants, en lien avec leur statut particulier, à l'origine d'un vécu de surveillance, de rejet. Ces enfants pointent les restrictions de leurs droits (interdiction de disposer d'un téléphone personnel, de se déplacer à l'étranger...), et comparent leur condition avec celle d'autres enfants confiés à la protection de l'enfance (durée plus importante de séparation avec leur mère incarcérée, et de mise en place de visites familiales...).

Enfin, certains cliniciens font le constat d'une stigmatisation dont les enfants sont victimes. Du fait de leur statut, de leur histoire, et des choix de leurs parents, ils se voient proposer une place dans la société et un parcours de soin marginalisés.

« Je comprends pas pourquoi ce dispositif a été pensé comme ça, et pourquoi ces enfants, finalement, ne pouvaient pas être intégrés dans un circuit de CMP. [...] Parce que je pense qu'une des problématiques, [...] dans ces prises en charge, c'est quand même la stigmatisation que ça représente, c'est-à-dire, "on fait un parcours dédié pour vous, parce que votre cas est trop particulier, et on a trop peur de vous laisser dans la nature". Je crois que c'est quand même assez important de ramener à quelque chose de normalisé. »

De plus, ces soignants estiment qu'on dépossède ces enfants de leurs récits et identités subjectives. Certains déplorent le respect insuffisant de leurs intimités physiques (quand les examens médicaux des enfants ont lieu sous le regard d'une équipe) et psychiques (quand leurs vécus subjectifs sont dévoilés en réunion partenariale). D'autres vont jusqu'à redouter que *"l'enfant [ne soit] pas réellement protégé"* quand le maillage partenarial priorise ses enjeux propres (sécuritaires, juridiques) au détriment de l'intérêt de l'enfant. Enfin, certains stipulent que le système est à l'origine d'attentes paradoxales envers les enfants, dont on attend la meilleure intégration possible dans la société en tant qu'enfants ordinaires, tout en leur proposant un accompagnement et un mode de vie extraordinaires.

« Ils sont presque dans une injonction paradoxale. C'est-à-dire qu'on leur demande de s'intégrer en France, et on les fait revenir en France, dans l'idée de s'intégrer [...] reprendre la scolarité, se faire des copains, [...] et paradoxalement, [...] ils ont beaucoup de rendez-vous, visites médiatisées, etc. [...] La scolarité est finalement assez hachée, voire très hachée, ils ont une obligation de venir en psychothérapie individuelle alors qu'en fait, peut-être que s'ils n'étaient pas RDZ, ils ne viendraient pas en thérapie [...] en tout cas en thérapie hebdomadaire. Il y a quelque chose d'un peu paradoxal. Et ça je ne sais pas trop ce que ça va devenir. »

Une clinique des extrêmes

1) Une clinique polymorphe et mouvante

Les cliniciens détaillent une psychopathologie extrêmement variable, dans sa nature, sa sévérité et son évolution dans le temps. Les discours divergent particulièrement au sujet de la sévérité des troubles des enfants dans leur ensemble. Certains soignants dépeignent des enfants très souffrants, très symptomatiques, d'autres au contraire présentent des enfants très résilients, pourvus de grandes capacités d'adaptation. Ces derniers estiment que *"la plupart compensent"* leurs difficultés, d'autres nuancent en stipulant qu'ils *"vont souvent mieux assez vite, sans aller bien"*. Certains s'étonnent de ne pas observer plus fréquemment des troubles psychotiques chez ces enfants. La majeure partie des participants rappelle à plusieurs reprises la variabilité importante des tableaux cliniques et la dimension singulière pour chaque enfant. Des professionnels insistent sur le caractère ordinaire des troubles, dans le sens d'une psychopathologie commune et connue en pédopsychiatrie. Certains avancent qu'il est *"délicat de dire qu'ils ont des spécificités parce que [cela] les stigmatise"*. Ces professionnels parlent d'*"enfants comme les autres"*, proposant des parallèles avec d'autres situations cliniques pour

lesquelles on dispose d'une solide expérience en pédopsychiatrie (enfant placé, trauma, guerre, migration, enfant orphelin, adoption...). Néanmoins, d'autres présentent une clinique particulièrement sévère, qualifiée de "*clinique de l'extrême*". Certains affirment qu'ils n'avaient "*jamais vu [dans leur pratique] des enfants aussi abîmés psychiquement*". Pour certains, la spécificité clinique des enfants de retour de zone réside surtout l'accumulation, sur leur parcours, "*de psychotraumas de natures très différentes*", représentant une "*quantité d'évènements traumatiques, qui est quand même assez extraordinaire*". Ces contrastes vont de pair avec une divergence dans la perception du besoin de soins des enfants. En effet, des participants suggèrent un besoin de soin systématique pour ces enfants, généralement au long cours, et d'autres reconnaissent "*un côté sain*" qui peut amener à envisager un arrêt de suivi après quelques temps.

« Est-ce que parfois, il faudrait s'arrêter là, et se dire que plus tard, éventuellement ils reprendront un travail, ils creuseront d'autres choses, quand il n'y a pas de symptomatologie, les enfants qui n'ont pas des symptômes bruyants. [...] Parce qu'il y en a quand même pas mal, où il y a des choses qui s'amendent assez vite, ils vont quand même assez bien, ils fonctionnent, scolairement, socialement. »

Les profils cliniques décrits varient selon l'âge et le niveau de développement. Une agitation psychomotrice et des troubles développementaux (particulièrement psychomoteurs) sont souvent observés chez les plus jeunes. Des participants expliquent s'être majoritairement confrontés à une "*clinique du trauma de l'enfant plutôt petit*" lors des premiers accueils, avant de progressivement rencontrer, à mesure de l'évolution des rapatriements, des enfants plus grands et des adolescents. Chez ces derniers, les corps sont décrits plus meurtris par la guerre, et les problématiques psychiques sont plus souvent celles d'affiliations identitaires et familiales, d'inscription dans la société, d'émancipation.

Il apparaît que le temps est un facteur important à prendre en compte dans l'évaluation clinique quant à l'expression symptomatique des troubles. De nombreux soignants observent une hyperadaptation initiale, avec apparition plus ou moins tardive de troubles. Dans d'autres cas, les enfants présentent des symptômes initiaux amenés à évoluer dans le temps. Plusieurs professionnels notent l'effet d'évènements déclencheurs qui peuvent réactiver des troubles préexistants, ou occasionner le développement de nouveaux troubles.

Les cliniciens décrivent de nombreux facteurs influençant l'évolution clinique. Parmi les facteurs protecteurs, les participants dénombrent la disponibilité psychique et la protection

parentales sur zone (des *"liens d'attachements [...] contenant malgré la violence"*), les ressources individuelles des enfants (résilience), la qualité et stabilité de l'environnement en France (notamment la qualité de l'attachement et la contenance de la famille d'accueil), le bon déroulé de la scolarité, la qualité de l'accompagnement social (ASE, PJJ). A l'inverse, les facteurs péjoratifs identifiés sont la durée de séjour sur zone (avec un impact majeur sur le développement des plus jeunes), la gravité et la répétition de l'exposition traumatique, l'antécédent de violences intra-familiales, la multiplication des deuils, ruptures et pertes, l'absence et/ou l'incarcération du parent, les discontinuités de placement, la mauvaise cohérence partenariale et l'existence de difficultés relationnelles chez l'enfant.

« Il y a vraiment eu tous les cas de figures. [...] ça dépend beaucoup des ressources personnelles de l'enfant, et de son environnement, après. [...] Si la famille d'accueil va pouvoir les tranquilliser, les rassurer, comment ça va se passer à l'école, [...] comment travaillent les professionnels de la PJJ, de l'ASE, les compétences chez les enfants... Il y a tellement de facteurs qui jouent. [...] Il y a des enfants qui vont relativement bien assez vite, en fait, dès qu'ils sont en sécurité, ça les porte, ça les soutient, [...] et puis il se passe quelque chose. [...] Le procès de la mère, les rencontres avec des membres de la famille élargie, ou encore, des difficultés dans la famille d'accueil, [...] dans les relations, dans l'environnement. Et là, tout d'un coup, les symptômes vont revenir, ou il y a de nouveaux symptômes qui apparaissent. »

2) Des enjeux de parole et de secret

Certains participants expriment un inconfort notable à travailler dans un contexte où la parole est entravée. En effet, ces professionnels comprennent que celle des enfants est empêchée, vraisemblablement par loyauté. Ils estiment que pour de nombreux enfants, leur parole est *"inféodée"* à celle de la famille, particulièrement à celle des parents. De plus, certains enfants aînés apparaissent investis d'une mission de protection mais aussi de surveillance de leur fratrie, qui les amènent à incarner et agir le contrôle de la parole lors de consultations. Des cliniciens font l'hypothèse que la majorité des enfants *"ont peur de parler de Daesh"* et plus globalement de leur histoire, en partie du fait de l'incarcération de leur(s) parent(s). Ces professionnels analysent que *"s'ils ne parlent pas, [cela] protège un peu leur mère"*. En effet, il semblerait que des événements compromettants pourraient être retenus à charge contre eux, car *"au niveau de la procédure au pénal [...] le juge peut venir prendre des pièces dans le*

dossier en assistance éducative". Quelques cliniciens évoquent l'hypothèse que les enfants aient reçu pour consigne de ne pas parler de leur passé.

« Je trouve que la parole est très très bridée. Tous les enfants ont comme ça un souci de loyauté. Là, c'est quand même beaucoup. [Les aînés] se sont entendus dire "Tu prendras soin de tes frères et sœurs, etc.". C'est vrai que les aînés ont du mal avec ce rôle-là qu'ils ne veulent pas lâcher, ou qui leur pèse. C'est un peu ce qu'on voit dans d'autres situations, mais là c'est vraiment très marqué. Ce que je vois aussi, c'est une perte de repère, un peu comme des enfants qui seraient sortis d'une secte, où il y a une vision du monde qui [...] leur est donnée. Et puis, ils arrivent ici et il y a un autre monde, une autre vision du monde. »

Des professionnels suggèrent que les enfants viennent d'un monde "univoque", où leur individualité est écrasée par le groupe dans lequel ils ont appris à se conformer, à l'image d'"enfants qui seraient sortis d'une secte". Un long temps de mise en confiance devient nécessaire, pour que les enfants puissent s'autoriser une prise de parole plus autonome et partageable dans l'espace thérapeutique.

Dans la rencontre avec les familles des enfants, parents (incarcérés ou non) comme familles élargies, celles-ci se présentent plus ou moins disposées à échanger de façon libre et authentique avec les professionnels. Cette posture défensive de certaines familles est imputée au cadre contraint des soins, compte tenu des enjeux judiciaires qui influencent la libre prise de parole. Certains enfants et leurs familles donnent aux participants le sentiment que les équipes de pédopsychiatrie sont placées, par les familles, dans une "position d'évaluateur", confondues avec les équipes de l'ASE et de la PJJ, ce qui participe à ce que le dispositif ne paraisse "pas toujours bien compris". Il en découle l'impression que les différentes institutions du dispositif sont perçues comme un même système qui opère une surveillance et communique directement ses conclusions à la justice. Les adolescents, en particulier, peuvent signifier leur refus de parler par crainte que ce qu'ils livrent dans l'espace thérapeutique ne soit "répété au juge". D'autres professionnels décrivent, au contraire, que certains adolescents sont plus en mesure de raconter les réalités de leur parcours que les plus jeunes. Ils donnent accès à des témoignages éclairants de la vie sur zone, déploient leurs questionnements identitaires, familiaux, religieux. Aussi, une difficulté récurrente est celle du manque anamnétique. Le clinicien méconnaît souvent, ou longtemps, l'histoire de l'enfant et de sa famille, les réalités de leurs parcours et les événements marquants qui les ont jalonnés. L'enfant lui-même doit composer avec ces histoires tues et

parcellaires. Des soignants expliquent que pour certains enfants, ces trous narratifs suscitent de l'angoisse, parfois comblée par l'imaginaire de l'enfant.

« L'imaginaire débordant, c'est l'hypothèse qu'on a un peu ici, vient pour, justement, suppléer à ce manque narratif-là. Donc ils s'inventent des histoires, en se créant des filiations, par le biais de toutes ces histoires-là. Avec des histoires de super héros, de châteaux. [...] Pour d'autres, c'est plutôt de l'angoisse, ce sont des enfants qui vont être très agités, très angoissés, parce qu'ils ont des questions auxquelles ils n'ont pas de réponse, mais ils ne savent pas qu'ils peuvent poser ces questions-là, et parfois elles émergent comme ça dans des moments un peu de colère [...] Après il y en a qui sont en âge de poser beaucoup de questions, qui peuvent même être en colère contre leurs parents, parce qu'ils ont l'impression...

Le discours des parents, il change aussi. »

Le climat de secret dans lequel baignent les professionnels et leurs institutions semble prolonger celui des enfants. Particulièrement puissant lors des premiers accueils, des participants racontent que le secret s'imposait implicitement. Ils expliquent que les dossiers médicaux des enfants étaient anonymisés, leurs noms et adresses cachés, les équipes et lieux de consultation n'étaient pas toujours ouvertement identifiables. A l'école, des enfants pouvaient ne pas apparaître sur les photographies de classe ou les films de sorties scolaires. Cette discrétion s'avère en partie mue par le souhait de protéger les enfants de la "sensibilité des médias". Par ailleurs, elle a pu répondre à la peur suscitée par la présence des enfants dans les services de soin, pouvant faire redouter que les "familles apprennent que ces enfants sont suivis" dans ces services, conduisant à "[informer] les vigiles au cas où". De la même façon, des participants rapportent que des éducateurs de l'ASE disaient avoir pour consigne de ne pas communiquer leurs noms aux enfants lors des premiers accueils. Au fil des années, il apparaît que ce climat de peur et d'inquiétude s'est apaisé. Selon certains professionnels, il est devenu indispensable de cesser d'alimenter un "secret dans lequel les enfants avaient baigné depuis toujours". Chez les professionnels, ce secret peut aussi alimenter le désir de savoir.

« Cette curiosité autour de ces situations, assez complexes, je pense que c'est un besoin d'appréhender ces enfants. On a plein d'éléments, aujourd'hui un peu plus, qu'on peut lire sur internet, mais c'est pas ce qu'ils ont vécu. Je pense que ce flou autour de leur histoire, c'est quelque chose peut être d'insupportable. Il faudrait savoir. Et on est confrontés à

des parents qui ne racontent pas. Parce que les parents, évidemment, leur temporalité n'est pas la temporalité de l'enfant, [...] leur temporalité judiciaire, ou pénale, évidemment, n'est pas la temporalité d'un enfant, qui a besoin de comprendre, de savoir, de sens, de se construire un récit. »

3) La place centrale du psychotraumatisme

Le psychotraumatisme et ses nombreuses déclinaisons occupent une place centrale dans les descriptions cliniques faites par les professionnels. Lors des rencontres avec les enfants, peu de temps après leur arrivée, des tableaux de troubles de stress aigu sont décrits, devant des "symptômes réactionnels à la séparation avec la mère", dans la situation la plus courante où la mère est incarcérée dès l'arrivée sur le territoire. La plupart des professionnels constatent des tableaux fréquents et évocateurs de troubles de stress post-traumatique. Quand ces tableaux sont décrits en détail, les soignants mentionnent principalement l'état d'alerte (hypervigilance et dissociation traumatique) et/ou les symptômes de répétition (comme les jeux et cauchemars répétitifs). Certains participants font état de "troubles du sommeil quasiment systématiques". Plusieurs décrivent des symptômes évocateurs de régressions développementales (énurésie, encoprésie, arrêt de développement du bébé...), mais ceux-ci ne sont pas nommés en ces termes, peut-être par défaut d'accès à l'anamnèse qui puisse situer les symptômes dans un développement dynamique. Chez le bébé, les participants, particulièrement les psychomotriciens, repèrent des troubles du tonus, des retraits relationnels ou arrêts de développement.

« Le sommeil est souvent atteint, en tout cas au départ, avec pas mal d'insécurité, l'énurésie, toutes ces choses-là. [...]. Les enfants sont intrusés, parasités, [...] ce qui peut les empêcher d'être [...] dans les apprentissages [...]. Pour certains, quand il y a eu des évaluations, des bilans, neuropsychy, ou psy, [ils] montrent [qu']il y a des chances, quand même, pour que ce soit réactionnel au trauma, plutôt que des troubles autres, même si on n'en aura pas la preuve. [...] On n'a pas forcément [accès à des] événements traumatiques, [...] mais on a ces hypothèses-là. »

Les tableaux de stress post-traumatique peuvent se manifester plus tardivement dans le suivi, comme à l'occasion d'évènement(s) déclencheur(s) exposant à la réactivation de la symptomatologie. La connaissance fragmentaire de l'anamnèse complexifie la lecture clinique puisque le lien entre symptomatologie et événements traumatiques imputables peut rarement être établi. Parfois, les enfants révèlent par bribes des événements traumatiques auxquels ils ont

été exposés. Certains cliniciens confient que la violence extrême de ces événements déposés dans l'espace thérapeutique peut sidérer ou susciter l'effroi du professionnel, témoignant d'un effet de vicariance traumatique.

« C'est extrêmement violent en consultation de surmonter l'état de sidération dans lequel on peut se retrouver à ce moment-là, pour être avec l'enfant, en tout cas faire en sorte qu'on puisse continuer à être en lien avec lui, psychiquement, et ne pas être sidéré comme lui a pu l'être à un moment. »

4) Une diversité de troubles développementaux

Des participants indiquent que le développement global des enfants est impacté par l'environnement dans lequel ils ont évolué sur zone, et par les multiples expositions traumatiques dont ils ont fait l'objet. Le développement apparaît particulièrement impacté chez les plus jeunes. Aussi, des cliniciens repèrent un développement parfois dysharmonieux. Sur le plan psychomoteur, ils décrivent des sous-investissements et surinvestissements développementaux, attribués aux expériences précoces et aux conditions environnementales de développement (espaces de vie et d'exploration psychomotrice inadaptés). Précisément, ils évoquent des enfants "livrés à eux-mêmes", ou à l'inverse, évoluant en "vase-clos", "en collage avec la maman". Ainsi, les participants constatent que les tableaux développementaux varient beaucoup selon les enfants. En effet, certains enfants ont des retards conséquents, ce qui peut être mis sur le compte d'un défaut de stimulation, dans un environnement qui ne favorise pas le développement de l'autonomie, et n'offre pas d'expériences précoces de qualité. D'autres, au contraire, ont développé par nécessité des compétences psychomotrices en avance pour leur âge.

« C'est très hétérogène en termes de développement, j'ai même eu des bilans où les enfants étaient même en avance, sur certaines choses au niveau des praxies, au niveau des gestes de la vie quotidienne, ça va être boutonner, déboutonner, enfiler un vêtement... Parce qu'en fait c'est des enfants qui ont été beaucoup amenés à se débrouiller par eux-mêmes, donc on a parfois des profils très hétérogènes entre des enfants qui n'arrivent pas du tout à se débrouiller tout seuls, et d'autres qui sont justement un peu trop débrouillards. »

Par ailleurs, des participants repèrent des symptômes en faveur de psychotrauma complexe, dont on connaît, chez l'enfant, les implications développementales. Ils dénombrent

ainsi de la dysrégulation émotionnelle, des difficultés dans les relations interpersonnelles, des perturbations de la structuration psychique, et des problématiques de répétition traumatique. Plusieurs participants suggèrent le diagnostic de traumatisme développemental pour certains enfants au regard de leurs observations cliniques, considérant l'impact durable des traumatismes répétés sur le développement de la régulation des affects, de l'attention, de la cognition, de la perception, des relations interpersonnelles. Pour de nombreux enfants de retour de zone, l'image de soi et la construction de l'identité apparaissent effectivement fragilisées, par exemple par une *"insécurité fondamentale"* ou par la fréquence de *"fragilités narcissiques"* et de *"faibles estimes d'eux-mêmes"*. Aussi, les difficultés instrumentales s'avèrent récurrentes. Au niveau psychomoteur, des professionnels décrivent des *"corps qui [ont] du mal à s'organiser, à se réguler, à être investi[s] comme source de plaisir"*. Chez le jeune enfant, les cliniciens constatent la fréquence de l'agitation psychomotrice, des symptômes psychosomatiques, des troubles de la régulation tonico-émotionnelle. L'intérêt de la psychomotricité est souvent mentionné, pour certains participants elle serait indiquée systématiquement. Sur le plan orthophonique, le langage se révèle fréquemment *"abîmé"*, mal investi, dans la langue maternelle comme la langue d'accueil, supposément par défaut de *"bain linguistique"* dans l'environnement précoce. Le développement staturo-pondéral semble également impacté. En effet, des cliniciens relèvent que certains enfants paraissent plus petits en taille que leur âge, ce qui corrobore les données de la littérature faisant état de retards de croissance.

Les troubles de l'attachement dont souffrent les enfants sont dits *"massifs"*. Les participants peuvent décrire des enfants très méfiants, insécurisés dans la rencontre, ou au contraire des enfants à l'attachement indifférencié. Certains ont le sentiment d'enfants qui testent le lien, ou s'en défendent en conséquence de la multiplicité des ruptures qu'ils ont connues. Ces enfants, par ailleurs, sont décrits sensibles à la séparation, manifestant *"l'angoisse [...] permanente d'être laissés tombés"*. En parallèle, des cliniciens les considèrent engageants, suscitant l'attachement et la difficulté à se séparer. Les hypothèses étiologiques formulées pour ces troubles de l'attachement sont celles de troubles des interactions précoces, de ruptures multiples (notamment avec les figures d'attachement principales), qui se rejouent dans l'instabilité des liens après le rapatriement (familles d'accueil, familles élargies, éducateurs...). L'impact fonctionnel des troubles de l'attachement et du psychotrauma sur les relations interpersonnelles est majeur, et la relation à l'autre peut être perçue comme mal régulée avec les pairs comme avec les adultes.

« Il y avait beaucoup beaucoup de symptômes dans l'attachement à la famille d'accueil. [...] La relation à l'autre, et la relation à l'adulte, nous donnaient quand même beaucoup beaucoup d'indices sur des troubles de l'attachement, avec des enfants qui pouvaient suivre rapidement n'importe qui dans la rue, dans le service. Et de manière complètement indifférenciée. Et d'autres enfants qui au contraire étaient complètement tétanisés quand il s'agissait de se séparer de l'assistante familiale. »

5) Des sujets transculturels

De nombreux enfants de retour de zone naissent, grandissent et s'inscrivent au carrefour de cultures plurielles : ils "*chemin[ent] dans des appartenances culturelles, des affiliations, qu'ils peuvent choisir de saisir ou pas*". D'abord, des participants citent la culture française transmise par les parents, y compris pour ceux qui sont nés sur zone. De nombreux enfants héritent également de la "*réalité transculturelle de leur famille d'origine*", quand la famille transmet une autre culture en migration que certains enfants rencontrent au contact de leur famille élargie. Ils connaissent également une culture propre à la zone irako-syrienne et à ses camps, avec ses propres repères sociaux, vestimentaires, alimentaires, etc.

La place du religieux en clinique varie selon les enfants et les professionnels. Pour de nombreux enfants, surtout les plus jeunes, le religieux a une valeur plus culturelle que cultuelle, elle fait "*partie du quotidien*". Par exemple, certains cliniciens constatent les réveils de très jeunes enfants à l'heure de la prière dans les temps qui suivent leur rapatriement. Le religieux est le plus souvent amené dans l'espace de soins à partir de thématiques concrètes, comme les interdits alimentaires (pour lequel le choix du parent incarcéré est questionné), les différentes fêtes religieuses. Certains enfants questionnent l'appartenance ou non des cliniciens à un groupe religieux. En effet, l'altérité culturelle est inédite pour certains enfants nés sur zone, et certains cliniciens ressentent et comprennent qu'ils "*représente[nt] l'autre*" pour ces enfants. Nommer cette différence permet alors d'ouvrir le dialogue. Certains participants notent que de nombreux enfants ont des connaissances fragiles sur les religions monothéistes y compris l'islam.

« Ce ne sont pas des connaissances, ce sont des habitudes. Des habitudes dont ils sont imprégnés, de prière à certains moments [...]. Donc ils savent qu'ils ont appris ça, mais quand on parle d'islam, ils savent à peine de quoi on parle, donc on comprend que leur cadre de référence n'est pas du tout le nôtre, y compris au niveau religieux. »

Plusieurs participants stipulent que les enfants font face à un *"choc culturel"* à l'arrivée en France. Certains soignants disent de ces enfants qu'ils les *"sent[ent] exilés ici"*. Ils se confrontent à une révolution de tous leurs repères culturels, au point que *"tout les étonne"* à leur arrivée. Certains soulignent que des enfants *"peuvent s'étonner des changements de leur mère en prison"*, qui n'a plus nécessairement la même apparence ou le même discours. Pour certains, ce choc peut être adouci par des éléments culturels relativement proches de ceux qu'ils ont connu, comme la langue arabe ou la religion musulmane, par exemple quand ils sont partagés avec leurs familles d'accueil.

Leur rencontre avec l'altérité culturelle est un défi pour ces enfants qui ont principalement évolué dans un monde où prédomine *"une vision dichotomique et manichéenne"* qui construit une image menaçante de l'autre extérieur au groupe. Ces traces de l'idéologie radicale sont perçues comme des entraves pour se penser dans son individualité, quand la *"radicalisation vient justement en lieu et place de se penser"*. Des discours et cosmogonies qui leur ont été transmis peuvent être difficile à concilier avec ceux qui leur sont proposés en France (par exemple, certains enfants peinent à admettre que la Terre est ronde). Les professionnels décrivent des réactions variées chez les enfants : certains se débattent en quête de vérité, d'autres mettent sous verrou ce qui les rattache à leur vie d'avant et qui *"reste intime"*. Des participants suggèrent que certains enfants tiennent à distance des expériences de vie et éléments culturels intriqués à du psychotrauma, ou suscitant la peur chez les adultes ou les pairs. Également, pour certains enfants, les soignants suggèrent qu'ils délaissent la culture qu'ils quittent dans l'optique de s'inscrire dans le monde qu'ils rejoignent. Des participants s'interrogent sur un discours parental en ce sens, qui demande aux enfants de *"s'inscri[re] ici, et [d'oublier]"*. Ainsi, chez certains enfants, il est rapporté une suracculturation initiale, décrite par certains participants en les termes de *"lune de miel"*.

« C'est la phase de lune de miel à leur arrivée. C'est le moment où il faut qu'ils se montrent comme des sujets très très français [...]. Pour moi c'est un effet de la suradaptation, de la suracculturation du début. [...] Assez vite je trouve qu'ils [se] coupent [du pays qu'ils ont laissé] [...] Donc ils sont dans un entre-deux, où, finalement, le surinvestissement du présent est une façon de tenir face à la déliaison de la migration et de la rupture, de la séparation. Donc c'est là où je trouve que c'est compliqué d'y avoir accès, [...] Ça revient je trouve beaucoup à partir de stimuli du quotidien. »

Pour finir, nous comprenons que les enfants font face à des défis dans leurs métissages culturels. L'accès au culturel auprès des enfants n'est pas aisé, quand le parent ne peut l'amener

dans l'espace de soin, et compte tenu des silences, violences et tabous sur leurs parcours, du lien souvent ténu avec les familles élargies et leurs cultures. Pourtant, les participants reconnaissent des processus identitaires mouvants chez les enfants qui mettent au travail des questions de filiation et d'affiliation. En dépit des obstacles, des participants décrivent le délicat travail de "*métissage culturel, donc religieux, donc identitaire*" auquel procèdent ces enfants amenés à prendre, laisser et garder parmi les multiples cultures qu'ils traversent.

Entre engagement individuel et institutionnel, le soin au service de la subjectivité des enfants de retour de zone

1) Un engagement fort, des précautions nécessaires

Plusieurs participants témoignent de l'engagement propre à la pratique du soin psychique auprès des enfants de retour de zone. Cette clinique est décrite riche, suscitant vif intérêt et investissement. Elle valorise, stimule intellectuellement, fait parfois naître le sentiment d'avoir "*énormément de chance*". Certains évoquent du surinvestissement voire de l'usure. Les enfants de retour de zone peuvent susciter un engagement affectif notable, "*un attachement particulier à ces enfants*", une importante empathie, une "*intensité de la présence*". Nous comprenons aussi des mécanismes d'identification aux enfants chez certains participants. Certains confient que l'engagement relationnel auprès de ces enfants franchit la frontière du professionnel, lorsque ces enfants occupent régulièrement leurs pensées, y compris pour des professionnels ayant quitté les centres de référence. Plusieurs verbalisent des inquiétudes quant à leur devenir. Cet engagement particulier peut se lire à la lumière d'individualités engageantes de certains soignants au préalable. Ces participants évoquent des parcours professionnels, individuels ou familiaux les ayant sensibilisé ou familiarisé avec les problématiques relatives à ces enfants (exil, guerre, dialogue interreligieux, allophonie, adolescence en rupture...). Des professionnels font l'hypothèse que cet engagement fort est une conséquence des rudes parcours de vie des enfants qui suscitent une intense empathie.

« Il y a une intensité, peut-être, dans la façon dont on est en relation avec eux, qui est peut-être un peu différente. Mais après, oui, des enfants qui sont placés à l'ASE, qui ont vraiment des parcours de vie terribles [...] qui ne font pas partie de ce dispositif... Oui, je crois que c'est surtout ça qui rend les enfants particulièrement touchants, et qui exacerbe, peut-être, une sensibilité qu'on a en soi, d'être dans une empathie vraiment très forte, parce qu'on a envie de combler toutes les carences, de compenser toutes les maltraitances qu'ils ont subies. »

Par ailleurs, certains mentionnent le sentiment d'œuvrer à une mission extraordinaire, *"de vivre quelque chose en même temps que l'Histoire Nationale"*, s'inscrivant dans une actualité géopolitique. Ce sentiment peut être renforcé par la fonction d'expertise des centres de référence, qui est à double tranchant, octroyant une certaine valorisation mais une responsabilité particulière, parfois pesante. Au sein des centres de référence, les professionnels sont particulièrement exposés aux attentes et enjeux gravitant autour des enfants et de leur statut social particulier. Garants du soin, ils s'attèlent à trouver la juste distance avec l'intervention politique et judiciaire, qui permette une collaboration dans l'intérêt de l'enfant. Selon certains participants, la place du soin dans le dispositif implique de perpétuellement *"réfléchir à ce cadre"* et *"remet[tre] beaucoup en question notre manière de faire les choses"*. En effet, les professionnels s'astreignent à *"préserver [l'] intimité"* des enfants lors des synthèses partenariales, ou faire valoir leur temporalité quand certaines décisions sont jugées hâtives, et rappeler leurs besoins quand ceux-ci sont éclipsés par d'autres enjeux. Cette fonction singulière représente un engagement fort pour le soin.

Dans le contexte sociétal particulier au sein duquel les enfants sont rapatriés, des participants constatent que les professionnels de pédopsychiatrie peuvent partager certaines représentations et réactions collectives à l'égard des enfants, comme la peur, la curiosité ou la fascination. Néanmoins, ils appuient que le rôle du soin est *"précisément de s'en décaler"*, d'abord en identifiant ces réactions pour mieux s'en décentrer. Certains professionnels expliquent ainsi *"mettre au travail [leurs] propres angoisses"*, avec des outils et espaces dédiés. Ils mentionnent notamment le rôle central de la supervision d'équipe voire individuelle, l'intérêt de l'intervision, de la réflexion clinique en équipe, du compagnonnage, du choix d'une posture de neutralité soignante. Certains expliquent mettre à distance les actualités politiques et médiatiques relatives aux parcours des parents pour mieux travailler. Face à cette clinique engageante, des professionnels soutiennent l'indispensable *"désir de vraie élaboration clinique"*, compte tenu de la charge contre-transférentielle qui amène des risques de *"passage à l'acte"*, imposant *"d'avoir à cœur de toujours penser ensemble, et de ne pas être trop impulsif"*.

« On a connu des attentats. Ça c'est pris dans cet imaginaire-là, aussi. C'est plus ça, l'angoisse elle est plus là, pour les professionnels. Mais je dis les professionnels, en général, comme si je ne parlais pas de moi. [...] Je pense qu'on en fait partie aussi ici, dans le soin. Mais c'est vrai que je trouve que c'est précisément un peu notre rôle de se décaler de ça. [...] C'est pas parce que c'est notre rôle qu'on y arrive complètement. Non non, ça c'est sûr, on est pris un peu là-dedans. C'est sûr que s'il y a

des familles, qui sont connues, pour telle ou telle chose... ça a toujours un effet, quand même, à un moment donné de sidération. Et après, on se remet au travail. »

De la même façon, c'est parce que ce contexte induit une dimension exceptionnelle au travail avec ces enfants, qu'il est jugé fondamental de *"ramener vraiment la clinique à l'ordinaire"* afin de les déstigmatiser. Plusieurs professionnels s'emparent de cette fonction déstigmatisante du soignant qui porte, à son échelle, un message humanisant et normalisant. Avant tout, il s'agit de voir l'enfant au-delà de ce contexte, de lui proposer les mêmes soins que ceux proposés dans le droit commun. De surcroît, certains professionnels préconisent des changements profonds dans les parcours de soin des enfants, comme leur accueil directement au sein de dispositifs de droit commun. Ceux-ci estiment crucial de *"pouvoir laisser le choix"* à l'enfant et sa famille de poursuivre ou non les soins, et redoutent un dispositif qui tendant à une *"obligation [qui soit] connectée à des peurs"*. Plus globalement, la déstigmatisation de ces enfants est pointée comme un enjeu majeur : il s'agit de rappeler qu'ils sont avant tout des enfants évoluant dans un contexte extraordinaire.

« Il faut qu'on partage sur ce sujet-là, il faut qu'on les déstigmatise beaucoup. Il faut qu'on essaie d'en faire, non pas des enfants comme tout le monde, parce que c'est pas forcément des enfants comme tout le monde, mais quand même, principalement des enfants, avec des petites particularités, mais surtout des enfants. Je voudrais un peu les normaliser, mais en même temps, un peu les singulariser. »

2) Un exercice institutionnel et partenarial délicat mais fondamental

La prise en charge médico-psychologique des enfants de retour de zone prend appui sur la culture institutionnelle et la pluridisciplinarité qu'offre l'activité hospitalière. Cet étayage institutionnel permet d'accueillir et de penser la *"massivité des symptômes"*, les effets du contexte, et les réactions qu'elle suscite chez les professionnels, les équipes de soin, l'institution, les partenaires. Par conséquent, ces professionnels estiment avoir *"besoin de travailler en équipe"* pour pouvoir *"accueillir, contenir, supporter cette clinique"*. La pluridisciplinarité proposée par l'institution enrichit la lecture clinique de la psychopathologie des enfants. Les participants sont nombreux à mentionner la façon dont les organisations d'équipe, variées selon les centres de référence, permettent de dégager des nécessaires temps de réflexion clinique. Une attention particulière est portée sur la place de chaque professionnel dans l'équipe, pour préserver des lieux de soin privilégiés pour l'enfant tout en donnant une

place aux nécessaires espaces d'échange partenarial. C'est également inscrit dans la culture institutionnelle de proposer des espaces de supervision et d'intervision, estimés indispensables par certains participants compte tenu de la charge traumatique de cette clinique qui peut sidérer le *"travail de pensée"*.

« A tout professionnel de santé qui rentre dans un service, [je conseille] de ne pas rester seul, de vraiment pouvoir s'appuyer sur les collègues, dès qu'il y a une difficulté. La question de la supervision est essentielle, aussi. [...] Pour pouvoir accueillir, contenir, supporter cette clinique. [...] Je crois que c'est important d'avoir une forme de désir de vraie élaboration clinique [...] s'il n'y a pas ce travail de pensée, ça dysfonctionne. C'est vraiment notre capacité à penser qui est attaquée, dans ces situations, c'est vraiment le trauma, ça. »

Par ailleurs, comme développé précédemment, cette pratique mobilise de nombreux partenaires (soin, ASE, PJJ, justice, éducation nationale...). L'apport de ce partenariat est reconnu comme profitable au soin, quand *"tout le monde est un petit peu à sa place, à chacun son domaine"*. Ainsi, il devient possible d'incarner des fonctions différentes, par exemple quand l'ASE occupe une place centrale dans les échanges avec l'éducation nationale, ou quand la PJJ recueille auprès de la famille élargie des éléments précieux concernant l'histoire et la dynamique familiales. Le professionnel de pédopsychiatrie est alors amené à incarner plusieurs places dans le maillage partenarial. Soignant de l'enfant, il est aussi l'interlocuteur des autres partenaires qui œuvrent auprès de lui. Dans ce cadre, le clinicien incarne une mission d'expertise vis-à-vis de problématiques cliniques propres aux enfants de retour de zone, qui rend ce travail partenarial particulier. De plus, l'objectif de soutien et d'accompagnement des vécus et pratiques des partenaires est perçu comme central quand il s'agit des enfants de retour de zone, compte tenu de vives réactions que leur situation suscite. Ce soutien des professionnels de proximité (éducateurs, familles d'accueil...) est rapidement apparu comme indispensable. En effet, les cliniciens ont constaté que *"les gens avaient peur, [ils] ne voulaient pas prendre ces enfants"*, ce qui conduisait à des conséquences concrètes pour les enfants tel que des *"passages à l'acte"*, ou des départs de professionnels. Cet étayage partenarial a fait l'objet, dans certains centres de référence, de groupes de parole à l'intention des partenaires au plus près du quotidien des enfants comme les assistants familiaux (28).

Des participants pointent que ce nécessaire travail institutionnel et partenarial dépasse les moyens classiquement attribués aux dispositifs de premiers recours en pédopsychiatrie, comme les CMP. Effectivement, les moyens particuliers attribués aux centres de référence

permettent de composer du mieux possible avec les pressions liées à la dimension politique et judiciaire et la multiplicité partenariale. Cette disponibilité offre une certaine souplesse qui permet de se décaler des temporalités et obligations externes. Ces conditions de travail apparaissent indispensables lorsque des participants détaillent que le travail partenarial comporte une véritable valeur pronostique lorsqu'il est cohérent, fluide, et se déroule dans un climat de confiance. Ils constatent que *"dans les situations où [ils] travaille[nt] bien avec la PJJ, avec l'ASE, ça évolue vite pour les enfants"*. Ainsi, cette qualité du travail partenarial représente pour certains cliniciens un point de vigilance, voire une piste d'amélioration. Selon eux, quand le maillage partenarial est mis à profit, il permet aux partenaires d'œuvrer conjointement dans l'intérêt de l'enfant placé au centre des préoccupations.

« La faculté des professionnels, alors ça, c'est de l'ASE, du soin, au niveau de la PJJ, ou des juges, des avocats, tous les professionnels qui gravitent autour des enfants, leurs capacités à vraiment être centrés sur l'enfant. Ça, c'est quelque chose qui est extrêmement difficile à faire, [...] C'est pas l'enfant qui est au centre, c'est le désir des adultes sur l'enfant qui est au centre [...] Et parfois, on se dit même, que l'enfant n'est pas réellement protégé. [...] C'est un peu des forces contraires, au bon rétablissement »

3) L'horizon des soins : soutenir le déploiement de la subjectivité

Le contexte écrasant dans lequel évoluent les enfants interroge quant à la marge dont ils disposent pour *"pouvoir être des sujets"* dans de telles circonstances. En amont de la rencontre, le poids des événements auxquels ils sont liés malgré eux, ainsi que les choix de leurs parents apparaissent *"au-devant de la scène"*. Soutenir le déploiement de la subjectivité émergente en devient un axe thérapeutique d'autant plus crucial. En ce sens, les participants évoquent plusieurs dimensions.

D'abord, l'individualité des enfants s'appréhende en singularisant leurs parcours divers. Pour permettre aux enfants de se raconter, certains participants soulignent l'intérêt à introduire, dès la rencontre, le contexte particulier qui est le leur, et en verbalisant explicitement les mots qui s'y associent (terrorisme, guerre, nom des pays impliqués, traumatisme, etc). Ceci apparaît essentiel étant donné *"qu'autour d'eux, les choses ne sont pas forcément nommées"*. Proposer *"un espace où on nomme les choses"* s'avère essentiel, quand on constate à quel point de nombreux enfants ont, en pratique, très peu de connaissances relatives à ce contexte qui leur est spécifique. Des professionnels mentionnent que cette préconisation est partagée par différentes

équipes de pédopsychiatrie à la suite d'échanges entre plusieurs centres de référence. Ainsi, certains soignants expliquent parsemer leur accompagnement d'explications sur ce que sont Daesh, la prison, l'exil, la migration, ou encore *"ce que fait la guerre"*. Ces propositions sont autant de supports qui ouvrent le dialogue pour que les enfants s'autorisent à raconter leur parcours. Quand ils s'en saisissent, ces premières bribes constituent une ébauche de mise en récit de leur histoire, ouvrant des perspectives thérapeutiques dans de tels contextes psychotraumatiques. En effet, permettre une narrativité et une circulation de la parole autour de leurs parcours singuliers constitue un horizon du soin.

« Il y a des moments où on est beaucoup plus dans un travail de [...] psychopédagogie. Dans le sens qu'on peut utiliser des vidéos, pour leur montrer les choses, pour leur expliquer des choses, ils peuvent avoir envie de savoir, "mais qu'est-ce que c'est un traumatisme ?", donc on discute [...]. Parfois, ils ont besoin de ça avant de pouvoir parler d'eux, qu'on leur explique, pourquoi ils viennent, pourquoi on parle de traumatisme, qu'est-ce que ça fait la guerre. »

Par ailleurs, des cliniciens observent que le motif d'incarcération des parents, le plus souvent la mère, s'apparente bien souvent à *"une énigme"*. Ils estiment qu'aider les enfants à mieux comprendre les logiques judiciaires dans lesquelles les familles sont prises relève du soin psychique. Des participants attirent l'attention sur le respect de la temporalité des enfants, en considérant leurs réticences et *"refoulements utiles"*. Certains participants soignent sans ce travail d'exposition préalable du contexte, mais en saisissant les opportunités éparées offertes par les enfants. Dans tous les cas, ce travail de support à l'élaboration nécessite du temps pour se déployer : des enfants peuvent s'exprimer après des mois voire des années de suivi selon certains participants. En outre, certains professionnels portent un regard soignant et subjectivant sur l'histoire de leurs parents, s'interrogeant quant aux causes toutes singulières de ces départs radicaux, pour les jeunes adultes qu'ils étaient pour nombre d'entre eux.

« Quelle est notre place ? Et en tant que soignants aussi ? [...] Partir dans une organisation terroriste, [il] faut vraiment que sa vie ne soit pas satisfaisante [...] Et après, je pense qu'il y a mille personnes, il y a mille situations. »

Auprès de certains enfants, les cliniciens accueillent les mouvements émergents d'individuation, vers une *"parole plus subjective, et plus proche de la réalité du monde intérieur"*, à laquelle ils accèdent avec le concours du soin, du temps, et d'un environnement

social, familial et professionnel favorable. Des professionnels expriment le sentiment que leur travail porte ses fruits quand pour certains enfants, il permet l'émergence, chez l'enfant, de questionnements et positionnements par-delà ce que les adultes qui l'entourent souhaitent ou proposent pour eux. Par ailleurs, le déploiement des soins dans le temps permet d'individualiser les indications de soins des enfants (psychothérapie individuelle, approches psychocorporelles, médiatisées...), particulièrement quand les enfants sont en premier lieu reçus en fratrie par les équipes de soin. Dans la rencontre avec les enfants, plusieurs professionnels soulignent l'importance de dépasser certaines représentations parfois réductrices, en lien avec leur statut de "retour de zone". Parmi elles, ils incluent l'image d'enfants nécessairement psychotraumatisés, dont certains enfants se défendent.

« Il y a des enfants qui ont pu me dire "mais moi, j'ai pas été traumatisé", qui sont dans le rejet qu'on leur colle cette étiquette. Ça aussi parfois, il faut vraiment l'entendre, et dire "effectivement, on vit les choses de manière différente", "peut-être que toi t'as traversé des choses quand même pas faciles, mais oui, tu fonctionnes bien". »

D'autre part, l'accompagnement des métissages culturels propres à chaque enfant s'intègre au soutien à la subjectivité émergente. Pourtant, l'approche transculturelle ne fait pas consensus au sein des participants. Evidente pour certains, elle ne fait pas spontanément sens dans la pratique d'autres professionnels. Ces derniers affirment que *"ce qui correspond à la culture [...] ne ressort pas dans les entretiens"*. Aussi, les participants décrivent plusieurs entraves dans l'accès à la culture des enfants. D'une part, les thématiques liées au culturel sont particulières avec ces enfants, car les enfants ont grandi dans des contextes de guerre et de violence extrême. Dans un premier temps, le culturel s'imbrique à ces problématiques de guerre, idéologie, radicalité violente, géopolitique. Quand émergent les questions de violence et de radicalité que les enfants ont connu sur zone, celles-ci peuvent susciter la peur ou la sidération des professionnels, participant aux difficultés et tabous à parler de leur culture, particulièrement de leur religion. Ainsi, il apparaît difficile pour des professionnels de préciser la culture des enfants, entre bains culturels, religion, idéologie radicale, vécus de guerre, expériences traumatiques. Sur la question religieuse, les pratiques sont hétérogènes. Des professionnels reconnaissent que le religieux ne représente *"pas un sujet facile"* dans leur pratique, certains allant jusqu'à affirmer que les *"situations [sont] tellement complexes qu'ils ne se permet[tent] pas de parler du religieux"*. D'autres expliquent, à l'inverse, saisir chaque opportunité d'échanger avec l'enfant sur cette thématique. Ces professionnels peuvent alors

approfondir les échanges avec les enfants précisément sur des questions religieuses, par exemple en leur présentant les liens entre les différentes religions monothéistes.

« On n'hésite pas à intervenir quand on sent qu'il y a une problématique qui est non dite, ou taboue, pour la famille d'accueil, ou pour les professionnels... Ces questions qui font un petit peur, comme la religion, la famille, les antécédents... le séjour sur zone, le terrorisme. »

De plus, les professionnels font face à des freins cliniques, quand la culture est verrouillée dans un clivage entre le monde d'origine et le monde d'accueil. L'aborder en clinique s'avère tributaire de la temporalité psychique de l'enfant. Certains cliniciens expliquent d'abord travailler *"avec l'ici et maintenant"*, notamment quand il s'agit d'accompagner des problématiques jugées *"très factuelles et très urgentes"* (troubles sévères, difficultés en milieu scolaire, changement de lieu de placement, agenda judiciaire de la famille...). Également, l'approche transculturelle se confronte aux difficultés à mobiliser la culture familiale, les cliniciens étant rarement en mesure de proposer un travail régulier avec le parent ou la famille élargie.

Ainsi, le travail de soutien des métissages culturels implique de penser la place de la culture pour chaque enfant de façon singulière. La place du religieux nécessite d'être pensée à hauteur d'enfant, sur la base de repères culturels concrets, s'apparentant parfois à une *"ouverture pour parler de la vie d'avant"*. Auprès des partenaires, nous comprenons que des participants réalisent un travail de médiation culturelle, qui implique de proposer un nécessaire décentrage. Entre autres, ils sont amenés à expliquer *"en tant que cliniciens"* les temporalités des enfants, l'évolution de leur bagage culturel, les mouvements d'acculturation et d'acculturation antagoniste. Ils clarifient certains malentendus culturels, particulièrement lorsque des intentions de radicalité religieuse sont attribuées à des propos ou comportements qui relèvent du choc culturel. Certains participants appuient que le rôle du soin n'est pas *"de normaliser [les enfants] à une autre façon de fonctionner"*, par exemple en *"défend[ant] la laïcité avec ces enfants-là"*. Ces professionnels ne souhaitent pas contraindre une acculturation à certaines idées perçues comme hégémoniques en France.

« Comment est-ce qu'on lui dit, "et toi en quoi tu crois", finalement ? "Qu'est-ce qu'on t'a inculqué, qu'est-ce qu'on peut t'en dire, de ça ?". Sans partir en croisade, le but c'est pas de lui dire "ah là là on t'a inculqué ça, mais c'est pas bien du tout, nous ici on pense comme ça, et maintenant t'habites ici, donc il faut que tu penses comme ça". C'est pas de

faire de l'acculturation, [...] mais c'est de lui expliquer, finalement, les différents ponts. »

En somme, les cliniciens accompagnent les cheminements subjectifs des enfants dans leurs affiliations (parfois désaffiliations) culturelles. Le processus de métissage peut être particulièrement exigeant puisqu'il implique de composer avec des cosmogonies et modèles souvent divergents voire inconciliables. Ces discours qu'ils tentent de métisser peuvent créer du "*conflit interne*" avec lequel l'enfant "*se débat*". L'espace de soins permet alors de mettre en mots le monde qu'ils ont quitté et le monde qu'ils rencontrent, particulièrement dans leurs différences. Des cliniciens notent le soutien que peuvent représenter des professionnels de cultures plurielles qui personnifient des supports identificatoires, incarnant le métissage, comme certains interprètes-médiateurs, familles d'accueil ou médiateurs du fait religieux.

Enfin, le travail familial, quand il est possible, occupe une fonction primordiale dans le déploiement de la subjectivité. En premier lieu, il est question d'appréhender les situations familiales des enfants, toutes différentes, au cas par cas. Néanmoins, une caractéristique fréquemment partagée par les familles de ces enfants est l'absence des pères, souvent disparus (morts ou présumés morts), quelquefois incarcérés sur zone irako-syrienne ou en France. Certains participants soulignent qu'ils semblaient très peu présents dans la vie familiale sur zone, que leur place est floue, que les enfants les évoquent peu dans l'espace thérapeutique, ou qu'ils donnent à voir "*une relation un peu mythifiée*". Amorcer des soins psychiques pour un enfant en l'absence de sa famille, et "*sans connaître du tout son histoire*", est toujours une atypicité en pédopsychiatrie. La rencontre avec certaines familles et certains parents incarcérés peut advenir par la suite, parfois après plusieurs mois ou années de suivi. Certains professionnels avancent que peu de familles élargies demandent à rencontrer les équipes de soins. Il faut noter que l'accompagnement des familles n'est pas toujours possible au sein des centres de référence, puisque plusieurs participants expliquent que les enfants sont orientés vers le droit commun à l'occasion des placements en famille élargie. Auprès de l'enfant, la rencontre avec la famille élargie, souvent inconnue ou très peu connue, s'accompagne. Du côté de certains enfants, cette entrée en lien suscite des difficultés qui peuvent les déstabiliser, comme des conflits de loyauté entre famille d'accueil et famille d'origine, ou des inquiétudes quant à la possibilité et pérennité de leur accueil en famille. Des participants qualifient ces rencontres de "*moments aigus*", mobilisant chez les enfants des problématiques d'attachement. Pour plusieurs enfants, ces étapes constituent des occasions précieuses de se situer dans une filiation avec leurs parents. Evoquer leurs parents, pour certains décédés, n'est pourtant pas toujours possible pour les familles. Des professionnels repèrent d'autres difficultés rencontrées par les familles,

principalement lorsque l'accueil de l'enfant se révèle complexe. En effet, certaines familles ont longuement œuvré pour le rapatriement des enfants, et se confrontent à la réalité des difficultés des enfants qui mettent à mal un accueil souvent idéalisé. Les liens familiaux peuvent se révéler complexes, compte tenu des séquelles du départ du parent, de difficultés familiales antérieures. Le retour des enfants peut susciter des mouvements de culpabilité, "*d'oblativité*", et des désirs de réparation qui font peser de lourds enjeux sur les enfants. Des participants soulignent que les familles peuvent héberger des problématiques transgénérationnelles lourdes, marquées par des "*répétitions*" et "*beaucoup de non-dits*". Ces cliniciens constatent la fréquence des histoires familiales grevées de ruptures, de carences et d'abus, de vulnérabilités psychiques, de parcours de protection de l'enfance, de secrets et trous dans la transmission notamment culturelle. Certains participants inscrivent le départ des parents dans ces dysfonctionnements familiaux antérieurs et multiples, au-delà de questions de radicalisation violente.

« On sait qu'il y a, chez beaucoup, quelque chose d'une confusion générationnelle, de carences, de violences, de négligences, qui se transmettent de génération en génération. [...] Evidemment que les antécédents, et le facteur transgénérationnel sont quand même très présents [...] On réalise à quel point il y a une répétition, de certains problèmes [...] avec des ruptures, ça c'est très présent, [et] dans beaucoup de familles, la question des abus, des adolescences très compliquées, avec des questions identitaires fortes, et puis des ruptures familiales qui mènent à faire des choix de plus en plus radicaux, pour s'émanciper, ou bien couper avec cette histoire qui est trop lourde. »

Du point de vue soignant, certains reconnaissent des particularités dans le contre-transfert qu'ils développent à l'égard des familles, particulièrement des parents, qui sont à prendre en compte dans l'accompagnement. En effet, différentes réactions sont mentionnées, entre fascination et curiosité (notamment vis-à-vis des pères), peur, voire "*une certaine colère envers ces parents*" compte tenu des conséquences de leurs choix impliquant leurs enfants. Ces réactions peuvent être particulièrement marquées quand les familles sont connues pour des actes de terrorisme. Lorsque certaines familles, notamment certaines mères incarcérées, nient ou banalisent la violence à laquelle les enfants ont été exposés sur leur parcours, des participants se disent très éprouvés, "*par empathie avec l'enfant*". Dans ces cas de figure, ces participants préconisent une vigilance quant aux réactions qui peuvent advenir dans la relation du professionnel avec les familles. Auprès de l'enfant, il est présenté comme primordial, compte tenu de ce contre-transfert, de "*trouver les bons équilibres*" qui permettent au clinicien de "*faire*

exister ces parents absents". Indéniablement, le rapport aux familles et aux parents apparaît contrasté chez les participants, et occupe une place certaine dans les soins. Effectivement, nombre d'entre eux soulignent l'intérêt à rencontrer et accompagner la famille quand on soigne l'enfant. A contrario, une minorité affirme que le travail avec les familles n'est pas toujours soutenant, qu'il s'avère souvent inconfortable pour le clinicien, allant jusqu'à suggérer que certaines familles freinent la bonne évolution de l'enfant.

Vraisemblablement, certaines familles rencontrées par des participants peuvent se présenter méfiantes, *"en tortue romaine"*, ou *"ambivalentes par rapport aux soins"*, requérant un délicat travail d'alliance. Plusieurs raisons sont évoquées, à l'instar du contexte médiatique. C'est surtout le contexte socio-judiciaire qui apparaît prépondérant, compte tenu de ses enjeux pour la famille, cristallisés par la mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) préalable à l'accueil des enfants, et le jugement du parent incarcéré. Des participants s'attardent sur ce que le dispositif peut renvoyer aux familles, et la façon dont ce cadre particulier peut fragiliser l'alliance. Quand l'alliance peut s'établir et qu'un accompagnement s'avère possible, des cliniciens indiquent que l'accès à l'histoire familiale est plus fluide. Particulièrement, la rencontre de la famille élargie en amont de l'accueil des enfants au sein de leur foyer est appréhendée comme une ouverture favorisant le récit de l'histoire familiale. De façon pragmatique, l'alliance avec la famille facilite la mise en place des soins, tributaires en partie de positionnements parentaux dont le consentement est recherché quand certaines indications de soin sont proposées. Elle permet ainsi de présenter les soins proposés aux enfants, et rend parfois possible l'accueil du vécu parental et des inquiétudes maternelles. L'alliance avec le parent peut néanmoins être particulièrement difficile à obtenir de façon libre et éclairée, compte tenu de l'incarcération, de la distance, des enjeux judiciaires. Pour autant, l'alliance avec la famille, particulièrement avec le parent, est reconnue comme un enjeu majeur, à valeur pronostique favorable, car elle soutient la parole de l'enfant, finalement autorisé à mettre en récit son histoire.

« Je pense que ce qui peut être facilitant, [...] c'est la question d'être autorisé par le parent à pouvoir parler, à pouvoir déposer. Ça c'est la première chose, je pense que c'est extrêmement important. Parce que le conflit de loyauté, il peut durer sinon très longtemps. Et ça, ça empêche le travail. »

DISCUSSION

Forces et limites de cette étude

Cette recherche qualitative est la première à étudier l'exercice de la pédopsychiatrie auprès des enfants de retour de zone. Elle permet de présenter les points saillants de cette pratique, dans ses enjeux cliniques, contre-transférentiels, et son contexte sociopolitique. L'expérience aguerrie des cliniciens des centres de référence nous permet indirectement de brosser le portrait de la diversité des troubles présentés par ces enfants. En effet, il est difficile d'étudier directement la psychopathologie auprès des enfants pour des raisons éthiques, le consentement parental libre et éclairé étant délicat à obtenir dans le contexte judiciaire.

Les auteurs dont l'investigatrice réalisent cette étude à la fois d'une place de chercheurs et de cliniciens. Leurs expériences respectives au sein des centres de référence, et leur formation médicale spécialisée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent entre en compte dans l'analyse des données. Ces connaissances ont contribué notamment à l'analyse du matériel concernant la psychopathologie des enfants. Aussi, le nombre de participants (vingt) est une force de cette étude et donne place à des profils, professions et expériences variées.

Cette étude se confronte néanmoins à des limites. Le recrutement se restreint aux professionnels de certains centres de référence, et n'explore donc pas l'expérience des autres équipes du territoire français. Cette étude est également ancrée dans son contexte français et ses spécificités socio-politiques, et l'expérience des participants ne saurait être généralisée à l'international. Enfin, on lui reconnaît un biais de sélection liée au volontariat des participants, intéressés par le partage de leur expérience et de leur vécu, nous privant possiblement d'expériences professionnelles plus insatisfaisantes ou éprouvantes. En effet, il faut souligner que le refus de participation à l'étude a pu être motivé par une surcharge de travail.

L'accueil en centre expert : une solide expérience des spécificités au risque de la stigmatisation

La majeure partie des enfants de retour de zone sont évalués et pris en charge au sein des centres de référence, seuls quelques-uns bénéficient de l'évaluation médico-psychologique au sein de dispositifs de droit commun. Cette organisation de leur parcours de soins autour de centres de référence divise les participants. En effet, certains estiment bénéfique l'existence de dispositifs dédiés aux moyens particuliers, qui améliorerait la qualité des soins. D'autres estiment que le caractère extraordinaire du dispositif participe à la stigmatisation des enfants, et qu'un accueil directement au sein de dispositifs de droit commun serait préférable. De façon plus globale, la question des bénéfices et écueils de l'essor des centres experts interroge certains

auteurs quant à la place qu'ils occupent dans le réseau de soin en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (34). Aussi, l'attribution de moyens particuliers pour la prise en charge globale des enfants de retour de zone questionne quant aux motivations de ce traitement différencié. Implicitement, nous comprenons que chaque institution souhaite proposer le meilleur accompagnement possible pour que ces enfants évoluent du mieux possible, au regard des inquiétudes partagées quant à leur devenir. Pour autant, ces privilèges comportent des effets pernicieux, puisqu'ils les exposent à des réactions inamicales allant de la convoitise à la remise en question de la prise en charge des "enfants de djihadistes" par l'Etat français.

Ce point de discussion rejoint des résultats inattendus pour les chercheurs : la question de l'ordinarité des enfants de retour de zone. Dans les résultats, se dessine une mise en tension entre l'approfondissement de leurs spécificités cliniques, sociétales, institutionnelles, et l'affirmation de leur statut d'enfants "comme les autres". Il s'agit d'un point de divergence marqué, entre des assertions soulignant le caractère ordinaire de ces enfants et leurs similitudes avec d'autres enfants suivis en pédopsychiatrie, et des descriptions extraordinaires qui en sont faites par ailleurs. Certains cliniciens expliquent ce paradoxe par l'enjeu de déstigmatisation des regards portés sur les enfants. Il en résulte des réticences, explicites ou implicites, à décrire certaines spécificités quand de nombreux participants souhaitent avant tout ramener ces enfants à l'ordinaire, en portant sur eux un regard neutre dépris de la fascination dont ils font l'objet. La question de l'auto-censure de participants se pose, notamment dans les descriptions de troubles ou d'évènements violents impliquant les enfants, qui pourraient mettre à mal leur image déjà bien fragilisée par le contexte. Cette ambivalence des cliniciens suggère une tension entre l'entretien de la fascination (par le soutien d'un caractère exceptionnel, unique, de cette clinique), et un déni de la sévérité des troubles (priorisant la déstigmatisation des enfants). D'autres auteurs (22) nomment ces deux écueils antagonistes, entre assignation à un statut "désobjectivant", stigmatisant, et dissimulation voire entretien de non-dits.

L'apparent retrait du fait religieux et du culturel

Le fait religieux était une thématique attendue dans les résultats, qui n'émerge finalement que peu, différemment de ce qui était anticipé. En effet, le religieux est rarement évoqué spontanément par les participants, ou est abordé en fin d'entretien, souvent sur proposition de l'investigatrice puisque figurant parmi les questions de recherche (cf. **Tableau 2 - grille d'entretien**). Plusieurs hypothèses peuvent se discuter. D'une part, il semble que peu d'enfants amènent spontanément le religieux dans l'espace de soin. A hauteur d'enfant, la question religieuse ne se pose pas de la même façon que pour des adultes, et s'appuierait surtout sur des éléments concrets du quotidien, s'apparentant à des éléments culturels. Aussi, le fait

religieux revêt un caractère particulier auprès de ces enfants, compte tenu de l'empreinte du contexte idéologique radical et violent qui participe à un amalgame d'éléments hétérogènes. Dissocier culture et pratique religieuses, spiritualité, radicalité, idéologie et faits de terrorisme, s'avère nécessaire pour penser leurs héritages, mais délicat à ajuster à hauteur d'enfant. Ainsi, le religieux paraît encombrer certains professionnels pour qui la place de ces aspects complexes ne fait pas toujours sens dans la pratique clinique. A l'inverse, d'autres estiment qu'il s'agit d'une thématique centrale dans l'accompagnement des enfants.

Également, la question de la radicalisation violente pouvait paraître essentielle compte tenu du contexte idéologique dans lequel les enfants et leurs parents ont baigné. Pourtant, la radicalisation des parents n'est également pas abordée en ces termes, et le plus souvent, il est question du choix des parents, c'est-à-dire du départ sur zone. Certains participants l'envisagent comme un signe de détresse psychosociale, ou l'inscrivent dans un parcours de ruptures personnelles ou familiales. Ainsi, des travaux proposent un lien entre radicalisation violente et "familles chaotiques", issues de milieux défavorisés (35,36), ou suggèrent prudemment des liens possibles entre radicalisation violente et certains troubles mentaux (37). Une récente revue systématique de la littérature suggère des liens entre traumatismes, adversité dans l'enfance et extrémisme violent (38). Des travaux en santé publique s'intéressent aux déterminants sociaux du terrorisme islamiste, notamment le rôle de la marginalisation des communautés musulmanes (39). La littérature souligne par ailleurs la diversité des situations qui peuvent conduire aux radicalismes, tout en établissant leurs points communs avec les processus d'entrée dans des groupes sectaires (40). Pour les enfants de retour de zone, c'est la radicalisation de leur(s) parent(s) qui constitue le motif de leur accompagnement par la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Cette intervention est d'ailleurs considérée par des participants comme représentant la charge symbolique des enfants de la culpabilité de leurs parents, à l'image d'autres enfants au cours de l'Histoire (41). Toutefois, cette intervention est aussi décrite contributive puisque ces professionnels peuvent prendre place auprès de la famille élargie et soutenir une élaboration du narratif familial, dans lequel s'inscrivent les questions de radicalisation terroriste de membre(s) de la famille. La radicalisation des enfants, par ailleurs, n'est pas abordée spontanément, ou alors en négatif, quand des participants soulignent qu'ils n'ont pas été inquiétés sur ce plan. D'autres l'estiment très éloignée de la réalité et des préoccupations des enfants.

Parallèlement à la question du religieux, la place du culturel dans les soins est un point de dissension des résultats. Présentée à plusieurs reprises comme étant en retrait dans la pratique clinique, certains cliniciens l'estiment pourtant centrale, évidente et nécessaire. De prime abord, les outils transculturels, comme le recours au complémentarisme et au décentrage apparaissent

opérants en clinique avec ces enfants (4,42,43). Néanmoins, la culture occupe vraisemblablement une place particulière chez ces enfants. Difficile à délimiter, elle recoupe des transmissions familiales, communautaires, religieuses, idéologiques. Les enjeux judiciaires dans lesquels sont prises les familles participent certainement à sa mise à distance préalable, bien que se jouent d'autres problématiques également complexes à l'arrivée qui éclipsent les dimensions culturelles. C'est parce que la culture des enfants et de leurs familles s'avère si difficile d'accès, et parce que les enfants ont particulièrement besoin d'appui pour construire des ponts entre les mondes, que les pratiques transculturelles se révèlent indispensables. Nous l'avons vu, le métissage, enjeu fondamental en situation de migration (44), est particulièrement complexe pour ces enfants qui évoluent le plus souvent dans des institutions radicalement éloignées de leurs groupes culturels d'origine, et qui composent avec des référentiels culturels difficiles à concilier. La mention de choc culturel proposée par des participants rejoint le concept de traumatisme migratoire, comme rupture du cadre externe à l'origine d'une rupture du cadre culturel intériorisé (45). Cette déliaison par la migration implique la vulnérabilité particulière de l'enfant de migrant (44). On connaît pourtant le rôle de l'ancrage familial et culturel comme facteur de protection chez l'enfant de migrant (46), dont les enfants de retour de zone sont initialement dépourvus à leur arrivée. Cet ancrage pourra être soutenu au rythme de la temporalité psychique de l'enfant, de celle des réalités de sa famille et de son environnement. Ainsi, si les pratiques transculturelles ne font pas sens initialement quand l'enfant est aux prises avec d'autres problématiques, elles peuvent se déployer dans le temps, au gré d'éléments culturels qu'il amène par petites touches, auxquels le clinicien prête une oreille attentive.

Une juste collaboration avec la justice : entre circulation de la parole et respect de l'intimité psychique

Les liens des professionnels de santé avec la justice ont considérablement évolué dans le temps. D'une logique initiale de partage exceptionnel d'informations cliniques, les professionnels ont progressivement travaillé à se décaler d'une place difficile à tenir entre protection de l'espace thérapeutique, respect du secret professionnel, et collaboration partenariale. Au-delà du vécu de participants qui relatent un sentiment de pression voire d'intrusion, plusieurs suggèrent les effets de ces liens particuliers avec la justice sur l'alliance thérapeutique voire sur la parole de l'enfant.

Nous l'avons vu, de nombreux enfants taisent les événements violents qu'ils ont pu vivre sur zone, supposément pour protéger leurs parents. Avec le développement d'une relation de confiance, et dans le temps, certains peuvent évoquer des violences dont ils ont été victimes.

Face à ces révélations, des participants questionnent leur rôle. Pour certains enfants, des paroles inquiétantes ont pu faire l'objet de signalements au procureur de la République, ou d'informations préoccupantes à l'attention des services de protection de l'enfance. Aussi, des enfants peuvent déposer dans l'espace thérapeutique une telle accumulation de violences que la question du signalement pourrait se poser à de très nombreuses reprises. Ces réflexions ont fait l'objet d'échanges entre différents centres de référence avec le souhait d'homogénéiser des pratiques hétérogènes. A la lumière des résultats de cette étude, il apparaît une mise en tension entre ces signalements qui s'inscrivent dans une reconnaissance des violences subies, et les postures institutionnelles de soignants qui affirment ne pas avoir pour rôle de faire parler l'enfant. Aussi, se pose la question de l'impact des signalements sur l'alliance avec les enfants, au vu des lourds enjeux évoqués précédemment qui pèsent sur la parole.

Au-delà de la position de la loi qui délie les soignants du secret professionnel uniquement dans des situations précises, la question d'une collaboration dans l'intérêt de l'enfant entre pédopsychiatrie et justice se pose. La réalité judiciaire est une composante du parcours des enfants qui exerce une influence considérable sur leur devenir réel, mais aussi sur leurs mouvements psychiques. Avant tout, le clinicien occupe une place centrale pour expliciter les logiques judiciaires à hauteur d'enfant, afin qu'ils puissent les appréhender sans enjeux. Il s'agit d'offrir un espace de circulation de la parole, où les affects peuvent être accueillis avec neutralité et bienveillance, sans conséquence quant à leurs positionnements face aux réalités judiciaires. Quant aux échanges avec la justice, qui se font majoritairement par l'intermédiaire de partenaires, il importe d'en faire des espaces de lien au service de l'enfant. L'enjeu est de permettre une circulation de la parole, de porter celle de l'enfant quand c'est nécessaire, tout en préservant les espaces, leurs limites et leur différenciation. Ces mêmes principes s'appliquent au travail avec les intervenants politiques, qui doit idéalement se produire sans interférer avec la clinique, tout en permettant à ces interlocuteurs de porter avec justesse dans leurs espaces les réalités de ces enfants. Pour ce faire, les centres de référence ont déployé des organisations différentes, dont on peut retenir qu'il semble judicieux de ne pas positionner un même professionnel au plus près de l'intimité psychique de l'enfant, et au-devant des échanges avec de tels partenaires.

Les centres de référence : de l'expertise à la nécessaire transmission des pratiques

Ce travail de recherche a permis de recueillir et mettre en perspective les pratiques de professionnels qui ont développé une véritable expertise clinique et institutionnelle auprès des enfants de retour de zone. Sur la base de la solide expérience de ces centres de référence, il

apparaît possible de proposer des axes de recommandation. Ainsi, cette étude permet de dégager des points de vigilance à valeur pronostique pour la pratique concrète auprès de ces enfants :

- La nécessité de proposer des soins dans une temporalité longue, qui permette à cette clinique complexe et polymorphe de se déployer, au gré de facteurs externes qui l'influencent et évoluent. De ce fait, il est crucial de proposer des espaces thérapeutiques stables mais souples, qui s'adaptent aux besoins mouvants des enfants ;
- L'importance d'un travail partenarial soutenu de la part des équipes de pédopsychiatrie, qui permette de proposer un maillage solide, cohérent mais différencié sur lequel les enfants pourront s'appuyer ;
- Une vigilance particulière à maintenir l'intérêt de l'enfant au centre de ce maillage partenarial tant les enjeux externes peuvent les concurrencer ;
- L'intérêt d'établir une alliance thérapeutique avec le parent qui autorise l'enfant à parler, en le soulageant des conflits de loyauté. Ce point est perçu comme ayant un impact majeur sur l'évolution de l'enfant.

Cette perspective répond à notre objectif de transmission de pratiques reconnues pertinentes et efficaces pour améliorer les parcours de soin de ces enfants et soutenir les équipes de pédopsychiatrie amenées à relayer les centres de référence dans leur accompagnement. Dans cette même démarche d'amélioration des pratiques, plusieurs participants suggèrent différentes pistes d'amélioration du dispositif de soin de ces enfants :

- La généralisation de la supervision des équipes soignantes des enfants de retour de zone. Cette mesure est perçue comme participant à réduire le risque de trauma vicariant ;
- Systématiser l'accès des enfants aux différentes prises en charge nécessaires (psychomotricité, orthophonie, psychothérapie, ergothérapie, ateliers thérapeutiques), par la disponibilité de ces soins dans les services les prenant en charge, ou par la possibilité de les financer en libéral.
- Il semble essentiel pour un grand nombre de professionnels de continuer à s'efforcer de garantir une sécurité de la confidentialité aux équipes de pédopsychiatrie prenant en charge ces enfants vis-à-vis de toutes les autres institutions ;
- La possibilité de proposer des soins plus denses quand c'est nécessaire, pour les enfants qui relèvent de tels soins. Les participants suggèrent deux perspectives : à la fois faciliter l'accès à des dispositifs plus contenant comme les hôpitaux de jour, mais aussi la possibilité de renforcer les équipes des centres de référence pour qu'elles puissent

développer l'offre de soins au sein de ces services. Certains participants estiment prioritaire, dans une logique de normalisation du parcours de ces enfants, de renforcer les moyens de la pédopsychiatrie de secteur afin qu'ils puissent être pris en charge en milieu ordinaire tout en bénéficiant de prises en charge adaptées à leurs besoins ;

- Favoriser l'accès à des prises en charge groupales, compte tenu de la fréquence des difficultés relationnelles des enfants de retour de zone. La question se pose de savoir s'il serait plus judicieux de proposer des groupes spécifiques à leurs problématiques (centrées sur les traumatismes de guerre ou la question de la violence), ou s'il ne serait pas préférable d'inclure les enfants dans des groupes à destination du droit commun pour décroquer ces prises en charge ;
- Proposer d'informer les professionnels amenés à soigner des enfants de retour de zone sur le contexte historique pour mieux appréhender les réalités de leurs parcours. L'idée n'étant pas de devenir experts du contexte géopolitique, mais d'en avoir quelques notions pour échanger sur le sujet avec les enfants. Ce point rejoint l'excellente publication de l'équipe du centre de référence de Créteil, appuyant l'apport du complémentarisme dans la lecture clinique des situations de ces enfants (4). En ce sens, leur écrit pourrait servir de support de transmission ;
- Enfin, certaines formations théoriques sont reconnues utiles, décrites par des participants comme non strictement nécessaires, mais pertinentes auprès des enfants de retour de zone. Les professionnels préconisent des formations spécifiques à la prise en charge du psychotraumatisme chez l'enfant, mais également à la clinique transculturelle en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La question n'étant pas nécessairement de mettre en place des outils thérapeutiques spécifiques, mais d'accéder à une compréhension plus fine de l'impact de ces deux dimensions psychopathologiques dans la clinique auprès de ces enfants.

CONCLUSION

Il s'agit de la première étude s'appuyant sur la méthodologie qualitative pour explorer l'expérience des professionnels de pédopsychiatrie exerçant au sein des centres de référence accueillant les enfants de retour de zone. Celle-ci nous permet d'appréhender l'accumulation exceptionnelle d'expériences adverses de l'enfance vécues par ces enfants, déterminant un risque conséquent de développer des troubles psychiques et développementaux. Au regard des données de la littérature, cette exposition à l'adversité fait craindre un sérieux impact sur leur espérance de vie en bonne santé, qui rejoint les inquiétudes légitimes des cliniciens quant à leur devenir. Néanmoins, cette étude met en lumière des facteurs protecteurs potentiels qui sont reconnus comme des ressources pour ces enfants. De plus, l'expertise de ces cliniciens dessine les contours de facteurs pronostiques et de pistes d'amélioration pour soutenir la pratique courante de soignants amenés à accompagner ces enfants.

Les professionnels exposés à de tels tableaux cliniques et de telles histoires de vie font face à l'irreprésentable au risque d'être impactés par la vicariance traumatique à leur tour. Pour autant, nombre de ces professionnels soulignent la dimension universelle des troubles psychiques dont souffrent ces enfants, pour lesquels ils sont en mesure de déployer des potentialités thérapeutiques. Aux prises avec des troubles sévères et de lourds enjeux accompagnant leur statut particulier dans la société, ces enfants nécessitent l'attention soutenue des cliniciens pour étayer le déploiement de leur subjectivité.

Cette pratique engage le professionnel dans son individualité, au travers d'enjeux cliniques, institutionnels, partenariaux, judiciaires et politiques. Les réactions intenses suscitées par ces enfants au sein de la société comme chez les professionnels nécessitent un étayage particulièrement soutenu par l'institution, la pluridisciplinarité, et des temps de réflexion clinique au sein d'espaces dédiés. La pratique de la supervision apparaît ainsi centrale.

Enfin, la peur que suscite le monde dont reviennent ces enfants participe à entraver le récit de leurs histoires. Face à un bagage culturel énigmatique et inquiétant, ils ont particulièrement besoin des savoirs-faires transculturels pour soutenir leurs métissages.



REFERENCES

1. Urvoas JJ. Circulaire ministérielle du 24 mars 2017 relative aux dispositions en assistance éducative de la loi n° 2017-258 du 28 février 2017 et au suivi des mineurs de retour de zone irako-syrienne. [Internet]. JUSF1709228C mars 24, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42006>
2. Philippe E. Instruction relative à la prise en charge des mineurs à leur retour de zone d'opérations de groupements terroristes (notamment la zone irako-syrienne) [Internet]. PRMX1806515J févr 23, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43128>
3. Becker J. "My Son is Just Another Kid". Human Rights Watch [Internet]. 21 nov 2022 [cité 14 févr 2025]; Disponible sur: <https://www.hrw.org/report/2022/11/21/my-son-just-another-kid/experiences-children-repatriated-camps-isis-suspects-and>
4. Bouaziz N, Baleyte JM. Les enfants de retour de zone irako-syrienne : construire une position éthique et clinique entre enjeux sécuritaires et médiatiques et besoins et intérêt des enfants. *L'information psychiatrique*. 12 juin 2024;100(5):305-10.
5. Baranger T, Eliacheff C. Les enfants de retour de la zone irako-syrienne. Un défi pour la société. *Le Débat*. 2019;205(3):153-62.
6. Grande Chambre de la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Arrêt relatif au refus opposé à la demande des requérants d'obtenir des autorités françaises le rapatriement de leurs filles et de leurs petits-enfants retenus dans les camps du nord-est de la Syrie administrés par les Forces démocratiques syriennes : H.F. et autres c. France [Internet]. sept 14, 2022. Disponible sur: <https://hudoc.echr.coe.int/eng/?i=001-219335>
7. www.rtl.fr [Internet]. 2018 [cité 19 juin 2024]. VIDÉO - François Molins : « Les enfants de jihadistes sont des bombes à retardement ». Disponible sur: <https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/francois-molins-sur-rtl-les-enfants-de-jihadistes-sont-des-bombes-a-retardement-7791948055>
8. Carnouvas L. Assemblée Nationale. [cité 2 avr 2025]. Question écrite n° 16679 - Possible retour sur le sol national de djihadistes français détenus en Syrie. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/questions/QANR5L15QE16679>
9. Diogon D. *La Montagne*. 2022 [cité 3 juin 2024]. État islamique - « Notre inquiétude est que ces enfants de djihadistes deviennent des bombes à retardement », alertent deux journalistes. Disponible sur: https://www.lamontagne.fr/paris-75000/actualites/notre-inquietude-est-que-ces-enfants-de-djihadistes-deviennent-des-bombes-a-retardement-alertent-deux-journalistes_14139465/
10. Petrucci K, Davis J, Berman T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. nov 2019;97:104127.
11. Bethell CD, Carle A, Hudziak J, Gombojav N, Powers K, Wade R, et al. Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. *Academic Pediatrics*. 1 sept 2017;17(7, Supplement):S51-69.

12. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. REPRINT OF : Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. First edition 1998;56(6):774-86.
13. Goutines J, Pham LL, Lucidarme N, Briand C, Malka A, Baker C, et al. Medical care and initial health status of French children returnees from jihadist group operation areas: A cross-sectional study from 2017 to 2020 in one referral French hospital. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 1 mars 2025;64:102805.
14. Klein A, Mapelli A, Veyret-Morau M, Levy-Benchevton J, Giraud F, di Chiara 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.
15. Kizilhan JI, Noll-Hussong M. Post-traumatic stress disorder among former Islamic State child soldiers in northern Iraq. *Br J Psychiatry*. juill 2018;213(1):425-9.
16. Brooks N, Honnavalli V, Jacobson-Lang B. Children of ISIS: considerations regarding trauma, treatment and risk. *Psychiatr Psychol Law*. 2022;29(1):107-33.
17. Van der Kolk BA. Proposal to Include a Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children and Adolescents in DSM-V. 2009.
18. Vaiva G, Baubet T. *Le trauma complexe*. 2021.
19. Veyret-Morau M, Mapelli A, Klein A, Rezzoug D, Baubet T. EM-Consulte. 2023 [cité 13 avr 2023]. La prise en charge psychologique des enfants de djihadistes : modalités et enjeux. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1428405/alertePM>
20. Giraud F. Avec les « petits revenants ». *L'Autre*. 22 sept 2020;21(2):223-9.
21. Mansour Shehadeh S, Fumagalli M, di Chiara Fernandez M, Zouiten S, Kosciusko Morizet A, Lida-Pulik H, et al. La prise en charge des enfants orphelins de retour de zone irako-syrienne : spécificités cliniques et institutionnelles. *La psychiatrie de l'enfant*. 2023;66(2):283-301.
22. Mapelli A, Veyret-Morau M, Ferault L. Sensibilités des enfants de retour des zones de combat. In: *Expériences autour de la radicalisation et sa prévention* [Internet]. érès; 2024 [cité 29 mars 2025]. p. 179-95. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/experiences-autour-de-la-radicalisation-et-sa-prevention--9782749281520-page-179>
23. Mapelli A, Veyret-Morau M, Rezzoug D, Klein A, Baubet T. Children of jihadists: a medical framework for returnees in France. *The Lancet*. 22 juin 2019;393(10190):2489.
24. Mestre L, Veyret-Morau M. Mineurs de retour de zone : attaque des liens et complémentarité du soin (en trauma complexe). *Dialogue*. 3 juill 2024;244(2):51-66.
25. Ayouch S, Lamote T. Le retour des enfants de pays en zones de guerre : modalités d'accueil et prises en charge thérapeutiques. *Le Journal des psychologues*. 2022;401(9):48-53.
26. Penna A, Dosé M. Enfants de retour des camps syriens. *Lien Social*. 28 févr 2022;1311(4):18-24.

27. Euillet S, Hilbold M, Ganne C, Turlais A, Faisca É. Accueillir des enfants rapatriés de la zone irako-syrienne : analyse des vécus et des pratiques des assistants familiaux français. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 2021;49(1):61-79.
28. Mapelli A, Veyret-Morau M, Ferault L, Baubet T. Accueillir un enfant de retour de zone d'opérations de groupements terroristes : le groupe de parole à l'intention des familles d'accueil. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 17 mai 2023;70(1):191-211.
29. Falissard B, Benoit L, Martin A. Qualitative methods in child and adolescent psychiatry: the time has come. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(4):541-4.
30. Smith JA, Larkin M, Flowers P. *Interpretative Phenomenological Analysis : Theory, Method and Research*. 2021;1-100.
31. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française*. 1 déc 2017;62(4):373-85.
32. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 5e éd.* Armand Colin; 2021. 433 p.
33. Raynaud JP. Secteur, précarité et inégalités d'accès aux soins. *Empan*. 5 juin 2024;134(2):64-7.
34. Espi P, Winter M, Falissard B, Blay M, Anastasi A, Maggi-Perpoint C, et al. Organisation des soins en santé mentale : quelle juste place pour les centres experts en pédopsychiatrie ? *L'information psychiatrique*. 7 nov 2023;99(8):551-8.
35. Delile JM. Radicalisation violente, familles et santé mentale. *Cahiers critiques de thérapie familiale*. 25 oct 2019;63(2):37-56.
36. Khosrokhavar F. Le nouveau jihad en Occident [Internet]. Robert Laffont; 2018 [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/le-nouveau-jihad-en-occident--9782221214893>
37. Misiak B, Samochowiec J, Bhui K, Schouler-Ocak M, Demunter H, Kuey L, et al. A systematic review on the relationship between mental health, radicalization and mass violence. *European Psychiatry*. févr 2019;56(1):51-9.
38. Trauma, Adversity & Violent Extremism: A Systematic Review [Internet]. [cité 9 avr 2025]. Disponible sur: <https://crestresearch.ac.uk/resources/trauma-adversity-violent-extremism-systematic-review/>
39. Alcalá HE, Sharif MZ, Samari G. Social Determinants of Health, Violent Radicalization, and Terrorism: A Public Health Perspective. *Health Equity*. déc 2017;1(1):87-95.
40. Maes JC. La famille face à la radicalisation d'un de ses membres. *Cahiers critiques de thérapie familiale*. 25 oct 2019;63(2):85-105.
41. Piot JC. L'enfant comme ennemi, hier et aujourd'hui [Internet]. Déjà-vu. 2019 [cité 1 juill 2024]. Disponible sur: <https://blog.francetvinfo.fr/deja-vu/2019/03/14/lenfant-comme-ennemi-hier-et-aujourd'hui.html>

42. Devereux G. Ethnopsychanalyse complémentariste de Georges Devereux - Editions Flammarion [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://editions.flammarion.com/ethnopsychanalyse-complementariste/9782082101806>
43. Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y. Manuel de psychiatrie transculturelle [Internet]. La pensée sauvage. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://revuelautre.com/boutique/manuel-de-psychiatrie-transculturelle/>
44. Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France [Internet]. La Découverte; 2002 [cité 26 mars 2025]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/enfants-d-ici-venus-d-ailleurs--9782707136558>
45. Nathan T. La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique [Internet]. Dunod. 1986 [cité 26 mars 2025]. 456 p. (Idem). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/folie-autres-traite-d-ethnopsychiatrie-clinique-0>
46. Ratcliff BG. Traumatismes et résilience chez l'enfant migrant : le rôle de l'ancrage culturel et familial. *L'autre*. 2007;8(2):249-56.

ANNEXES

Annexe 1. Liste des abréviations

ACE : Adverse Childhood Experiences.

ARS : Agence Régionale de Santé.

ASE : Aide Sociale à l'Enfance.

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

CPRAF : Cellule de Prévention de la Radicalisation et d'Accompagnement des Familles.

CRPOc : Centre Régional du Psychotraumatisme enfants-adolescents antenne Occitanie.

ERZ : Enfants de Retour de Zone (de groupements et d'opérations terroristes irako-syrienne).

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis.

MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative.

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse.

PNAT : Parquet National Anti-Terroriste.

PUPH : Professeur Universitaire Praticien Hospitalier.

Annexe 2. Grille COREQ

DOMAINE 1 : EQUIPE DE RECHERCHE ET DE REFLEXION – CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur - *Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?*

Lisa DJOUAHRA.

2. Titres académiques - *Quels étaient les titres académiques des chercheurs ? Par exemple : PhD, MD*

Lisa DJOUAHRA - Interne en médecine (Diplôme d'Etudes Spécialisées en Psychiatrie), option Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent au CHU de Toulouse.

Lucie ROSENTHAL - Médecin pédopsychiatre au sein du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent au CHU de Toulouse. Activité de recherche et d'enseignement (Inserm, UPS, CERPOP, Université de Toulouse).

3. Activité - *Quelle était leur activité au moment de l'étude ?*

Lisa DJOUAHRA - Internat de médecine, thèse d'exercice pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine, disponibilité pour convenance personnelle.

Lucie ROSENTHAL – Activité clinique au CHU de Toulouse, enseignement, recherche.

4. Genre - *Le chercheur était-il un homme ou une femme ?*

Femmes.

5. Expérience et formation - *Quelle était l'expérience ou la formation des chercheurs ?*

Lisa DJOUAHRA - Inexpérience dans la pratique de la recherche. Formation théorique en recherche qualitative avec accompagnement méthodologique au cours de la recherche (séminaires, supervision).

Lucie ROSENTHAL - Plusieurs expériences de recherche qualitative en tant qu'investigatrice, directrice de recherche, encadrement, coordination et formation. Plusieurs expériences de recherche médicale et de publications scientifiques.

Relations avec les participants

6. Relation antérieure - *Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?*

L'enquêtrice connaissait certains participants avec qui elle entretenait des liens professionnels dans un climat de familiarité. Elle ne connaissait pas la plupart d'entre eux.

7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur - *Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche*

Les participants avaient connaissance des objectifs personnels de l'investigatrice (recherche dans le cadre d'une thèse d'exercice) et des motivations de la recherche (explorer l'expérience des professionnels de pédopsychiatrie exerçant auprès des enfants de retour de zone d'activité terroriste irako-syrienne).

8. Caractéristiques de l'enquêteur - *Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche*

Les participants avaient connaissance des motivations de la chercheuse, de sa fonction d'interne en psychiatrie, et pour la plupart de son expérience professionnelle auprès des enfants de retour de zone d'activité terroriste. Ils n'avaient pas connaissance de ses hypothèses ou biais préalables.

DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ETUDE

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie - *Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*

La méthode d'analyse retenue est celle de l'analyse interprétative phénoménologique.

Sélection des participants

10. Échantillonnage - *Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*

Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage ciblé pour obtenir un échantillon divers de professionnels travaillant auprès des enfants de retour de zone, à la fois dans leurs professions, dans leurs fonctions au sein des centres de référence (pratique du soin, coordination, direction du service), dans leurs expériences (activité ancienne ou récente ou courte au sein du service, professionnels exerçant ou n'exerçant plus, professionnels ayant une ancienneté professionnelle longue ou courte) et dans leurs approches théoriques (inclusion dans 4 centres de référence ayant des approches théoriques différentes).

11. Prise de contact - *Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*

Les entretiens ont été réalisés en majorité en présentiel, en face-à-face. 4 entretiens sur les 20 réalisés ont été réalisés en distanciel, en visioconférence avec caméra activée.

12. Taille de l'échantillon - *Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?*

20 personnes ont participé à l'étude.

13. Non-participation - *Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?*

5 personnes n'ont pas participé malgré la proposition. 2 d'entre elles n'ont pas donné de réponse. L'une d'entre elles a expliqué ne pas pouvoir dégager le temps nécessaire pour participer au vu de sa charge de travail. Les deux dernières ont d'abord accepté de principe, mais n'ont pas donné suite aux échanges. Un participant a émis le souhait de retirer sa participation du fait d'un inconfort à exercer au sein du dispositif, et a finalement accepté le maintien de l'exploitation des données de l'entretien réalisé.

Contexte

14. Cadre de la collecte de données - *Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*

Les données ont été recueillies dans la majorité des cas sur le lieu de travail des participants, excepté deux personnes ayant reçu la chercheuse dans leur domicile.

15. Présence de non-participants - *Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?*

Non, il s'agissait toujours d'entretiens en individuel.

16. Description de l'échantillon - *Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date*

L'échantillon est constitué de professionnels de différentes professions constituant les équipes de pédopsychiatrie des centres de référence accueillant les enfants de retour de zone d'opération et de groupement terroriste irako-syrienne. Les caractéristiques démographiques ne sont pas présentées en détail pour préserver l'anonymat des participants. Les 20 entretiens ont eu lieu entre le 8/12/2023 et le 1/10/2024.

Recueil des données

17. Guide d'entretien - *Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?*

La grille d'entretien était préétablie à l'aide de questions ouvertes, d'amorces, de relances. Le guide d'entretien a été testé préalablement lors de la formation de l'investigatrice à la recherche qualitative.

18. Entretiens répétés - *Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?*

Les entretiens étaient tous uniques.

19. Enregistrement audio/visuel - *Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?*

Le son a été recueilli à l'aide d'un dictaphone sans enregistrement visuel (ni en présentiel, ni en visioconférence).

20. Cahier de terrain - *Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?*

Oui, un carnet de bord a été tenu avant et après les entretiens. Des notes manuscrites étaient prises lors des entretiens.

21. Durée - *Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?*

Les entretiens duraient en moyenne 1h30, le plus court 52 min, le plus long 122.

22. Seuil de saturation - *Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?*

Oui, le seuil de saturation a été discuté à plusieurs reprises au cours de l'analyse des données d'entretien.

23. Retour des retranscriptions - *Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?*

Non, les retranscriptions n'ont pas été proposées aux participants pour relecture.

DOMAINE 3 : ANALYSE ET RESULTATS

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données - *Combien de personnes ont codé les données ?*

Le codage est réalisé par une unique chercheuse avec triangulation régulière des données d'analyse.

25. Description de l'arbre de codage - *Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?*

Oui, un arbre thématique a été réalisé et présenté dans les résultats.

26. Détermination des thèmes - *Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?*

Les thèmes ont été déterminés directement à partir des données sans thèmes préétablis.

27. Logiciel - *Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?*

NVivo12 plus.

28. Vérification par les participants - *Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?*

Les résultats sont soumis aux participants avant la soumission d'article(s) de recherche par présentation de l'écrit de thèse d'exercice. Un temps d'échange dédié à leurs retours sur les résultats est prévu.

Rédaction

29. Citations présentées - *Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant*

Des citations sont utilisées pour illustrer les résultats sans identification par le numéro de participant, par souci d'anonymat (les professionnels des centres de référence pouvant s'identifier facilement).

30. Cohérence des données et des résultats - *Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?*

Nous avons souhaité présenter les résultats de la façon la plus exhaustive possible dans le travail de thèse. Des choix de présentation seront nécessaires lors de la rédaction d'article(s) de recherche.

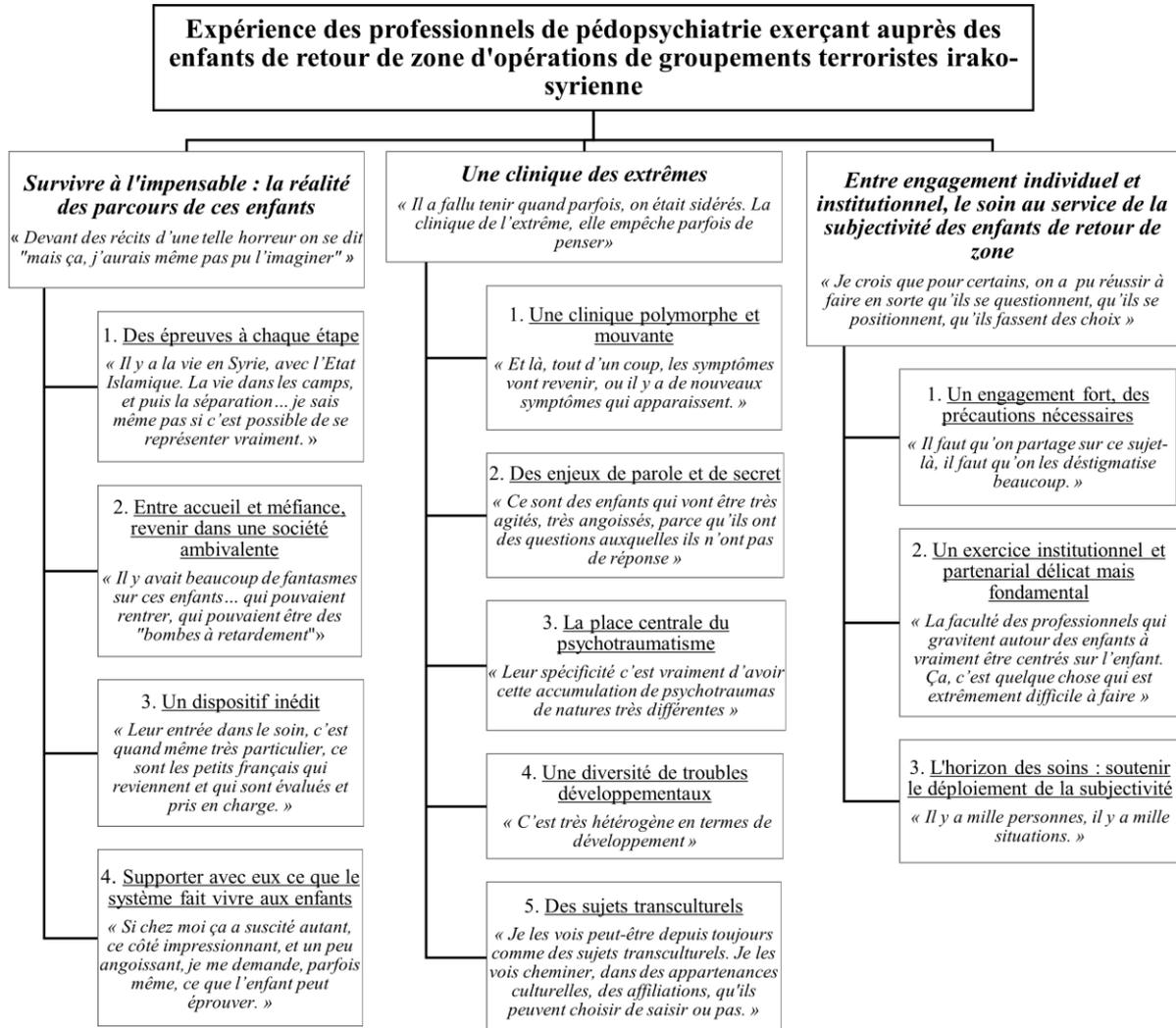
31. Clarté des thèmes principaux - *Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?*

Les thèmes principaux correspondent aux titres des principales parties de l'écrit de la thèse.

32. Clarté des thèmes secondaires - *Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?*

Les thèmes secondaires correspondent aux titres des sous-parties. Les cas particuliers et données divergentes sont présentés dans les résultats, et certains points de divergence sont repris dans la discussion.

Annexe 3. Arbre thématique



Expérience des professionnels de pédopsychiatrie exerçant auprès des enfants de retour de zone d'opérations de groupements terroristes irako-syrienne : une étude qualitative.

RESUME :

Les enfants de retour de zone d'opérations de groupements terroristes irako-syrienne bénéficient d'une prise en charge médico-psychologique dans le cadre de leur rapatriement par l'État français. Cette étude qualitative est la première à explorer l'expérience des équipes pluridisciplinaires des centres de référence désignés pour leur prise en charge pédopsychiatrique. Les données ont été recueillies par vingt entretiens semi-directifs analysés selon la méthodologie de l'analyse interprétative phénoménologique. Les résultats sont organisés autour de trois thèmes principaux : survivre à l'impensable, la réalité des parcours de ces enfants ; une clinique des extrêmes ; entre engagement individuel et institutionnel, le soin au service de la subjectivité des enfants de retour de zone. Les professionnels témoignent d'une accumulation d'évènements adverses dans l'enfance qui suggère un risque accru de développer des troubles mentaux. Ils souhaitent limiter le risque de stigmatisation lié au contexte sociétal dans lequel ces enfants sont pris en charge. Ces cliniciens sont engagés dans les soins qui impliquent une attention particulière au soutien de la subjectivité des enfants. Cette étude vise à transmettre l'expertise de ces équipes pour étayer les parcours de soin de ces enfants.

TITRE EN ANGLAIS : Experience of child and adolescent psychiatry professionals working with children returning from Iraqi-Syrian terrorist group operating zones : a qualitative study.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : enfants de retour de zone irako-syrienne, pédopsychiatrie, guerre, terrorisme, psychotraumatisme, évènements adverses de l'enfance, recherche qualitative, psychiatrie transculturelle.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université de Toulouse

Faculté de Santé de Toulouse

37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrice de thèse : Lucie ROSENTHAL