



Paris, le 8 juin 2018

La garde des sceaux, ministre de la justice

A

Pour attribution

**Mesdames et Messieurs les procureurs généraux près les cours d'appel
Monsieur le procureur de la République près le tribunal supérieur d'appel
Mesdames et Messieurs les procureurs de la République
près les tribunaux de grande instance**

Pour information

**Mesdames et Messieurs les premiers présidents des cours d'appel
Monsieur le président du tribunal supérieur d'appel
Mesdames et Messieurs les présidents des tribunaux de grande instance
Monsieur le membre national d'Eurojust pour la France
Mesdames et Messieurs les directeurs interrégionaux
de la protection judiciaire de la jeunesse
Monsieur le directeur de l'école nationale de la magistrature
Madame la directrice générale de l'école nationale de protection judiciaire de la jeunesse**

OBJET : Circulaire relative au suivi des mineurs à leur retour de zone d'opérations de groupements terroristes (notamment la zone irako-syrienne) – Instruction interministérielle du 23 février 2018 relative à la prise en charge des mineurs à leur retour de zone d'opérations de groupements terroristes révisant l'instruction du 23 mars 2017.

N° NOR : JUSD1816044 C

N° CIRCULAIRE : CRIM/ 2018 – 7 - G1 / 08.06.2018

N/RÉF : 2016/F/0115/T15

Publication : La présente circulaire sera publiée au Bulletin Officiel et sur l'Intranet justice

Annexes :

- 1) Instruction du 23 février 2018 relative à la prise en charge des mineurs à leur retour de zone d'opérations de groupements terroristes (notamment la zone irako-syrienne)
- 2) Fiche de liaison
- 3) Protocole d'évaluation somatique et pédopsychiatrique des enfants de retour de la zone irako-syrienne

Dans la perspective du retour sur le territoire national des mineurs français, ou présumés comme tels par les autorités consulaires à l'étranger, présents sur zone de combat en Irak et en Syrie, les services de l'Etat œuvrent de manière constante à la définition d'une prise en charge adaptée au moyen d'une coordination interministérielle renforcée.

Ainsi, le Premier ministre a pris le 23 février 2018 une nouvelle instruction interministérielle (figurant en annexe 1), laquelle se substitue à l'instruction du 23 mars 2017 relative à la prise en charge des mineurs à leur retour de zone irako-syrienne.

Cette nouvelle instruction précise, notamment, les modalités de partage d'information, d'une part dans le cadre des dispositifs locaux de prévention de la radicalisation et, plus particulièrement, au sein des cellules départementales de suivi pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles (CPRAF), et d'autre part entre les différents acteurs de la prise en charge sanitaire, sociale et judiciaire de ces enfants.

La présente circulaire vient compléter la circulaire 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.

I. L'affirmation du rôle central du parquet

L'instruction du Premier ministre du 23 février 2018 impose désormais aux autorités consulaires, avant l'arrivée de l'enfant sur le territoire national, de recueillir des renseignements sur son état et ses habitudes de vie. Ces informations seront transmises à la section antiterroriste du parquet de Paris, à charge pour elle de les communiquer à son tour au parquet territorialement compétent.

Dans le prolongement des préconisations de la dépêche de la DACG du 2 octobre 2017 relative aux dispositifs d'échange d'informations existant entre l'autorité judiciaire et l'autorité administrative dans le cadre du fonctionnement des CPRAF, il doit être rappelé qu'il revient au procureur de la République – *en sa double qualité de partie à la procédure d'assistance éducative et de co-président de ces instances départementales* – de communiquer à l'autorité préfectorale les informations nécessaires à l'exercice de ses missions : il s'agit, notamment, des éléments d'identité et de localisation précise des mineurs concernés, de l'identification des services en charge du suivi de la mesure, ainsi que de toutes informations relatives aux décisions de mainlevée ou de dessaisissement ordonnées par le juge des enfants.

L'information relative à la décision de mainlevée en assistance éducative a pour finalité de permettre à l'autorité administrative de maintenir une attention sur l'évolution de ces mineurs. La nécessité d'assurer un suivi dans la durée de ces situations identifie les CPRAF, réunies en formation restreinte, comme le lieu privilégié d'un échange d'informations entre les différents intervenants concernés (ARS, éducation nationale notamment) afin, notamment, d'envisager la saisine du procureur de la République via un nouveau signalement.

Parallèlement à la transmission de ces éléments à l'autorité administrative, le procureur en charge du suivi de ces mesures d'assistance éducative veillera à l'information immédiate de la section antiterroriste du parquet de Paris (C1) – *compétente pour le traitement pénal des parents* – de toute évolution de la situation de ces mineurs : changement du lieu de placement, dessaisissement au profit d'un autre ressort et mainlevée de la mesure d'assistance éducative.

De la même manière, dans l'hypothèse d'un changement du lieu de placement, un avis au parquet du nouveau lieu de résidence devra être émis par le parquet initialement en charge de la mesure afin de prévenir toute difficulté dans la continuité de la prise en charge et permettre la bonne information de l'autorité administrative du ressort de destination.

En outre, dans le prolongement de la circulaire 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, qui préconisait que le procureur de la République requière au bénéfice du mineur une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE), ce dernier pourra, à l'issue de cette mesure, requérir le prononcé d'une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) exercée par la protection judiciaire de la jeunesse. Le recours à cette mesure apparaît particulièrement opportun pour permettre la continuité de la prise en charge du mineur et la poursuite du travail engagé dans le cadre de la MJIE. L'intervention de la protection judiciaire de la jeunesse permet également de nourrir la compétence du ministère de la justice dans ces prises en charge et contribue au déploiement d'une politique nationale en la matière.

Enfin, concernant les mineurs orphelins de père et de mère faisant l'objet d'une mesure de tutelle, le procureur de la République appréciera l'opportunité de requérir le maintien d'une procédure d'assistance éducative, afin de recourir aux mêmes dispositifs pour l'ensemble des mineurs de retour de zone.

II. Une meilleure articulation des interventions

Informé de la date de la première audience d'assistance éducative par le greffe du tribunal pour enfants, le service hospitalier en charge d'effectuer le bilan de santé transmet au juge des enfants une fiche de liaison (figurant en annexe 2) comprenant les premiers constats somatiques et médico-psychologiques, ainsi que la stratégie définie pour effectuer l'investigation de santé et les premiers soins. Un protocole d'évaluation (figurant en annexe 3) a été élaboré par les professionnels de santé des établissements référents en Ile-de-France avec le concours de représentants des sociétés savantes.

La même fiche de liaison permet ensuite au juge des enfants d'informer en retour le service hospitalier des décisions prises ainsi que, le cas échéant, le médecin référent « protection de l'enfance »¹ lorsque l'enfant est confié à l'aide sociale à l'enfance (ASE).

L'évaluation médico-psychologique peut prendre un certain temps et nécessiter plusieurs consultations. Les éléments sont transmis régulièrement au juge des enfants en fonction de ses besoins à en connaître, ainsi qu'au médecin référent « protection de l'enfance » lorsque l'enfant est confié à l'ASE.

En cas de refus ou d'absence d'autorisation des titulaires de l'autorité parentale pour la réalisation du bilan de santé, le référent éducatif de l'enfant en informe le juge des enfants dans les meilleurs délais, afin que ce dernier soit en mesure de décider des mesures à prendre pour permettre la mise en œuvre de ce bilan. Il en est de même en cas de nécessité de soins et de refus ou d'absence d'autorisation des titulaires de l'autorité parentale en la matière.

Il est également rappelé à cet égard que l'ensemble des examens médicaux des enfants de retour de zone de conflits doivent être réalisés au sein des établissements de soins référents identifiés par les agences régionales de santé (ARS), ces dernières constituant le point d'entrée des services éducatifs pour la mise en relation avec ces établissements et les services ambulatoires qui en dépendent selon les territoires.

Enfin, pour favoriser l'échange d'informations entre les professionnels soumis au secret et faciliter l'articulation des interventions, il est prévu que le juge puisse désigner un service éducatif référent chargé des relations avec les partenaires extérieurs. Le professionnel désigné comme référent de la mesure au sein de ce service se fera connaître auprès des professionnels de

¹ Articles L. 221-2 et D. 221-25 du code de l'action sociale et des familles

l'éducation nationale et de santé en charge de l'enfant. Lorsque l'enfant est confié à l'ASE, il apparaît approprié de désigner ce service.

* * *

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous rendre compte sous le double timbre du bureau des partenaires institutionnels et des territoires de la direction de la protection de la jeunesse (DPJJ) et du bureau de la lutte contre la criminalité organisée, le terrorisme et le blanchiment de la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) de toute difficulté dans la mise en œuvre de la présente circulaire.



Madeleine MATHIEU
Directrice de la protection judiciaire de la jeunesse



Rémy HEITZ
Directeur des affaires criminelles
et des grâces

à

*Mesdames et messieurs les préfets,
Mesdames et messieurs les recteurs d'académie,
Madame la vice-rectrice de Mayotte,
Mesdames et messieurs les directeurs généraux des agences
régionales de santé*

Objet : Instruction relative à la prise en charge des mineurs à leur retour de zone d'opérations de groupements terroristes (notamment la zone irako-syrienne)

On estime à près de 700 le nombre de ressortissants majeurs ou résidents français présents sur zone de combat en Syrie et en Irak. S'il n'y a pas de chiffres précis sur le nombre d'enfants, certaines estimations donnent le nombre d'environ 500 mineurs dont la plupart sont très jeunes, soit emmenés par leurs parents, soit nés sur place. Certains de ces enfants sont d'ores et déjà de retour sur le territoire national, et il est probable que d'autres reviendront.

Ces enfants ont pu assister à des exactions et l'on peut supposer que l'ensemble de ces mineurs, quel que soit leur âge, a évolué dans un climat d'une violence extrême.

Face à cette situation exceptionnelle, il convient de mettre en place une prise en charge et un accompagnement spécifiques de ces mineurs, adaptés à leur âge et leur situation individuelle, de prévoir à cette fin la coordination et l'articulation des dispositifs de droit commun, et de prendre en compte le besoin de formation et d'accompagnement des personnels qui auront à les prendre en charge.

Ce dispositif spécifique s'appuie largement sur le droit commun tout en mettant en œuvre des dispositions innovantes, permettant ainsi de mobiliser l'ensemble des services de l'Etat sur cette problématique, d'améliorer leur coordination avec les conseils départementaux chargés de la prise en charge de ces enfants en protection de l'enfance, de préciser l'articulation des différents dispositifs juridiques existants afin d'assurer l'accompagnement le plus adapté à la situation et au statut de ces mineurs et d'instaurer un suivi renforcé au long cours de ces enfants au regard de la spécificité de leur parcours, et de leur situation familiale.

La présente instruction précise les modalités de prise en charge de ces enfants mineurs à leur retour en France (I) notamment les dispositions prévues en matière de bilan tant somatique que médico-psychologique, ainsi que le dispositif de suivi notamment psychothérapeutique qui pourrait être nécessaire, de scolarisation, (II) les modalités d'accompagnement des parents, (III) la formation des professionnels chargés de l'accompagnement et l'appui national aux acteurs chargés de la prise en charge des enfants, (IV) les modalités de coordination du dispositif et de partage des informations et enfin (V) les orientations prises en matière d'évaluation et de suivi de ce dispositif.

Elle vise les mineurs de retour de zone d'opérations de groupements terroristes notamment la zone irako-syrienne rentrés sur le territoire par voie aérienne, maritime ou terrestre, y compris clandestinement.

La présente instruction n'a pas vocation à traiter des questions relatives à l'état-civil ou à la filiation des enfants nés en zone irako-syrienne qui ont fait l'objet d'une dépêche du ministère de la justice¹, ni au statut juridique de ces mêmes enfants dans l'hypothèse où ils seraient dépourvus de filiation, ni enfin des poursuites pénales dont certains pourraient faire l'objet au titre de leur participation aux combats et par conséquent du suivi éducatif assuré, dans ce cadre, par la protection judiciaire de la jeunesse. A cet égard, la procédure pénale diligentée sous la seule autorité du parquet de Paris conditionne le calendrier de la prise en charge sociale et en assistance éducative de ces mineurs qui relève des parquets et juridictions territorialement compétents. L'articulation entre les différents parquets intervenants (parquet de Paris au pénal et parquets d'arrivée ou du dernier domicile connu en assistance éducative) a fait l'objet d'une circulaire dédiée du ministre de la justice².

Elle se substitue à l'instruction du 23 mars 2017 relative à la prise en charge des mineurs à leur retour de zone irako-syrienne.

(I) Présentation de la prise en charge de ces enfants à leur retour en France

1. Identification des mineurs concernés par ce dispositif

Le dispositif prévoit, dès l'arrivée sur le territoire national, d'évaluer et, le cas échéant, de faire cesser le danger encouru par les mineurs du fait des comportements parentaux, et d'un séjour parfois prolongé sur un territoire, théâtre d'opérations de groupements terroristes.

Il concerne tous les mineurs français ou présumés comme tels par les autorités consulaires à l'étranger, ainsi que tous les mineurs étrangers qui sont présents sur le territoire français après avoir effectivement séjourné en zone irako-syrienne ou autre zone d'opérations de groupements terroristes. Ne sont donc pas concernés par ce dispositif ceux nés après le retour de leur mère de la zone d'opération terroriste ainsi que ceux dont le voyage a été interrompu avant d'y parvenir.

S'agissant des mineurs appréhendés avec leur famille avant leur retour en France, le poste consulaire territorialement compétent exerce, à l'égard des ressortissants français ou présumés comme tels, la protection consulaire dans le cadre habituel de la Convention de Vienne de 1963 permettant notamment de rendre visite à la famille placée en détention ou en rétention administrative. Les autorités françaises sont également avisées et l'appréhension de l'ensemble de la famille peut se faire immédiatement dès l'arrivée sur le territoire national. En amont du retour, les autorités consulaires sollicitent, outre le consentement des parents à la réalisation du bilan médical, sur la base du formulaire spécifique (annexe 2), des renseignements sur l'état de l'enfant et ses habitudes de vie (allaitement, allergies, sommeil, type de relation avec le/les parents et, le cas échéant, ses frères et sœurs etc.) transmis par le parquet de Paris au parquet territorialement compétent à l'arrivée de l'enfant sur le territoire national afin de préparer sa prise en charge en tenant compte de ses besoins. Le parquet transmet ces informations au service d'aide sociale à l'enfance du département d'arrivée dès lors que l'enfant lui est confié, et au service de santé en charge du bilan prévu par la présente instruction.

Dès le retour en France, en cas de nécessité d'évacuation sanitaire, au plus près de l'aéronef, par moyen dédié (véhicule de prise en charge sanitaire), une information de la gendarmerie des Transports aériens (GTA) est effectuée par le préfet afin d'assurer l'escorte du ou des véhicules en zone « coté piste ».

S'agissant des familles rentrées clandestinement en France sans qu'une procédure judiciaire n'ait été ouverte, la présence constatée sur le territoire français de mineurs ayant séjourné en zone d'opérations de groupements terroristes nécessite une information immédiate du parquet local à charge pour ce dernier d'aviser la section C1 de lutte contre le terrorisme du parquet de Paris. Une fois arrivés sur le territoire national, tous ces mineurs ont en effet vocation à faire l'objet d'un traitement judiciaire systématique, que ce soit au plan pénal ou civil.

¹ La dépêche conjointe DACS-DACG du 1er février 2016 relative aux incidences sur les parquets civils des départs sur zones de conflits terroristes irako-syriennes (non publiée au BO) aborde la situation des enfants nés en Syrie sans état civil.

² Circulaire NOR JUS F 1709228C 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

2. Saisine du procureur de la République et diffusion de l'information

Dans le cas d'un retour programmé, le parquet de Paris est informé en amont de toute arrivée imminente de la famille, avec indication de l'état civil s'il est disponible, en lien avec une décision d'éloignement souverainement décidée par l'autorité étrangère. Celui-ci avise alors le parquet du lieu d'arrivée, seul compétent pour prendre, en urgence, toutes les mesures nécessaires à la protection des mineurs au titre de l'assistance éducative. Le conseil départemental est alors informé de cette arrivée par le parquet d'arrivée, notamment lorsque ce dernier envisage de prendre une ordonnance de placement provisoire (OPP). Le parquet du lieu d'arrivée informe le préfet.

Le parquet de Paris se charge d'aviser l'état-major de la PAF (Police aux Frontières).

Le directeur d'astreinte de l'Agence régionale de santé (ARS) est, pour sa part, informé par l'autorité préfectorale, qui informe également le responsable territorialement compétent des forces de police ou de gendarmerie.

En parallèle, le parquet de Paris, qui centralise les premières informations, vérifie l'existence d'une procédure d'assistance éducative auprès du parquet du dernier domicile connu afin que lui soit transmis tout élément issu de la procédure d'assistance éducative antérieurement ouverte. L'ensemble des informations relatives à la situation familiale (état civil des parents, coordonnées de la famille élargie, adresse du dernier domicile, procédure en assistance éducative ouverte avant le départ) est communiqué par le parquet de Paris au parquet des mineurs du lieu d'arrivée de l'enfant qui les communique au conseil départemental. Le parquet du lieu du dernier domicile vérifie également auprès du conseil départemental si les mineurs étaient antérieurement suivis par l'aide sociale à l'enfance dans un cadre administratif afin de recueillir tout élément utile concernant leur environnement familial.

Ces informations permettent au service départemental d'aide sociale à l'enfance d'organiser et de préparer l'accueil du ou des enfants, au sein d'un établissement ou d'une famille d'accueil.

Indépendamment de l'opportunité d'une mesure postérieure de garde-à-vue ou de retenue du mineur, et en lien avec le parquet de Paris, le procureur de la République du lieu d'arrivée a la possibilité de prendre en urgence une OPP. Dans ce cas, la prise en charge du mineur en assistance éducative relève de la compétence du service de l'aide sociale à l'enfance auquel le procureur confie le mineur.

Les enfants seront placés en priorité dans des établissements, des services de placement familial ou chez des assistants familiaux volontaires et formés pour l'accueil des enfants de retour de zones d'opérations terroristes. L'orientation des fratries sur un même lieu de placement est à prioriser, sauf intérêt contraire de l'enfant, en évitant toutefois de regrouper les mineurs de retour de zone de conflits en une même structure. Un appel à candidatures du ministère de la justice et du ministère des solidarités et de la santé permettra d'identifier les établissements et services volontaires en capacité d'accueillir ces mineurs et le cas échéant de prendre en charge des fratries dès lors qu'ils seront autorisés au titre du 1° ou 4° du I de l'article 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Pour conduire le mineur de l'aéroport sur son lieu de placement et assister les agents départementaux, le parquet peut requérir le concours de la force publique, en application des nouvelles dispositions de l'article 375-3 du code civil issues de la loi du 28 février 2017 relative à la sécurité publique. En cas d'urgence vitale identifiée suite à une première consultation réalisée par le service médical de l'aéroport d'accueil, le mineur est transporté par le SAMU si possible vers un des hôpitaux référencés par l'agence régionale de santé (ARS) pour l'accueil de ces enfants.

En fonction des éléments recueillis, le parquet ou le juge des enfants du lieu d'arrivée du mineur a la possibilité de se dessaisir au profit du tribunal territorialement compétent en fonction du lieu de résidence de l'enfant avant le départ vers la zone de conflit ou conserver la procédure tout en confiant le mineur à l'aide sociale à l'enfance de ce même département.

Il appartient au parquet territorialement compétent (parquet d'arrivée en cas de maintien dans le département d'arrivée ou parquet du dernier domicile connu si l'enfant y est orienté, notamment en cas de préexistence d'une procédure d'assistance éducative) de saisir immédiatement le juge des enfants en assistance éducative et de requérir le prononcé d'une mesure judiciaire d'investigation éducative, le cas échéant au bénéfice de l'ensemble de la fratrie, afin qu'une évaluation pluridisciplinaire soit menée.

Les dispositions du dernier alinéa de l'article 375-5 du code civil permettent, en outre, au procureur de la République, en cas d'urgence et pour une durée temporaire de deux mois maximum, de décider d'une interdiction de sortie du territoire, dès lors qu'il existe des éléments sérieux laissant supposer que l'enfant s'apprête à quitter le territoire national dans des conditions qui le mettraient en danger et que l'un des détenteurs au moins de l'autorité parentale ne prend pas de mesure pour l'en protéger.

3. Intervention du juge des enfants

Le juge des enfants, une fois saisi, le cas échéant sur réquisitions du parquet, pourra :

- examiner l'opportunité d'instaurer ou de maintenir une interdiction de sortie du territoire du mineur, accessoirement à une autre mesure ;
- examiner l'opportunité de mettre en place une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) ;
- évaluer la nécessité d'ordonner ou de maintenir le placement du mineur - chez un membre de la famille, un tiers digne de confiance, auprès de l'aide sociale à l'enfance ou auprès d'un établissement ou service particulier - ou de le remettre au père/mère notamment lorsque celui-ci a été enlevé par l'autre parent pour se rendre sur zone ;

Lors de la première audience au cours de laquelle le juge des enfants va décider des mesures à prendre, le service de l'aide sociale à l'enfance du département auquel l'enfant a été confié transmet au juge des enfants les informations nécessaires à sa décision. Le service hospitalier en charge d'effectuer le bilan de santé transmet au juge des enfants les premiers constats somatiques et médico-psychologiques et la stratégie définie pour effectuer l'investigation de santé et les premiers soins par voie de fiche de liaison. En cas de refus ou d'absence d'autorisation parentale pour la réalisation du bilan, le service de l'aide sociale à l'enfance alerte le magistrat afin qu'il autorise sa mise en œuvre et la réalisation des soins. Le juge fonde sa décision après avoir pris connaissance des informations transmises concernant les enfants, et après avoir entendu les parents, les enfants et des professionnels les prenant en charge. Il informe le service hospitalier par la voie de la fiche de liaison des décisions qui peuvent aider le service hospitalier à poursuivre ses investigations et ses soins. Cette fiche de liaison est également transmise au médecin « protection de l'enfance » lorsque l'enfant est confié à l'ASE.

Si le juge des enfants décide d'un placement à l'ASE et, qu'au vu du bilan somatique et médico-psychologique réalisé dès l'arrivée de l'enfant, il souhaite demander l'approfondissement de l'évaluation médico-sociale en lien avec les services hospitaliers, une coordination fine et immédiate entre le conseil départemental et les services hospitaliers est nécessaire par l'intermédiaire du médecin référent « protection de l'enfance »³ désigné par le président du conseil départemental au sein d'un service du département.

Le résultat complet de l'évaluation de santé est également transmis au médecin référent « protection de l'enfance » lorsque l'enfant a été confié à l'aide sociale à l'enfance. L'évaluation médico-psychologique lors de l'hospitalisation initiale est insuffisante pour apprécier le profil psychologique. Elle ne peut suffire à mesurer le degré et la nature des traumatismes subis par l'enfant, qui peuvent varier tant dans l'intensité des manifestations que dans les moments où ceux-ci s'expriment. Ainsi, l'enfant devra être revu à plusieurs reprises par la même équipe. Les résultats seront transmis régulièrement au médecin référent « protection de l'enfance » et au juge des enfants en fonction de ses besoins à en connaître sur la base de ces nouvelles consultations.

Le juge des enfants a la possibilité de demander aux services éducatifs en charge de la mesure judiciaire d'investigation éducative un rapport d'évaluation à mi-mesure (soit trois mois après son prononcé), afin de pouvoir éventuellement réorienter l'évaluation et en vue d'adapter le suivi postérieur.

³ Articles L. 221-2 et D. 221-25 du code de l'action sociale et des familles.

L'ensemble de ces éléments d'évaluation contribuera à dégager des perspectives de prise en charge, notamment si le ou les enfants ont été emmenés en zone d'opérations de groupements terroristes sans le consentement d'un de leurs parents resté en France, ou si l'évaluation sociale permet de localiser la présence d'une famille élargie proposant d'accueillir le ou les enfants.

A l'issue de la mesure judiciaire d'investigation éducative, après communication du dossier par le juge des enfants en application de l'article 1187 du code de procédure civile, le procureur de la République pourra requérir une mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) exercée par le secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse afin de poursuivre le travail éducatif engagé.

Le juge des enfants pourra alors évaluer au vu de l'ensemble des informations recueillies sur la situation, la nécessité d'articuler les compétences des services de la protection judiciaire de la jeunesse avec celles du service de l'aide sociale à l'enfance pour une action éducative soutenue en prononçant d'une part, une mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) exercée par le service public de la protection judiciaire de la jeunesse et d'autre part, une mesure de placement auprès de l'aide sociale à l'enfance⁴.

Selon les conclusions de la mesure judiciaire d'investigation éducative, il y a lieu, si nécessaire, de clarifier le statut du mineur. Il appartiendra au parent qui l'a recueilli d'engager les démarches utiles auprès du juge aux affaires familiales afin de voir préciser les modalités d'exercice de l'autorité parentale. En cas de carence des parents, la situation doit être signalée au procureur de la République qui évaluera l'opportunité de saisir la juridiction compétente. Ainsi, par exemple, si les deux parents sont privés de l'exercice de l'autorité parentale, il pourra saisir le juge des tutelles aux fins d'ouverture d'une tutelle, en application de l'article 390 du code civil.

Concernant les orphelins de père et de mère, qui feront l'objet d'une mesure de protection notamment une tutelle, le parquet pourra requérir, dans les cas le justifiant, le maintien d'une procédure d'assistance éducative, afin de garantir une prise en charge équitable de tous les mineurs de retour de zone d'opération terroriste, quelle que soit la situation des père et mère de ces derniers.

Afin de favoriser l'échange d'informations entre les professionnels soumis au secret⁵, un référent sera désigné au sein du service en charge de la mesure éducative (service de l'aide sociale à l'enfance ou service exerçant la mesure d'AEMO) et ses coordonnées seront communiqués aux professionnels en charge de l'enfant au sein des services de santé et de l'éducation nationale, afin de faciliter la coordination et la cohérence des interventions.

Enfin, la situation de ces enfants, dont au moins l'un des parents a séjourné sur zone, est susceptible d'intéresser la section antiterroriste du parquet de Paris qui aura ouvert une enquête ou une information judiciaire. Aussi, il appartiendra aux parquets locaux, en cas d'évolution de la situation des mineurs (changement de lieu de placement, dessaisissement pour un autre ressort, mainlevée de la mesure d'assistance éducative) d'aviser sans délai le parquet de Paris de ces éléments nouveaux, ainsi que le parquet local du nouveau lieu de résidence.

4. Bilan somatique et médico-psychologique

4.1. Accord parental et consentement du mineur

Il sera systématiquement recherché pour la réalisation de ce bilan, outre le consentement du mineur s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, l'accord parental. Une information préalable des parents aura été réalisée par les autorités consulaires, sur la base d'un formulaire spécifique (annexe 2) :

- s'ils ont signé le formulaire d'autorisation, ce document est remis au parquet par les autorités consulaires, lequel le transmet à l'aide sociale à l'enfance ;

⁴ Double mesure rendue possible par la loi n°2017-258 du 28 février 2017 dans le cadre d'une expérimentation de trois ans.

⁵ Conformément à l'article L. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

- s'ils ont manifesté une opposition, l'information est également donnée selon les mêmes modalités et le parquet la transmet au juge des enfants qui appréciera la nécessité d'autoriser exceptionnellement l'aide sociale à l'enfance à consentir à la réalisation du bilan de l'enfant qui lui est confié, sur le fondement des dispositions de l'article 375-7 du code civil.

Cependant, l'intervention des personnes titulaires de l'autorité parentale sera inexistante ou inopérante lorsque :

- l'enfant est dépourvu d'état civil ;
- l'enfant est pourvu d'un simple jugement déclaratif de naissance, insuffisant pour établir un lien de filiation ;
- le juge des enfants a autorisé la personne, le service ou l'établissement gardien, lorsque l'intérêt de l'enfant le justifie, à exercer un acte relevant de l'autorité parentale malgré l'opposition formelle des parents.

Une information des représentants légaux quant aux résultats des bilans médicaux est nécessaire.

4.2. Contenu et objectifs du bilan

Un bilan somatique et médico-psychologique complet du mineur est réalisé, le plus précocement possible après son arrivée sur le territoire national, en fonction le cas échéant de la procédure pénale diligentée à son encontre, et en liaison avec le parquet et les services départementaux à qui l'enfant est confié.

Il a pour objectifs de vérifier l'état général de santé de l'enfant, de repérer un éventuel besoin de soins à court, moyen et long terme sur le plan somatique (infection, dénutrition, maladies chroniques) et de réaliser les soins qu'impose son état de santé. Il permet également de diagnostiquer (sur un cycle de consultations médico-psychologiques) un syndrome de stress post traumatique chez l'enfant, ainsi que d'identifier une éventuelle emprise mentale, et de recommander les meilleures modalités de prise en charge et de suivi, notamment psychothérapeutique adaptés aux besoins et à l'âge de l'enfant.

Ce bilan est réalisé sur la base d'un protocole⁶ élaboré conjointement par la Direction générale de la santé, les professionnels des établissements de référence identifiés, les fédérations de psychiatres et de psychologues ainsi que l'ARS concernée.

Il est primordial que les conseils départementaux et les professionnels accueillant ces enfants dans le cadre du placement soient informés de l'importance de ce bilan somatique et médico-psychologique à mettre en place dès l'arrivée dans leurs structures d'accueil dans les conditions prévues par la présente instruction.

4.3. Cadre et contexte de la réalisation du bilan

La majorité des enfants a vocation à être évaluée en milieu hospitalier (en hospitalisation de jour a minima) au sein d'établissements référents (cf. annexe 1) mais le mode ambulatoire n'est pas exclu en fonction de l'âge de l'enfant, de son statut judiciaire, de son état physique et médico-psychologique, du délai entre le retour sur le territoire national et le bilan, de son entourage et de l'avis des services sociaux.

La confidentialité de la présence de l'enfant et du bilan doit être rappelée systématiquement aux établissements d'accueil.

Le niveau de sécurité à mettre en place au niveau de l'établissement de santé suit les règles actuelles de droit commun sur la base des informations transmises par le préfet, des demandes du procureur de la République, des préconisations des services compétents et/ou du statut judiciaire de l'enfant.

Le transport de l'enfant à l'hôpital et à sa sortie n'est pas médicalisé, sauf si son état le nécessite. Ces transports sont donc à la charge du service ou des personnes responsables de l'enfant.

Concernant le financement du bilan, l'établissement de soins le prend en charge, en avance de frais, dans l'attente de l'ouverture (ou réactivation) des droits.

⁶ Le protocole est à destination des équipes médicales de prise en charge.

L'établissement de santé peut, le cas échéant, bénéficier de crédits d'accompagnement en aide à la contractualisation (AC) (forfait journalier, interprétariat, frais exceptionnels...) attribués par la direction générale de l'offre de soins.

Le financement du suivi somatique et médico-psychologique au long cours se fera selon les modalités suivantes :

- la prise en charge médicale en pédopsychiatrie et soins somatiques sera remboursée par l'assurance maladie après ouverture des droits de l'enfant ;
- le suivi psychothérapeutique sera financé sur le Fonds interministériel de prévention de la délinquance dans le cadre des conventions visées par l'Agence régionale de santé, passées entre les structures de prises en charge et les préfetures ou entre l'Agence régionale de santé, les préfetures et les libéraux référents.

4.4. Déclenchement du bilan somatique et médico-psychologique

Le directeur d'astreinte de l'Agence régionale de santé est informé de l'arrivée imminente d'un enfant par l'autorité préfectorale et rendu destinataire des informations nécessaires à la prise en charge de celui-ci.

En cas de garde-à-vue ou de retenue immédiate du mineur, le bilan tel que décrit par la présente circulaire ne pourra pas être réalisé. Des examens médicaux pourront éventuellement être requis auprès des établissements de santé référents identifiés par les Agences régionales de santé dans le cadre de cette procédure, ainsi, le cas échéant, que des mesures d'évaluation spécifiques (examen médical plus poussé et première évaluation psychologique ou psychiatrique).

En fonction des ressources régionales identifiées par l'Agence régionale de santé et des besoins de l'enfant liés notamment à un traumatisme psychique et, le cas échéant, une emprise mentale, ce bilan doit être prioritairement réalisé par les établissements référents identifiés par les Agences régionales de santé pour évaluer et prendre en charge ces mineurs.

En cas de difficultés, notamment en termes de capacité d'accueil des établissements référents, l'Agence régionale de santé saisira le Centre opérationnel de réception et régulation des urgences sanitaires et sociales pour appui.

L'Agence régionale de santé informe la préfeture des bilans effectivement réalisés et transmet, le cas échéant, les résultats au médecin de l'Aide sociale à l'enfance ou la fiche de liaison précédemment décrite, directement au juge des enfants en cas de placement chez un particulier.

4.5. Modalités de suivi après le bilan de l'enfant

Les Agences régionales de santé sont chargées d'identifier, au moyen de leur cartographie des ressources régionales, les structures et professionnels volontaires pour assurer le suivi des mineurs ou de leurs familles, dans l'hypothèse où le bilan préconiserait un suivi spécifique. Elles informent l'Aide sociale à l'enfance à laquelle l'enfant est confié.

L'Agence régionale de santé est en contact avec les autorités administratives désignées pour organiser les modalités de suivi, après le bilan de l'enfant.

Si l'enfant ne présente pas de pathologie à prendre en charge immédiatement, il fera l'objet de recommandations de suivi au long cours et les ARS l'orienteront vers les professionnels ou établissements pré-identifiés dans la cartographie des ressources et situés à proximité de son lieu de résidence. L'ARS, en lien avec les établissements référents de sa région, peut aussi favoriser la constitution d'équipes mobiles pluridisciplinaires en santé pour favoriser le suivi de ces enfants et appuyer les professionnels médicaux ou sociaux qui les prennent en charge sur les questions liées à la santé.

Si l'enfant nécessite une prise en charge immédiate dans les suites du bilan (décompensation psychiatrique, tuberculose, etc.), il sera hospitalisé - si possible dans l'établissement référent - selon les mêmes modalités de confidentialité, de sécurité et de financement que durant le bilan.

S'il doit être transféré, cela se fera en accord avec l'Agence régionale de santé qui vérifiera si l'établissement d'accueil remplit les critères nécessaires à l'accueil de cet enfant (offre de soins, sécurité, etc.).

Des points d'étape annuels ou biannuels en fonction de l'état de l'enfant devront être prévus dans les établissements de référence afin de conforter ou de réorienter les équipes ambulatoires de suivi. Le suivi et les points d'étape seront garantis pendant toute la durée de l'AEMO, en lien avec le juge des enfants, ou par la suite.

Lorsque l'enfant est pris en charge par l'ASE ou fait l'objet d'une mesure éducative, le rapport de situation est établi tous les ans ou tous les six mois pour les enfants de moins de deux ans ; ce rapport contient un volet sur la santé et est transmis au juge. Le suivi et les points d'étape sont donc garantis pendant toute la durée de la procédure d'assistance éducative. Après clôture de cette dernière, si le médecin en charge du suivi constate une interruption de la prise en charge médicale, il peut transmettre une information préoccupante à la cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental en vue d'une éventuelle transmission d'un signalement au procureur de la République.

5. Scolarisation des mineurs

Lorsque des mineurs doivent être scolarisés, leur affectation est anticipée.

La scolarisation, qui demeure un droit pour les mineurs, doit faire l'objet d'une réflexion des équipes prenant en charge l'enfant au regard de sa problématique et de son état de santé psychique. L'opportunité de rescolariser le mineur rapidement ou non sera appréciée, et justifiera de possibles aménagements (adaptation progressive, accompagnements des instituteurs qui constatent des difficultés de l'enfant dans le groupe classe, cours de français,...), pour favoriser la meilleure intégration possible de l'enfant dans le milieu scolaire.

Le directeur académique des services de l'éducation nationale (DASEN) participe à la cellule de suivi pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles (CPRAF) en formation restreinte.

Le partage d'informations à caractère confidentiel, dans le cadre de la cellule restreinte précitée ou dans le cadre d'échanges bilatéraux, est réalisé dans le respect des règles légales en la matière et notamment de l'article L. 121-6-2 du code de l'action sociale et des familles. Il permet au DASEN d'identifier les mesures prises en assistance éducative ainsi que les acteurs mandatés avant l'affectation des mineurs.

Après un échange préalable en cellule de suivi pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles sur les modalités d'information du maire, le directeur académique des services de l'éducation nationale, en lien avec les maires pour le premier degré, met en place la coordination nécessaire entre les services départementaux de l'éducation nationale, les établissements d'enseignement et les acteurs de terrain pour une prise en charge adaptée des mineurs.

Il s'appuie sur les partenariats existants. Le partenariat signé le 3 juillet 2015 par les ministères en charge de l'éducation nationale et de la justice permet d'identifier à chaque échelon un référent (rectorats - services départementaux - établissements d'enseignement). L'objectif est de construire, pour les mineurs sous protection judiciaire, un projet scolaire adapté à chaque situation.

De la même façon, le partenariat mis en place dans le cadre des protocoles départementaux ou conventions partenariales prévus par l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles permet aux différents acteurs d'avoir une vision commune de l'enfance en danger et d'y donner les réponses adaptées.

Le directeur académique des services de l'éducation nationale veille à la définition des modalités de suivi du parcours scolaire dans l'établissement. Ces modalités sont définies entre les acteurs mandatés et les professionnels de l'éducation nationale, dont le référent radicalisation, le chef d'établissement, le directeur d'école et l'inspecteur de l'éducation nationale en charge d'une circonscription. Elles prévoient des temps formalisés d'échanges réguliers.

Le cas échéant, le médecin de l'éducation nationale a la responsabilité de l'information et du suivi médical dans l'établissement d'enseignement.

Le directeur académique des services de l'éducation nationale favorise la scolarisation des enfants en maternelle et prend toutes les mesures pour permettre une scolarisation des mineurs de plus de 16 ans dans les meilleures conditions. Une attention est portée à leurs besoins particuliers, notamment s'ils sont allophones ou ont une maîtrise partielle de la langue française.

6. Prise en charge des enfants déjà rentrés

Les mineurs revenus de zone avant l'instruction du 23 mars 2017 et actuellement pris en charge par l'aide sociale à l'enfance ou la protection judiciaire de la jeunesse dans le cadre d'une mesure ordonnée par un juge des enfants doivent pouvoir bénéficier de ce dispositif.

Il appartient au service auquel l'enfant est confié de solliciter le concours de l'Agence régionale de santé par l'intermédiaire du médecin référent « protection de l'enfance », pour permettre au mineur de bénéficier de ce bilan de santé spécifique.

Dans cette hypothèse, les partenaires peuvent échanger des informations à caractère secret au sein des instances relatives à la protection de l'enfance, afin de garantir à chaque mineur la réalisation d'un bilan médico-psychologique et, le cas échéant, d'un suivi médical.

(II) Accompagnement social des parents

Il est rappelé que selon les termes de l'article 375-7 du code civil, en cas de placement de l'enfant, ses parents conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement. Seul le juge des enfants peut décider de suspendre ou d'aménager ce droit, notamment en prévoyant qu'il s'exercera en présence d'un tiers, dans l'intérêt de l'enfant.

Le juge des enfants apprécie l'opportunité d'un éloignement ou d'un maintien des liens avec la famille en fonction des éléments d'information qu'il aura pu obtenir via l'audition des enfants, des parents et des membres de la famille, les conclusions du bilan psychologique effectué par les médecins compétents, le premier rapport de l'aide sociale à l'enfance et les premières conclusions des éventuelles mesures d'investigation prononcées.

Il peut décider si l'intérêt de l'enfant le nécessite ou en cas de danger, de ne pas communiquer à la famille le lieu d'accueil.

Dans tous les cas le juge prend sa décision en stricte considération de l'intérêt de l'enfant au vu de l'évaluation conduite.

En ce qui concerne les parents qui ne feraient pas l'objet de mesures judiciaires après leur garde à vue, ils doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement à l'accès aux droits sociaux et aux différents dispositifs d'insertion de droit commun.

De même, une prise en charge en centre maternel peut être envisagée pour les mères d'enfants de moins de trois ans.

(III) Formation et accompagnement des professionnels chargés de la prise en charge de ces mineurs

Il est indispensable de soutenir les professionnels chargés de l'accompagnement de ces mineurs en prévoyant des formations adaptées notamment des séances de sensibilisation au processus de radicalisation ainsi que des formations sur le suivi des mineurs. L'objectif est de permettre une meilleure connaissance du fonctionnement de chacun des professionnels et de favoriser une meilleure coordination pour l'accompagnement global de ces mineurs, au-delà d'une stricte logique de dispositifs.

Le Fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD) finance des actions de formation à destination des professionnels. Par ailleurs, des référentiels de bonnes pratiques ont été élaborés par les associations et fédérations nationales têtes de réseaux pour guider les professionnels (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux) dans la prise en charge des situations de jeunes dans un processus de radicalisation, ces travaux pouvant appuyer les acteurs intervenant dans l'accompagnement de ces situations.

Une enveloppe du Fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD) sera dédiée à la formation, l'accompagnement et au soutien des professionnels (travailleurs sociaux et médico-sociaux et professionnels de santé) prenant en charge ces enfants.

En fonction des besoins repérés et en fonction des organisations, les directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse peuvent, en outre, mettre en place des groupes d'appui chargés d'intervenir en soutien des équipes éducatives et directement auprès des mineurs et de leur famille. Ils peuvent s'appuyer sur des ressources internes, notamment la Mission Nationale de Veille et d'Information et son réseau de référents laïcité citoyenneté, ainsi que sur un réseau partenarial composé d'associations, maisons des adolescents, etc.

Pour les professionnels de l'éducation nationale, le référent radicalisation a notamment comme mission d'apporter un soutien aux équipes éducatives.

Des sessions régionales de sensibilisation, pilotées par les référents des Agences régionales de santé (ARS) en charge de la prévention de la radicalisation, seront organisées par chaque ARS en 2018. Elles s'adressent aux psychologues et psychiatres implantés dans les territoires, y compris aux professionnels des départements, et s'appuient sur les réseaux professionnels tels que les syndicats et sociétés savantes qui sont impliqués dans l'organisation, le contenu et la conduite de ces sessions.

Des sessions de sensibilisation/formation seront proposées aux professionnels de santé des établissements de santé référents pour la prise en charge des enfants de retour de zones de conflit.

Afin de renforcer la solidité et l'accompagnement des professionnels vis-à-vis de ces enfants et adolescents qui ont été victimes de traumatismes ou de la négligence lourde de leurs parents, les organismes de formation devront développer les formations sur les incidences de la violence extrême sur le développement de l'enfant, l'adolescent et sur les impacts de cette violence sur les professionnels (adaptation des prises en charges éducatives et des locaux).

Tous les professionnels sont concernés par ces formations, des personnels éducatifs de terrain aux adjoints techniques, les personnels administratifs, l'encadrement doivent pouvoir y être sensibilisés.

Enfin, il relève de la responsabilité de chaque institution concernée de mettre en place un accompagnement des professionnels (cellules de soutien, analyse des pratiques, supervision...) en contact avec ces enfants. Chaque institution ou un groupe d'institutions peut/vent réaliser des appels à candidature vers des organismes pour répondre aux besoins de formation des professionnels en s'appuyant sur un cahier des charges défini au niveau national.

(IV) Coordination du dispositif et partage de l'information

1. Coordination du dispositif par le préfet

La circulaire du Premier ministre du 13 mai 2016 demande à chaque service déconcentré de l'État de désigner un référent pour la prévention de la radicalisation, comme interlocuteur des services préfectoraux et de l'autorité judiciaire et ayant vocation à siéger dans les cellules départementales de suivi pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles (CPRAF).

Cette circulaire précise : « C'est dans ce cadre que des informations confidentielles sur des situations individuelles pourront être échangées, conformément aux termes de l'instruction du 25 juin 2014 de la garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre de l'intérieur ». En effet, cette circulaire du garde des sceaux invite à l'échange d'informations sur des situations individuelles dans le respect des dispositions législatives relatives au secret professionnel pour ceux qui y sont tenus et, pour les autres agents de l'État, des autorisations reçues de leurs supérieurs hiérarchiques pour communiquer. La circulaire Intérieur-Justice du 5 novembre 2016 a, par la suite, rappelé le cadre privilégié des instances partenariales (notamment CPRAF) pour les échanges d'informations entre les autorités administrative et judiciaire dans le respect des règles précitées.

Une formation restreinte de la cellule départementale de suivi pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles (CPRAF) est réunie à l'initiative du procureur de la République en application de la circulaire du ministère de la Justice du 13 octobre 2016 relative à la prévention de la radicalisation violente. Elle est placée auprès du préfet qui en assure la coordination, selon un ordre du jour établi de manière concertée avec le procureur de la République. C'est dans ce cadre, et dans celui d'échanges bilatéraux, entre les institutions concernées, que des échanges d'information concernant les enfants de retour de zone d'opérations de groupements terroristes seront privilégiés, dans le respect des règles légales applicables en la matière. Ils pourront associer l'ensemble des acteurs du dispositif présenté par la présente instruction, y compris les agences régionales de santé, les représentants de l'éducation nationale et du service de l'aide sociale à l'enfance.

2. Partage d'informations

a) Cadre général

Le partage d'informations au sein des instances ayant à traiter de la prévention de la radicalisation est encadré légalement dans deux domaines, qui autorisent l'échange d'informations « confidentielles » :

- si la fonction locale le justifie et selon des modalités déterminées conjointement avec le représentant de l'État (article D. 132-7 CSI), au sein des conseils locaux ou intercommunaux de sécurité et de prévention de la délinquance dans le cadre de la prévention de la délinquance (CLSPD et CISPD) ;
- au sein des états-majors de sécurité (EMS) des conseils départementaux de prévention de la délinquance et des cellules de coordination opérationnelles des forces de sécurité intérieure des zones de sécurité prioritaires, et ce, en matière d'examen et d'avis sur les conditions de mise en œuvre des mesures alternatives aux poursuites pénales de l'article 41-1 CPP, ainsi qu'en matière d'organisation des modalités du suivi et du contrôle en milieu ouvert des personnes condamnées sortant de détention désignées par l'autorité judiciaire ; dans ce dernier cas, pour des motifs de sécurité et d'ordre publics, les informations reçues peuvent alors porter sur le comportement de ces personnes quand elles étaient en détention ainsi que sur les modalités d'exécution de leur peine (article L. 132-10-1 CSI)⁷.

⁷« À cet effet, ils peuvent se voir transmettre par ces mêmes juridictions et ce même service toute information à caractère personnel liée au comportement de ces personnes en détention et aux modalités d'exécution de leur peine qu'ils jugent utiles au bon déroulement du suivi et du contrôle de celles de ces personnes dont le comportement est susceptible de constituer une menace pour la sécurité et l'ordre publics. »

Parallèlement, en ce qui concerne l'échange d'informations au sein des cellules de suivi dédiées auprès des préfets en matière de radicalisation, la circulaire du ministère de la justice en date du 13 octobre 2016⁸ prévoit que le ministère public a vocation à y recevoir des informations en vue de pouvoir déclencher l'ouverture de procédures d'assistance éducative ou d'engager des poursuites pénales. Dans ce cadre, le procureur a l'initiative de rencontres restreintes, en lien étroit avec la préfecture.

Il s'agit donc d'échanges permettant de vérifier que toutes les situations sont connues des acteurs et que le dispositif global de prise en charge fonctionne. Pour des échanges plus approfondis autour des prises en charges, les textes applicables sont les articles L. 121-6-2 et L. 226-2-2 du CASF qui autorisent le partage entre personnes soumises au secret professionnel en matière d'action sociale et de protection de l'enfance, dans d'autres espaces que celui des cellules de suivi dédiées auprès des préfets.

b) Nature des informations échangées

La dépêche du ministère de la justice (DACG) du 2 octobre 2017 précise la nature et le périmètre des informations qui peuvent être échangées avec les préfets de département afin qu'ils puissent exercer leurs prérogatives notamment de maintien de l'ordre public, tout en garantissant la nécessaire autonomie des procédures judiciaires placées sous le contrôle de la justice.

Conformément à cette dépêche et aux directives propres au ministère de l'intérieur, la localisation et la désignation des mineurs concernés, l'identification du service mandaté par la justice ainsi que les informations relatives aux décisions de mainlevée ou de dessaisissement ordonnées par une juridiction sont ainsi transmis, d'initiative ou sur demande, à l'autorité administrative, à l'occasion de réunions restreintes de la CPRAF ou dans le cadre d'échanges bilatéraux sous l'égide de ces cellules. Dans l'esprit de l'approche duale préconisée par la circulaire Intérieur-Justice du 5 novembre 2016, l'échange d'informations est destiné à articuler l'action de chaque autorité dans le respect de leurs attributions respectives.

Dans le cadre de la méthode de travail préconisée par la circulaire du ministre de l'intérieur du 29 avril 2014, le préfet de département peut porter à la connaissance du procureur de la République une information relative à l'ordre public dont il estime qu'elle peut lui être communiquée, après avis des services compétents placés sous son autorité, et qu'elle présente un intérêt pour le déroulement des mesures ordonnées par l'autorité judiciaire.

Ces échanges ont lieu au sein de la CPRAF restreinte du département du lieu de résidence du mineur (lieu de placement par exemple). Lorsque le service désigné par le magistrat pour mettre en œuvre et suivre la procédure d'assistance éducative se situe dans un autre département que celui du lieu de résidence ou de placement du mineur, il appartient au procureur de la République, partie à la procédure, d'informer ou de faire informer le procureur de la République siégeant dans la CPRAF compétente.

3) Mesures complémentaires d'accompagnement et de suivi des mineurs après leur retour sur le territoire national

a) Accompagnement dans la durée après la clôture d'une procédure en assistance éducative

L'opportunité de mise en œuvre ainsi que les modalités d'application des mesures d'assistance éducative relèvent de l'appréciation souveraine des magistrats de l'ordre judiciaire. Le préfet de département doit cependant être rendu destinataire par le procureur de la République des éléments utiles à l'exercice de ses prérogatives, selon les modalités précisées supra.

Lorsque ces mesures prennent fin (clôture de la procédure d'assistance éducative), il importe de permettre au dispositif d'accompagnement de s'inscrire dans la durée, en prenant en compte à la fois le caractère exceptionnel de ces situations et l'absence objective de recul sur leur potentielle évolution.

⁸Relative à la prévention de la radicalisation violente – coordination de la réponse judiciaire et rôle du magistrat « référent terrorisme ».

L'organisation du dispositif d'accompagnement dans la durée vise uniquement, sous la direction du préfet en lien étroit avec le procureur de la République, à mettre la CPRAF restreinte en capacité de :

- veiller à ce que l'ensemble des acteurs institutionnels reste mobilisé sur un temps long dans l'intérêt de l'enfant (éducation, santé, ...) ;
- s'assurer que l'évolution du mineur ne nécessite pas ultérieurement une nouvelle prise en charge dans un cadre adapté ;
- répondre rapidement aux sollicitations de l'entourage du mineur (famille, tuteurs, etc.) notamment celles relatives à la mise en œuvre d'un accompagnement dans le cadre de la protection administrative (aide sociale à l'enfance) ;
- en cas de nouveau besoin, soit mobiliser immédiatement des ressources en vue d'une prise en charge, en fonction de chaque cas d'espèce et dans un cadre administratif déterminé en CPRAF, soit permettre au procureur de la République de déterminer, à sa seule initiative, et sur la base d'une évaluation de la situation par la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) si une nouvelle intervention judiciaire au titre de l'assistance éducative est nécessaire.

Par conséquent, dès la clôture de la procédure d'assistance éducative, la CPRAF restreinte, dans le strict respect de la confidentialité et sous la présidence du préfet, effectuera à échéance régulière un point de situation, en impliquant notamment l'agence régionale de santé, la direction académique des services de l'éducation nationale et toute structure pertinente au titre de l'aide éducative ou à la parentalité. Des référents seront ainsi dûment identifiés.

Cette action de veille et d'accompagnement s'exercera dans la durée et jusqu'à nouvel ordre. En cas de déménagement d'un mineur, la préfecture (CPRAF) du département de départ veillera à aviser rapidement la préfecture (CPRAF) du département du nouveau lieu de résidence qui effectuera la prise en charge.

b) Lien avec le groupe d'évaluation départemental (GED) de la préfecture de département – suivi des aspects liés à la sécurité

Au niveau des préfectures, le lien étroit entre les CPRAF et les GED permet de prendre immédiatement en compte les éventuelles problématiques de sécurité posées par ces situations exceptionnelles. Ainsi, les mineurs présentant des signes objectifs de radicalisation et susceptibles de constituer une menace, notamment du fait de leur âge, devront être évalués en parallèle en GED sous un angle opérationnel. Il en est de même pour l'entourage -adulte radicalisé ou radicalisant- avec lequel le mineur est susceptible de garder des contacts notamment sur son lieu de résidence ; lorsqu'ils ne font notamment plus l'objet d'une procédure judiciaire ouverte, les parents ou autres adultes ayant accompagné un ou des mineurs en zone d'opération terroriste devront faire l'objet d'une attention toute particulière.

Le parquet local pourra être convié aux réunions GED évoquant ces situations, afin d'être en mesure, le cas échéant, d'assurer le lien avec le parquet de Paris (section C1) en conformité avec les instructions du ministère de la justice (circulaire DACG du 13 octobre 2016). Dans tous les cas, il devra être avisé des informations relevant de sa compétence par les services à compétence judiciaire du ministère de l'intérieur.



Par ailleurs, le partage d'informations au sein de la CPRAF restreinte évoqué supra doit permettre au préfet, dans l'exercice de ses prérogatives, d'anticiper les problèmes d'ordre public, et plus particulièrement de prévenir les incidents liés à la situation spécifique des mineurs ou de leur entourage.

Le préfet peut donc décider d'ordonner des mesures temporaires de sécurisation des lieux d'accueil et des professionnels en cas de danger ou menace, en s'appuyant initialement, en fonction de la zone de compétence concernée, sur les ressources de la direction départementale de la sécurité publique ou du groupement de gendarmerie départementale.

(V) Evaluation et suivi du dispositif

Un comité de suivi du dispositif est installé sous le pilotage du ministère de la justice, du ministère des solidarités et de la santé et du ministère de l'intérieur dont le secrétariat est assuré par le SG-CIPDR. Il se réunira selon une occurrence trimestrielle pour assurer le bilan du dispositif, et si besoin, l'amender. Ce comité de suivi interministériel tient séance conjointe avec le comité de suivi de l'expérimentation et de la prise en charge, en assistance éducative, des mineurs de retour de zone de conflit organisé par le ministère de la justice.

Par ailleurs, le suivi des mesures prises sous l'égide des cellules départementales de prévention de la radicalisation et d'accompagnement des familles est organisé par le SG-CIPDR conformément aux dispositions des articles D. 132-1 et suivants du code de la sécurité intérieure, et notamment de l'alinéa 4 de l'article D. 132-3 et de l'article D. 132-4.


Edouard PHILIPPE


Annexe 1 – Les modalités d'organisation des soins

L'organisation institutionnelle des réseaux territoriaux dans le domaine de la santé repose sur des référents « radicalisation » au niveau régional et départemental qui sont désignés par les directeurs généraux (DG) des ARS.

Ces référents sont chargés d'établir les liens avec les préfetures, de piloter la constitution des cartographies des ressources, d'organiser les sessions de sensibilisation des acteurs de santé, de conseiller et de diffuser les informations utiles auprès des établissements et des professionnels de santé et des professionnels du champ médico-social. Le référent régional est également chargé de réaliser l'interface avec le niveau national.

En matière de planification et d'organisation des bilans médicaux initiaux et de suivi de long terme, les ARS mènent les actions suivantes :

- ▶ Identifient des établissements référents en mesure de réaliser les bilans initiaux en hospitalisation.

Ces établissements référents doivent :

- Avoir un service de pédiatrie ;
- Avoir un service de pédopsychiatrie ;
- Disposer du nombre de lits suffisant pour être en mesure d'accueillir une fratrie (jusqu'à 3) ;
- Disposer de chambres individuelles ou de locaux facilement sécurisables.

Des critères optionnels peuvent aussi être regardés :

- Disposer de compétences en psycho-traumatisme infanto-juvénile (en interne ou en externe) ;
- Disposer d'une PASS ;
- Avoir accès à des interprètes ;
- Disposer d'UHSI.

- ▶ Les ARS intègrent également dans leur cartographie des ressources régionales des centres ou des professionnels en mesure de réaliser des suivis psychologiques ou psychiatriques au long cours. Elles mentionnent spécifiquement les ressources expertes en psycho-traumatisme.

- ▶ Elles identifient les accords déjà existants entre les préfetures départementales et les structures de la région (MDA, CMP, CMPP) et les intègrent dans leurs accords avec les préfetures, en y ajoutant éventuellement des ressources libérales.

- ▶ Elles évaluent le besoin en équipes mobiles d'appui et de prise en charge mise en place notamment à partir des établissements de santé de référence.

- ▶ Elles évaluent les besoins nécessaires pour mettre en œuvre le dispositif et définissent en lien avec les préfetures la part des financements santé et celle du financement FIPD, en vue d'une validation par le SG-CIPDR.

Pour assumer ces missions, les ARS doivent pouvoir bénéficier le plus en amont possible d'informations utiles sur l'enfant (âge, existence d'une fratrie et nombre d'enfants susceptibles d'être hospitalisés, statut juridique du mineur (civil ou pénal), et aspects sécuritaires propres à l'environnement de l'enfant).

Ces informations pourront être communiquées à l'ARS par le préfet, dès qu'elles sont disponibles, via le canal des référents participant à la cellule de suivi, l'ARS jouant le rôle d'interface vis-à-vis des établissements hospitaliers référencés.

Annexe 2 - Modèle de formulaire d'autorisation parentale en vue de la réalisation d'un bilan de santé

Madame, Monsieur,

A l'arrivée en France, dans l'intérêt de votre enfant, il est envisagé d'effectuer son bilan de santé physique et psychologique dans le cadre de consultations ou d'une hospitalisation courte (sur une journée ou quelques jours) , dans l'objectif de déterminer s'il a besoin d'une prise en charge médicale. Ce bilan implique notamment un entretien approfondi avec des professionnels de santé, un examen clinique et d'éventuels examens complémentaires tels que radiographies, analyses de sang, tests psychologiques, etc.

Je soussigné(e) :

	Mère	Père
NOM patronymique :		
NOM d'épouse :		
Statut (marié/pacsé/célibataire/veuf)		
PRENOM (S) :		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :		

En cas d'accord entre les parents, ou d'absence d'un parent (rayer la mention inutile) :

- autorise les équipes médicales à procéder à tous les examens nécessaires à la réalisation de ce bilan de santé physique et psychique, éventuellement dans le cadre d'une hospitalisation
- refuse que les équipes médicales procèdent à tous les examens nécessaires à la réalisation de ce bilan de santé physique et psychique pour les raisons suivantes* :

En cas de désaccord d'un des deux parents, bien vouloir préciser :

Je soussigné, en qualité de père/mère (rayer la mention inutile) refuse que les équipes médicales procèdent à tous les examens nécessaires à la réalisation de ce bilan de santé physique et psychique pour les raisons suivantes* :

Concernant le ou les enfants :

NOM	PRENOM (S)	DATE ET LIEU DE NAISSANCE

J'ai été informé que les résultats du bilan me seront communiqués.

Date

Signature(s)

*Le juge des enfants appréciera le besoin et la justification de votre refus

Annexe 3

CIRCUIT D'INFORMATION INITIALE

Phase de préparation/découverte

Phase d'arrivée/évaluation

Phase de prise en charge en assistance éducative

Entrée programmée

Entrée clandestine

Ministère des affaires étrangères

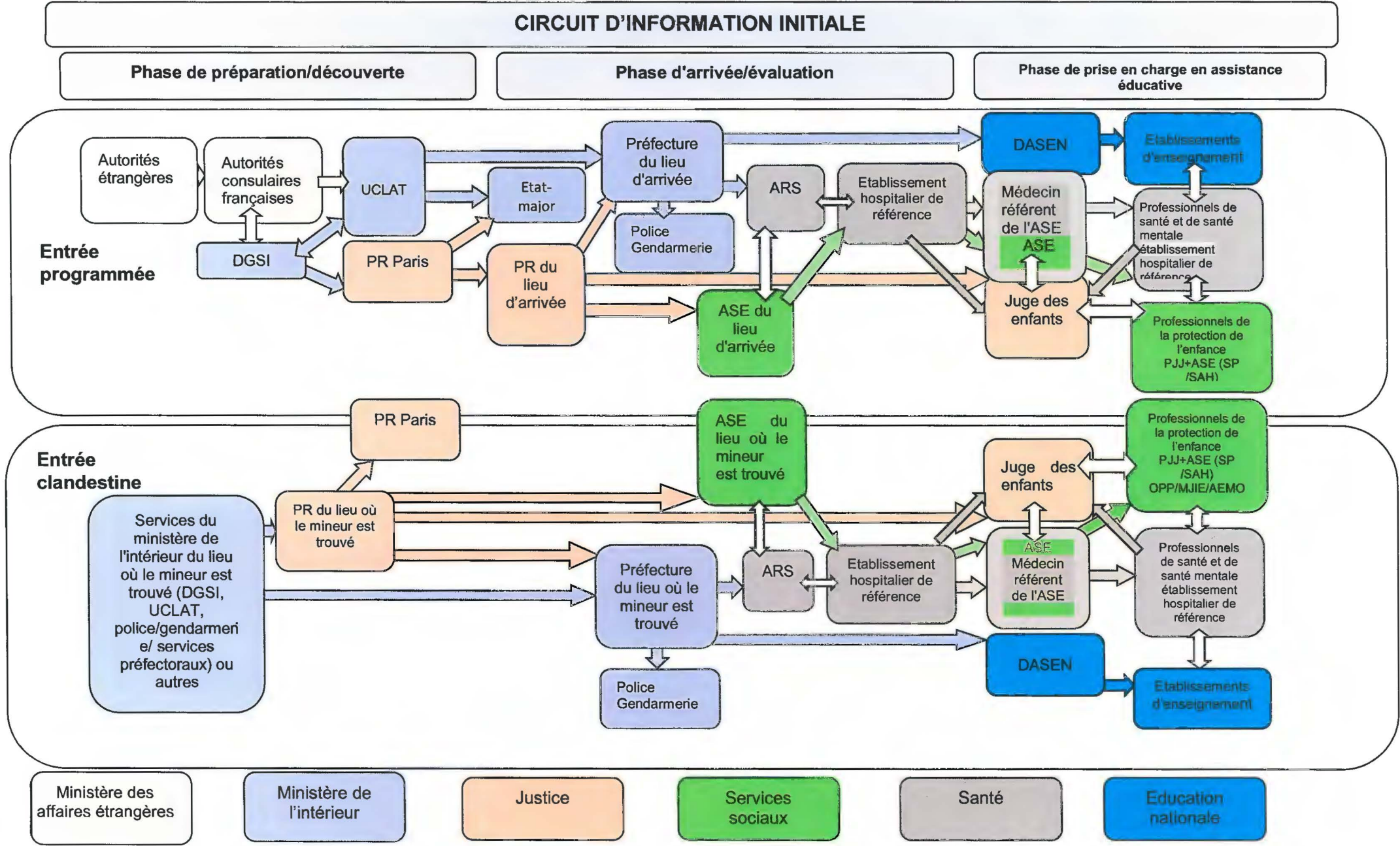
Ministère de l'intérieur

Justice

Services sociaux

Santé

Education nationale



FICHE DE LIAISON
Equipe hospitalière/juge des enfants/médecin de l'aide sociale à l'enfance

DATE :

NOMS ET PRENOMS DE L'ENFANT	
Date de naissance :	
Sexe :	Fille Garçon
Fratricité : Noms, prénoms et âges – même père/même mère	

Références professionnelles de l'enfant

Noms :	Coordonnées : <i>(téléphones et adresses mails)</i>
Nom du médecin en charge du service hospitalier : Inspecteur de l'ASE : Médecin référent de l'ASE : Juge des enfants : Référence nommée par le JE : Pour la DPJJ : RLC :	

Bilan de santé

1) Informations relatives à l'état de santé somatique de l'enfant
NOM et adresse du centre hospitalier :
Nom du médecin en charge du suivi de l'enfant :
Date du premier bilan de santé somatique réalisé :
Premiers éléments sur l'état de santé de l'enfant (à remplir par le médecin en charge de l'enfant et l'ayant examiné) :
(*) Si l'état de santé de l'enfant montre des marques de coups, des plaies, des preuves de violences à caractère sexuel, un constat médical doit être établi.

() fin du document*

2) Informations relatives à l'état de santé médico-psychologique de l'enfant
NOM et adresse du centre hospitalier (si différent de celui en charge du bilan somatique) :
Nom du médecin ou psychologue en charge du suivi de l'enfant et coordonnées :
Date de la première séance du bilan médico-psychologique réalisée :

FICHE DE LIAISON
Equipe hospitalière/juge des enfants/médecin de l'aide sociale à l'enfance

Premiers éléments sur l'état de santé de l'enfant (à remplir par le professionnel en charge de l'enfant et l'ayant examiné) sans diagnostic suffisamment exhaustif (**)

Entretien avec les parents/représentants légaux/famille élargie :

Entretien avec les référents d'accueil qui accompagnent l'enfant en consultation :

Assistante familiale
Educateur spécialisé

(**) fin du document

Stratégie de soin

Les soins sont-ils en cours **OUI – NON**

() Calendrier prévisionnel du suivi somatique et/ou médico-psychologique de l'enfant**

Plannings envisagés

Consultations pédiatriques (préciser les coordonnées du médecin et du service si différent du médecin responsable du suivi) :

- Date / éléments relatifs à l'état de santé de l'enfant :
Idem que ci-dessus

- Date / éléments relatifs à l'état de santé de l'enfant :

- Date / éléments relatifs à l'état de santé de l'enfant :

- Date / éléments relatifs à l'état de santé de l'enfant :

Consultations médico-psychologiques (préciser les coordonnées du médecin ou psychologue si différent du professionnel responsable du suivi) :

- Date / éléments relatifs à l'état de santé de l'enfant :

- Date / éléments relatifs à l'état de santé de l'enfant :

- Date / éléments relatifs à l'état de santé de l'enfant :

- Date / éléments relatifs à l'état de santé de l'enfant :

(**) fin du document

Décisions judiciaires

FICHE DE LIAISON
Equipe hospitalière/juge des enfants/médecin de l'aide sociale à l'enfance

Dates des audiences :	
Décision et nature de la mesure :	
Si placement : famille d'accueil / foyer / centre maternel	
Modalités et fréquence des droits de visite :	
Si parent(s) incarcéré(s), lieu(x) d'incarcération :	
Autorité parentale : père mère famille élargie tiers extérieur (association....) non déterminée à ce jour	
Indiquer la juridiction saisie si est en cours une procédure : <ul style="list-style-type: none">- d'établissement de l'identité de l'enfant :- d'établissement de la filiation de l'enfant :- de tutelle :	

Fin du bilan médico-psychologique

Fin du bilan le : Sur avis des médecins : Motifs : Contre l'avis des médecins : Motifs : Orientation : OUI/NON Si oui, date du transfert (incluant transmission des informations recueillies lors du bilan) : Préconisations en termes de soin pluridisciplinaires : NOM et adresse du centre hospitalier assurant la prise en charge de l'enfant : Nom du médecin en charge du suivi somatique de l'enfant : Nom du médecin ou psychologue en charge du suivi de l'enfant :

FICHE DE LIAISON

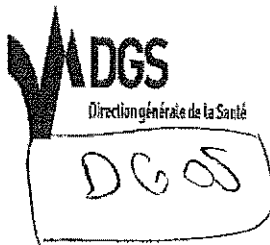
Equipe hospitalière/juge des enfants/médecin de l'aide sociale à l'enfance

*** Si l'état de santé de l'enfant montre des marques de coups, des plaies, des preuves de violences à caractère sexuel, un constat médical détaillé est nécessaire** ainsi que, le cas échéant, la mention expresse des examens complémentaires (radiographie et consultations spécialisées) qui pourront modifier les conclusions.

**** Le pédopsychiatre et le psychologue examinent et décrivent l'état psychique de l'enfant conformément au protocole d'évaluation élaboré par les professionnels de santé des établissements référents en Ile de France et des représentants des sociétés-savantes (Fédération Française de psychiatrie, Société de l'Information Psychiatrique).**

***** Calendrier prévisionnel du suivi somatique et/ou médico-psychologique de l'enfant :**

Il peut être nécessaire pour le JE et le médecin référent de l'ASE d'avoir les dates afin de ne pas poser sur ces consultations : des visites en parloirs, des audiences ou autres rendez-vous...



PROTOCOLE D'ÉVALUATION

Évaluation somatique et pédopsychiatrique des enfants de retour de la zone irako-syrienne

Ce protocole a été élaboré par les professionnels de santé (pédiatres et pédopsychiatres) des établissements référents en Ile-de-France, ainsi qu'avec les représentants des sociétés savantes (Fédération Française de psychiatrie, Société de l'Information Psychiatrique).

Que ce soit pour les aspects éthiques, médico-légaux ou cliniques, il est recommandé de se référer au Protocole d'Istanbul¹

¹ UNHCR. *Protocole d'Istanbul. Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants*. Genève : Nations Unies ; 2005. <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2> Voir notamment les pages 64-65 et 15-18.

Ont contribué à l'élaboration du protocole :

Dr Gisèle APTER	Psychiatre, présidente de société de l'information en psychiatrie
Pr Thierry BAUBET	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, AP-HP
Pr Jean-Marc BALEYTE	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Centre Hospitalier Intercommunal, Paris Créteil
Pr Loïc DE PONTUAL	Professeur de pédiatrie, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, AP-HP
Pr Ralph EPAUD	Professeur de pédiatrie, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Centre Hospitalier Intercommunal, Paris Créteil
Dr Sylvie NATHANSON	Praticien hospitalier, Chef de service Pédiatrie, Centre hospitalier de Versailles
Dr Stéphanie PALAZZI	Psychiatre, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Centre Hospitalier Intercommunal, Paris Créteil
Dr Mario SPERANZA	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre Hospitalier de Versailles

I - Protocole d'évaluation somatique

OBSERVATION-TYPE

Etiquette patient

Date :

Médecin sénior :

Date de départ :

Date de retour en France :

Temps passé à l'étranger :

Famille d'accueil :

Circonscription ASE :

1. Contexte socio-familial :

Situation de l'enfant :

- Pays de naissance de l'enfant :
- L'enfant était-il scolarisé en France avant le départ en Syrie : Oui Non Classe :
- Langues parlées par l'enfant :
- Langues parlées par la famille d'accueil :
- Présentation d'un carnet de santé : oui non
- Présentation d'un carnet de vaccination : oui non

Situation des parents :

Mère :

- Prison Oui Non
- Hospitalisé Oui Non
- Décédé Oui Non
- Pathologie psychiatrique Oui Non
- Pathologie somatique Oui Non

Père :

- Prison Oui Non
- Hospitalisé Oui Non
- Décédé Oui Non
- Pathologie psychiatrique Oui Non
- Pathologie somatique Oui Non

Profession des parents :

Mère :

Père :

Pays de naissance des parents :

Date d'arrivée en France si différente des enfants :

Langue parlée par les parents : Mère :

Père :

Situation de la fratrie :

- Nombre d'enfants dans la fratrie :
- Rang dans la fratrie :
- Situation des frères et sœurs :

Conditions d'arrivée (date de départ du pays d'origine, contexte, pays traversés, etc)

2. Antécédent de l'enfant

- ATCD néonataux :

Terme : Poids de naissance : Taille de naissance : PC de naissance :
 Grossesse et accouchement
 Evènement néonatal

- ATCD médicaux :

- Suivi médical en France ou ailleurs (nom des référents) :
- Hospitalisation à l'étranger :
- Contact éventuel avec personnes contagieuses :
- Supplémentations vitaminique selon l'âge (Vitamine D)
- Traitement en cours
- Maladie chronique diagnostiquée et mode de suivi

- ATCD chirurgicaux :

- ATCD familiaux :

- Allergie :

- VACCINATIONS ANTERIEURES : inconnues (pas de carnet) traces de BCG

- Si l'enfant n'est en possession d'aucun carnet de santé ou de vaccination il faut considérer qu'il n'est pas vacciné :

Remettre un carnet de santé à la famille d'accueil

Refaire une dose d'Infanrix ou Boostrix tétra (selon l'âge) avec **contrôle sérologie anti-tétanique à 2 mois**. Si Ac anti tétaniques <0,1 UI/ml : l'enfant n'a probablement jamais été vacciné. Faire un programme complet de rattrapage. Si Ac anti tétaniques entre 0,1 UI/ml et 0,5 UI/ml, refaire 2 doses à 2 et 6 mois. Si Ac anti tétaniques entre 0,5 UI/ml et 1 UI/ml, refaire 1 dose 6 mois après celle qui vient d'être faite. Si Ac anti tétaniques > 1 UI/ml, pas besoin de nouvelle dose.

- Lorsque qu'un carnet de santé ou de vaccination international au nom de l'enfant est présenté, la mise à jour des vaccinations se fait en suivant le calendrier vaccinal

	BCG	DTCoq	Polio	ActHIB	Hepatitis B	Prevenar	ROR
Dates							
d°certitude	<input type="checkbox"/> Cicatrice						

- Courbe de croissance staturo-pondérale (à faire)

3. Etat actuel de l'enfant

- Signes fonctionnels, amaigrissement, recherche signes de tuberculose...
- Signes somatiques (toux, diarrhée, douleur abdominale, prurit, hématurie, céphalées...
- Signes cliniques de Rachitisme : Oui Non

• **Examen clinique :**

✓ **Auxologie :**

Poids = (DS) taille= (DS) PC= (DS) Stade pubertaire :
 IMC = Périmètre brachial :

✓ **Constantes :**

✓ FC : TA : T° :

✓ Signes de malnutrition Oui Non si oui préciser :

✓ Apports nutritionnels pour l'âge satisfaisants : Oui Non

✓ Troubles du comportement alimentaire : Oui Non

✓ **Examen cutanéomuqueux :**

- Pâleur, ictère

- Trace de vaccination par le BCG Oui Non

- Lésions traumatiques ou brûlures Oui Non si oui, décrire :

- Mycose Gale Teigne

✓ **Autres :**

○ aires ganglionnaires

○ Auscultation cardio-pulmonaire normale : Oui Non si Non préciser :

○ Examen abdominal normal, hépato-splénomégalie : Oui Non si Non préciser :

○ Organes génitaux externes normaux Oui Non si Non préciser :

✓ **Comportement, développement psychomoteur, faire test de Denver pour les moins de 6 ans:**

○ Troubles sensoriels Oui Non si Oui préciser :

○ Organes génitaux externes normaux Oui Non si Non préciser :

○ Troubles du sommeil : Oui Non si Oui préciser :

○ Troubles sphinctériens : Oui Non si Oui préciser :

○ Evaluation du développement psychomoteur en fonction de l'âge (Test de Denver)

○ Troubles de la motricité: Oui Non si Oui préciser :

○ Troubles du langage: Oui Non si Oui préciser :

○ Troubles du comportement: Oui Non si Oui préciser :

4. Examens complémentaires :

○ Sanguin :

NFS : Hb = réticulocytes = éosinophiles =

Fer : Ferritinémie =

Ionogramme sanguin-urée-créatinine

Glycémie à jeun Calcémie phosphorémie

Bilan hépatique : bili, ASAT, ALAT, GGT

CRP

Electrophorèse des protides Albuminémie

25 OH vitamine D3

quantiféron + -

○ Sérologies :

Sérologie VIH VHA VHB Ac anti-HBs taux : VHC

Sérologie bilharziose taux

○ Urines :

Bandelette urinaire : hématurie protéinurie leucocyturie
EPU recherche bilharziose

○ Selles

- EPS n°1 résultats :
- EPS n°2 résultats :
- EPS n°3 résultats :
- IDR réalisée le _____ - lecture le _____ : résultats : _____ mm
- Radiographie de thorax face interprétation :
- Autres prélèvements : sarcopte prélèvement dermatophytes sérologie leishmaniose
Autres sérologies parasitaires : _____ autres

5. Evaluation pluridisciplinaire :

- Evaluation psychologique:
- Evaluation diététique :
- Evaluation psychomotricité :
- Autres :

6. Vaccinations réalisées : date du vaccin :

Boostrix PRIORIX NEISVAC NIMENRIX Engérix B10 Engérix B20

Numéro lot : _____ exp : _____

Sérologie anti-tétanique (réponse vaccinale à 2 mois) date : _____ et taux d'anticorps :

7. Sortie de l'enfant :

- 1) Remise de rendez vous
 - a. lecture IDR 48h
 - b. médecin du voyage 1 mois
 - c. psychologue : Mme Mapelli
 - d. +/- bilan psychomoteur, orthophoniste....
- 2) Documents de sortie :
 - a. Carnet de santé
 - b. Carnet de vaccination
- 3) Remise d'ordonnances de sortie
 - a. ZYMA D2 : 4 gouttes /jour avant 18 mois ou UVEDOSE 100 000 UI ampoule / 3mois si > 2 ans
 - b. FERROSTRANE : 1 cuillère à café, matin, midi et soir, pendant 2 mois
 - c. examens parasito selles, urines + pots
 - d. gale, antiparasitaire digestif, teigne si besoin
 - e. Vaccins
 - f. Autres

II - Protocole d'évaluation pédopsychiatrique et psychologique des enfants de retour de zone

Rappel contexte :

+ Il s'agit d'une évaluation clinique de l'enfant, devant aboutir si nécessaire à une orientation vers des soins adaptés.

+ Comme toujours en pédopsychiatrie, cette évaluation nécessite lorsque que les personnes qui s'occupent de l'enfant (caregivers) soient rencontrées

+ Il ne s'agit pas d'une évaluation de la capacité du/des parents à prendre soin de l'enfant. Cette évaluation spécifique, tout comme les rencontres médiatisées, doivent être mises en œuvre par les services de protection de l'enfance.

A- 1^{ère} rencontre en Hospitalisation de jour

Contact préalable avec le **référént ASE** - Eléments anamnestiques à recueillir préalablement :

- + statut de l'autorisation parentale pour les soins
- + statut des parents (incarcérés, décédés, à l'étranger...), durée séparation avec père et mère
- + sait-on des choses de l'histoire familiale, du mode de vie ?
- + Fratrie ?
- + L'enfant a-t-il/doit-il rencontrer un/des parents en prison ?
- + Sait-on si l'enfant a vécu des événements traumatiques ?
- + Comment s'est passée l'arrivée à l'aéroport : l'enfant a-t-il été exposé à des scènes difficiles ?
Quelle a été sa réaction ?
- + Famille en France connue ? (Relation, lieu)
- + Perspectives ? (départ vers un autre site, à quel terme)
- + Contacts médicaux et psychologiques depuis l'arrivée ? (nom et coordonnées des intervenants)
- + Services impliqués auprès de la famille : ASE, PJJ...

- Présence **indispensable+++** de la **famille d'accueil ou éducateurs référents du lieu d'accueil**

- Anamnèse précise depuis l'arrivée de l'enfant, dynamique d'apparition/régression des symptômes

- Evaluation psychologique par psychologue du dispositif (nécessite un bureau équipé de matériel : jouets, dessin, tapis d'éveil, etc) cf : contenu infra. L'évaluation psychologique est en même temps un temps de soin.

- Temps d'échange formalisé avec le **pédiatre** (mini-synthèse)

- Planification du RDV suivant

* Espacé de 7 à 15 j selon état clinique de l'enfant

* Avec **pédopsychiatre** si l'enfant présente des symptômes ou que les professionnels rapportent des symptômes

- Proposer un temps individuel famille d'accueil ou éducateur de proximité (pour eux-mêmes : soutien à ceux qui soutiennent l'enfant dans la vie quotidienne afin d'éviter les situations de crise et les ruptures)

NB : PLACE DES PARENTS :

+ Si parent incarcéré : information du/des parents par le biais du service qui le suit. Demander si possible des éléments anamnestiques. Et en retour transmettre des informations au parent.

+ Si parent en liberté : proposer une rencontre. Pas d'entretien parent-enfant tant que le juge ne l'a pas autorisé.

B : Discussion entre psychologue du dispositif et pédopsychiatre

C : Rencontres suivantes

- 2 ou 3 rencontres en l'absence de trouble identifié

- Par la psychologue du dispositif +/- pédopsychiatre

- A l'hôpital (si impossible discuter PMI, domicile ?)

- Poursuite examen clinique +/- explorations complémentaires (p. ex. orthophonie, psychomotricité, tests)

- Questionnaires structurés / échelles standardisées (cf infra)

- Evaluation des effets des premières interventions

- **Hypothèses diagnostiques** (codage : CD 0-3 pour les moins de 5 ans ; CIM 10) et **préconisations** (élaborées conjointement par psychologue et pédopsychiatre – et pédiatre si besoin).

- Si des troubles constitués sont présents, et s'il ne s'agit pas de troubles réactionnels, la question de l'orientation se pose.

* S'il y a un projet de départ à court terme vers un autre territoire, il faut alors préparer l'orientation vers le service de secteur compétent (contact, courrier) et sans doute prolonger le suivi dans le dispositif jusque là afin d'éviter des ruptures multiples

* S'il n'y a pas de départ en vue, il faut préparer l'orientation vers le service de secteur du lieu d'accueil des enfants. Pour cela, information des chefs de service de secteurs de PEA à prévoir (en tout cas pour le 93),

D : Tout au long du dispositif, en plus des séances de travail avec le pédopsychiatre référent pour chaque site, prévoir une supervision étroite des psychologues impliquées (de groupe ?)

E : Participation des psychologues au soutien des professionnels : Actions de formation, organisation de séances d'analyse de pratique (ASE), de groupes de parole (**familles d'accueil**)

Contenu examen clinique

Adapter à l'âge de l'enfant

L'évaluation doit tenir compte des effets aigus de la séparation si elle est récente, et il est préférable d'attendre un mois après l'arrivée pour la passation des échelles

L'examen doit se dérouler comme un examen clinique psychologique, et l'ensemble des registres suivants doivent être évalués au cours de la série d'entretiens

On recherchera notamment : des troubles post-traumatiques, des troubles de l'humeur, des troubles de l'attachement, des retards de développement psycho-moteur...

Qualité du contact, de la relation

- trop bon, familier
- retrait, évitement, opposition
- ruptures transitoires de contact
- socialisation (avec d'autres enfants, avec les adultes)

Symptômes fréquemment observés en cas de traumatisme

- Dissociation
- Reviviscences
- Hypervigilance, sursaut
- Jeu traumatique
- Troubles mnésiques
- Comportements régressifs
- Expression de culpabilité, de honte, de rage
- Restriction des affects

Troubles de l'alimentation

- Refus de s'alimenter
- Perte d'appétit
- Mange trop, même sans appétit
- Alimentation sélective
- Autres

Troubles du sommeil

- Difficultés d'endormissement
- Réveils fréquents
- Cauchemars
- Insomnies
- Terreurs nocturnes
- Autres

Troubles sphinctériens

- Enurésie diurne, primaire ou secondaire
- Enurésie nocturne, primaire ou secondaire
- Encoprésie diurne, primaire ou secondaire
- Encoprésie nocturne, primaire ou secondaire
- Autres

Troubles du langage

- Trouble de l'articulation
- Retard de parole
- Retard de langage
- Dyslexie / dysorthographe
- Bégaiement
- Mutisme
- Autres

Troubles de la motricité

- Trouble de la latéralisation
- Dysgraphie
- Dyspraxie
- Instabilité motrice
- Retard des acquisitions, lesquelles
- Perte des acquisitions, lesquelles
- Autres

Difficultés scolaires si scolarisation connue

- Trouble de l'attention / concentration
- Difficultés d'apprentissage
- Retard scolaire
- Scolarisation adaptée (CLIS...)
- Déscolarisation
- Autres

Troubles du comportement adapté en fonction de l'âge

- Vols
- Mensonges
- Fugues
- Intolérance à la frustration
- Colère
- Tics
- TOC
- Autres

Conduites addictives adapté en fonction de l'âge

- Tabac
- Alcool
- Drogue/toxique
- Jeux
- Sexualité

Conduites agressives

- Jeux agressifs
- Hétéro-agressivité
- Auto-agressivité
- Automutilation
- Masochisme
- TS
- Autres

Sexualité :

- Comportements sexualisés / jeux sexualisés
- Préoccupations particulières autour de la sexualité
- Rapports sexuels consentis
- Autres

Humeur

- Humeur triste
- Ruminations
- Autodépréciation
- Comportement agressif
- Irritabilité

- Troubles du sommeil
- Modification des performances cognitives
- Troubles des interactions sociales
- Plaintes somatiques (maux de ventres, céphalées)
- Perte de l'énergie habituelle
- Anhédonie
- Modification de l'appétit
- Modification du poids
- Excitation psychique
- Autres

Manifestations d'apparence névrotique

- Anxiété
- Angoisse
- Phobie
- Conduite obsessionnelle
- Autres

Manifestations d'apparence psychotique

- Traits autistiques
- Propos délirants
- Bizarrerie du comportement
- Autres

Autres

- Hypovigilance
- Enfant parentalisé
- Autres

Apprécier les capacités des adultes qui s'occupent de l'enfant à pourvoir à ses besoins, les difficultés que ces adultes peuvent rencontrer

Echelles, examens standardisés

- De 0 à 2 ans

+ Echelle Alarme Détresse Bébé (ADBB)

- De 0 à 4 ans

+ Echelle de développement psychomoteur de Brunet-Lezine

- De 0 à 6 ans

+ Diagnostic Infant and Preschool Assessment – Version française (DIPA)

- A partir de 7 ans

+ Child Posttraumatic Stress Reaction Index – Version Française (CPTS-RI)

+ Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID)