

Article original

Retour sur 2 ans d'activité d'une consultation de prévention de la radicalisation en service de pédopsychiatrie

Feedback after 2 years of specialized consultations to prevent radicalization in a child and adolescent psychiatry department

N. Campelo ^{a,*,b,d}, A. Oppetit ^a, S. Hefez ^a, C. Thompson ^a, D. Cohen ^{a,c}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

^b Atelier de recherche, traitement et médiation interculturelle et sociale (ARTEMIS), 75011 Paris, France

^c Institut des systèmes intelligents et de robotiques, université Pierre et Marie Curie, 75005 Paris, France

^d Laboratoire PCPP, EA 4056, institut de psychologie, université Paris V René Descartes SPC, 92100 Boulogne-Billancourt, France

Résumé

Introduction. – Face à la menace terroriste, les professionnels de différents champs sont mobilisés par le gouvernement français afin de lutter contre le phénomène de radicalisation. L'objectif de ce travail est de présenter les prises en charge effectuées au sein de la consultation spécialisée de prévention de la radicalisation d'un service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Méthodes. – Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective. L'ensemble des cas signalés à la consultation entre le 1^{er} novembre 2015 et le 1^{er} novembre 2017 ont été inclus dans l'étude. Outre les données sociodémographiques, nous avons systématiquement recueillis les diagnostics retenus, les éléments du contexte familial, le niveau de radicalisation effective du jeune, et son devenir à court terme (par exemple, en termes d'orientation).

Résultats. – Au total, 34 sujets (56 % de sexe masculin) ont été inclus sur une période de deux ans. L'âge moyen était de 15,4 ans ($\pm 4,52$). La préfecture de police était la source principale d'adressage à la consultation. Suite à l'évaluation spécialisée, 22,58 % des situations étaient considérées comme sans rapport avec la radicalisation, 48,39 % présentaient une vulnérabilité à la radicalisation et 29,03 % étaient des situations de radicalisation avérée. Au total, 38,2 % des sujets souffraient d'une pathologie mentale de l'axe I, se partageant à part égale en pathologie de type psychotique, d'une part, et trouble externalisé du comportement, d'autre part. Les données qualitatives recueillies soulignent aussi l'importance des dysfonctionnements au sein des familles des jeunes impliqués dans un processus de radicalisation.

Discussion. – Cette étude met en évidence la multiplicité des facteurs de vulnérabilité ainsi que la complexité des mécanismes psychopathologiques en jeu dans le phénomène de radicalisation. Des recherches ultérieures sont nécessaires, notamment pour évaluer l'efficacité des accompagnements. © 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Radicalisation ; Adolescent ; Vulnérabilités

Abstract

Introduction. – The terrorist threat level is critical. Professionals from different fields have been mobilized by the French government to fight against radicalization. The objective of this study is to present the work carried out within the consultation dedicated to the prevention of radicalization of a child and adolescent psychiatry department in France.

Methods. – This study is retrospective, descriptive and observational. All cases reported to the Radicalization Prevention Consultation between November 1, 2015 and November 1, 2017 were included. In addition to socio-demographic data, the diagnoses, elements of the family context, the level of radicalization of the young person and his short-term future (for example in terms of orientation) were collected.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.campelo-rodriguez@aphp.fr (N. Campelo).

Results. – A total of 34 subjects (56% males) were included over a two-year period. The average age was 15.4 years (± 4.52). The prefecture of police was the main source of those addressed to the consultation. After specialized evaluation, 22.58% of the situations were considered as unrelated to radicalization, 48.39% as vulnerable to radicalization, and 29.03% were considered as truly radicalized. In total, 38.2% of the subjects suffered from a mental pathology of the axis I: half of them had a psychotic disorder and the other half had externalized behavioral disorder. The collected qualitative data underlined the importance of dysfunctions within the families of young people involved in a process of radicalization.

Discussion. – This study highlights the multiplicity of vulnerability factors as well as the complexity of the psychopathological mechanisms involved in the phenomenon of radicalization. Further research is needed, especially to evaluate the effectiveness of accompaniments.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Radicalization; Adolescent; Vulnerabilities

1. Introduction

La lutte contre le terrorisme est un enjeu majeur de notre société contemporaine [1]. Le terrorisme est communément défini comme l'usage de violences intentionnelles par une organisation ou un individu afin de créer un climat d'insécurité pour exercer un chantage sur un gouvernement, pour satisfaire une haine à l'égard d'une communauté, d'un pays, d'un système [2]. Le concept sociologique de radicalisation diffère de celui de terrorisme de par sa dimension temporelle : la radicalisation est le processus par lequel un individu ou un groupe adopte une forme violente d'action, directement liée à une idéologie extrémiste à contenu politique social ou religieux qui conteste l'ordre établi sur le plan politique, social ou culturel [3]. Cette notion a permis d'introduire la prise en compte des trajectoires individuelles, des interactions entre l'individu, qui existe préalablement à l'engagement radical, et le processus qui, en interaction avec le groupe, l'amène à recourir à la violence.

Depuis le début des années 2000, cette problématique connaît une acuité particulière avec l'avènement de la radicalisation islamiste comme phénomène de grande ampleur, avec irruption des réseaux sociaux comme nouveaux modes de communication, et la création de l'état islamique introduisant un paradigme de territoire et une idéologie trans-étatique [4]. Les pays européens, et la France en particulier, sont devenus une cible privilégiée. Les attentats récents l'ont malheureusement montré avec une ampleur et une répétition sans précédent [5,6].

Plusieurs revues de la littérature ont souligné que malgré la mise en évidence de certains facteurs de vulnérabilité, il n'existait pas de voie prédéfinie ou de profil type menant à la radicalisation : les individus radicalisés proviennent de milieux divers, ont des origines différentes, des croyances familiales différentes, des statuts sociaux variés et sont issus des deux sexes [7–10]. Les chiffres des français signalés sont difficilement objectivables et mouvants. Malgré tout, en se basant sur le fichier des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT), l'on relève qu'il y a une proportion significativement importante de jeunes filles (26 %), de mineurs (18 %) et de convertis (34 %) [11].

Le jeune âge est en outre rapporté de manière récurrente avec une majorité d'adolescents et jeunes adultes. Seulement une minorité des individus radicalisés souffre de pathologies psychiatriques [12]. Les facteurs de risque de radicalisation des

adolescents et jeunes adultes sont multiples et complexes. Ils peuvent être conceptualisés dans un modèle à 3 niveaux [13] :

- le niveau individuel avec les vulnérabilités psychologiques telles que les expériences d'abandon, le sentiment d'injustice ou l'insécurité personnelle ;
- le niveau micro-environnemental qui comprend notamment le dysfonctionnement familial et les amitiés avec des individus radicalisés ;
- le niveau macro-environnemental avec des facteurs de risque sociétaux tels que les événements géopolitiques ou polarisation sociétale.

C'est la combinaison de ces 3 niveaux de facteurs de risque, associée aux éléments systémiques qui se mettent en place lors de la rencontre entre l'individu et les recruteurs, qui peuvent conduire un individu à se radicaliser.

Depuis 2014, le gouvernement français a grandement appuyé la recherche concernant le phénomène de radicalisation. Au-delà de l'appareil répressif et sécuritaire (Direction Générale de la Sécurité Intérieure (DGSI), Unité de Coordination de la Lutte Anti-Terroriste (UCLAT), Parquet antiterroriste. . .) apparaissent des structures de « prévention de la radicalisation ». Parmi les professionnels et chercheurs mis à contribution, de nombreux intervenants du champ médico-social, sociologique, psychologique et psychiatrique ont été pressentis face aux questionnements multiples concernant le profil de ces sujets radicalisés. Ainsi, le Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance et de la Radicalisation (CIPDR) a établi un partenariat avec la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et différentes consultations spécialisées ont vu le jour en France dans les services de pédopsychiatrie [14,15].

L'objectif de ce travail est d'exposer de manière rétrospective les premiers cas rencontrés au sein d'une des consultations parisiennes spécialisées de prévention de la radicalisation, et de mettre en perspective ces premières données avec celles des équipes qui viennent d'apporter leur expérience [9,10].

2. Méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective. L'ensemble des cas signalés à la consultation de prévention de la radicalisation du service de Psychiatrie de l'Enfant et

de l'Adolescent de la Pitié-Salpêtrière (SPEA-PSL) entre le 1^{er} novembre 2015 et le 1^{er} novembre 2017 ont été inclus dans l'étude. Pour chacun des cas, différentes caractéristiques cliniques et socio-démographiques ont été recueillies à l'aide d'une grille : âge, sexe, source d'adressage, statut scolaire, contexte familial, contexte culturel et religieux, problématique psychiatrique et psychopathologique, degré de radicalisation, proposition faite par le service et devenir.

Si les données descriptives factuelles ne posent pas de difficultés lorsqu'elles sont renseignées (scolarisation, adressage, âge, sexe, contexte culturel et religieux, proposition faite par le service et devenir), les données cliniques, familiales et le degré de radicalisation ont été envisagés de la manière suivante. Les diagnostics principaux sur l'axe 1 tel que proposé par le clinicien ont été colligés. Concernant le contexte familial, nous avons utilisé les notes des consultants familiaux sachant que toutes les situations de radicalisation sont reçues par les consultants familiaux du SPEA-PSL. Nous avons distingué les conflits ouverts avec ou sans séparation avérée, les situations d'abandon et/ou de maltraitance. L'intervention de service de protection de l'enfance a aussi été colligée. L'importance de la religion pour la famille était systématiquement questionnée et a donc pu être colligée simplement. Enfin, en ce qui concerne le niveau de radicalisation, nous avons distingué 3 niveaux en fonction des informations multiples recueillies et qui ont déterminé notre niveau d'intervention :

- sans rapport avec la radicalisation ;
- vulnérabilité à la radicalisation (suscite une inquiétude à ce sujet dans son environnement sans que l'on puisse avoir des éléments tangibles sur un engagement radical violent) ;
- radicalisation avérée (appartenance à des réseaux djihadistes avérée, affiliation à leurs idées radicales, passage à l'acte lié à cette idéologie).

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon

Au total, 34 sujets ont été inclus sur une période de deux ans. Les caractéristiques socio-démographiques sont résumées dans le [Tableau 1](#). La moyenne d'âge des patients reçus était de 15,4 ans, avec un écart type de 4,5 ([Fig. 1](#)). La majorité des sujets étaient âgés entre 14 et 19 ans (N=24, 70,6 %). Quatre sujets étaient âgés de moins de huit ans (un de 1 an et trois enfants de 7 ans) : ils étaient adressés à la consultation car ils étaient des enfants de personnes radicalisées. Plus de la moitié des sujets (55,9 %) étaient de sexe masculin. Les trois quarts des patients ont été adressés à la consultation de prévention de la radicalisation par des intervenants extérieurs, notamment la préfecture de police qui est la source principale d'adressage.

Les données concernant le contexte familial soulignent la fréquence des dysfonctionnements au sein des familles des jeunes impliqués dans un processus de radicalisation. On distingue, d'une part, des familles marquées par des conflits intenses et une séparation des parents, et d'autre part, dans une moindre

Tableau 1
Caractéristiques socio-démographiques des sujets inclus.

	N (%) des sujets inclus
<i>Âge moyen</i>	15,4 ans (± 4,52)
<i>Sexe</i>	
Fille	15 (44,1)
Garçon	19 (55,9)
<i>Source d'adressage</i>	
Préfecture (CIPDR)	14 (41,2)
Consultation du service	8 (23,5)
Service psychiatrique autre	5 (14,7)
Aide sociale à l'enfance	4 (11,8)
CPDSI	2 (5,9)
Protection judiciaire de la jeunesse	1 (2,9)
<i>Statut scolaire</i>	
Scolarisé	22 (64,7)
Déscolarisé	5 (14,7)
Post-Bac	6 (17,6)
Non applicable	1 (2,9)
<i>Contexte familial</i>	
Parents séparés	18 (52,9)
Conflit familial intense	20 (58,9)
Père absent	13 (38,2)
Carence/abandon	7 (20,6)
Aide sociale à l'enfance	8 (23,5)
<i>Contexte culturel et religieux</i>	
Deux parents français	11 (32,4)
Origines mixtes des parents	10 (29,4)
Un des parents ayant un lien avec l'islam	16 (47,0)
Les 2 parents ayant un lien avec l'islam	11 (32,4)
Importance de la religion dans la famille	14 (41,2)

CIPDR : comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation ; CPDSI : centre de prévention contre les dérives sectaires liées à l'islam.

mesure, des familles où l'abandonnisme et la carence affective/éducative marquent le parcours de vie du jeune. Dans plus d'un tiers des situations, le père était considéré comme absent pour différentes raisons. Ainsi, trois situations ont été relevées où le père était/avait été incarcéré et quatre situations où le père était décédé. L'adolescence est généralement marquée par un travail de désaffiliation provisoire des valeurs de leur famille par le biais d'une affiliation au groupe de pairs, pour que survienne dans un deuxième temps une ré-affiliation aux origines selon les modalités choisies par l'adolescent. Mais au sein de toutes les familles traversées par une problématique de radicalisation que nous avons reçues, des mécanismes d'emprise réciproque étaient à l'œuvre, et nous avons eu le sentiment que le jeune cherchait de manière tout à fait inconsciente à se soumettre paradoxalement à un groupe encore plus contraignant pour s'extraire de l'emprise familiale. Ces phénomènes d'emprise réciproques sont décrits, dans la littérature, comme « une relation de soumission de l'autre » qui « s'établit au moyen de manipulations et de stratégies « perverses » plus ou moins subtiles qui se déploient dans les dimensions interpersonnelles, familiales, institutionnelles, sociales et politiques » [16]. La difficulté à se désaffilier est parfois telle que cela ne peut se faire sans une rupture radicale, comme s'il s'agissait de tirer un trait définitif entre l'avant et l'après. Pendant un temps, l'adolescent en voie de radicalisation est à la fois au-dedans et au-dehors, pris entre deux « familles » aux valeurs diamétralement opposées.

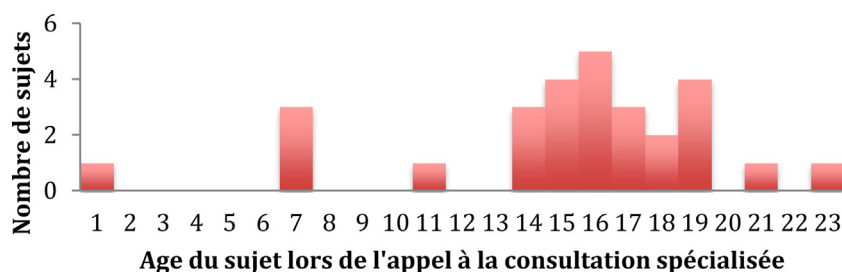


Fig. 1. Histogramme de l'âge des sujets.

Concernant le contexte culturel et religieux, on observe une grande variété d'origines et de confessions. Ainsi, parmi les familles d'origines mixtes (père et mère), ont été retrouvées notamment les combinaisons suivantes : Inde (hindouisme)/Birmanie (bouddhisme) ; Côte d'Ivoire (catholicisme)/France (judaïsme) ; Portugal (catholicisme)/Algérie (islam). Si pour près d'un tiers des sujets inclus les 2 parents ont la nationalité française, pour près de la moitié des sujets un des 2 parents a des origines familiales et/ou un lien culturel d'appartenance avec l'Islam. Dans la majorité des familles (N = 20, 58,8 %), la religion n'était pas considérée comme ayant une place particulièrement importante. Ce qui a été ici évalué est l'importance du signifiant religieux pour la famille. C'est-à-dire que la question du religieux revêt une importance toute particulière que ce soit en des termes transcendants, identitaires, culturels ou que ce soit le rejet violent du religieux dans une forme d'athéisme combattif. Pour 41,2 % (N = 14) des familles, la religion (que ce soit un héritage familial, une croyance nouvelle, une identité, ou un objet « mauvais » à combattre) était particulièrement importante et le choix d'engagement radical entraînait en résonnance forte avec cette particularité du système familial.

3.2. Niveau de radicalisation, proposition de prise en charge et devenir

Pour chacun des sujets inclus, le niveau de radicalisation était évalué, ainsi que l'existence ou non de soins psychiatriques ou pédopsychiatriques préalables aux inquiétudes liées à la radicalisation. Ces informations sont recueillies dans le **Tableau 2**, ainsi que les propositions de prises en charges effectuées par l'équipe de la consultation spécialisée au terme de l'évaluation de la situation.

Quelques situations (N = 8, 23,5 %) ont été évaluées comme étant sans rapport avec la radicalisation. Pour l'ensemble de ces situations, il s'agit de jeunes présentant des troubles du comportement ou des fugues qui ont inquiété l'entourage.

Près de la moitié des sujets (N = 16, 47,1 %) présentaient une vulnérabilité à la radicalisation sans que la situation n'évoque un engagement réel au sein de mouvances radicales djihadistes. Leurs propos et/ou leurs comportements ont suscité une inquiétude auprès de leur environnement au point que la famille se soit tournée vers des professionnels pour prévenir ce risque. Parmi ceux-ci :

Tableau 2

Niveaux de radicalisation, place de la psychiatrie et propositions de prise en charge.

	N (%) des sujets inclus
<i>Niveau de radicalisation</i>	
Sans rapport avec la radicalisation	8 (23,5)
Vulnérabilité à la radicalisation	16 (47,1)
Radicalisation avérée	10 (29,4)
<i>Soins psychiatriques préalables aux inquiétudes liées à la radicalisation</i>	
Oui, pour maladie psychotique	7 (20,6)
Oui, pour troubles externalisés du comportement et mises en danger	6 (17,6)
Non	21 (61,8)
<i>Proposition de prise en charge</i>	
Accompagnement téléphonique et/ou supervision d'équipes	14 (41,2)
Prise en charge clôturée	10 (29,4)
Prise en charge dans le service	10 (29,4)

- 3 étaient des jeunes filles qui s'affiliaient au fondamentalisme islamique au travers d'un compagnon ;
- 7 relevaient de pathologies psychiatriques se teintant d'une thématique de radicalisation. Dans ces cas précis, une fois la prise en charge psychiatrique entamée, l'engagement radical ne durait généralement pas car s'ancrait souvent dans une activité délirante ;
- 6 étaient des adolescents pour lesquels les propos ou actes évoquant la radicalisation se situent principalement dans un contexte de conflit familial et de revendication identitaire sans que des éléments concrets n'aient pu mettre en lumière un engagement radical réel auprès de réseaux radicaux, que ce soit lors de l'évaluation clinique ou dans les informations reçues de la préfecture quand elles ont été partagées.

Enfin, une part significative (N = 10 ; 29,4 %) des situations relevaient effectivement d'un processus de radicalisation avéré. Ce sont toutes des situations qui ont donné lieu à une judiciarisation due à des faits de radicalisation. Parmi ces situations, 3 concernaient des enfants de parents radicalisés qui ont subi l'engagement radical de leurs pères ou de leurs parents (ces derniers étant incarcérés pour la plupart). Pour les autres situations, c'étaient de jeunes adolescents qui avaient fait eux-mêmes le choix d'engagement radical. Dû à la difficulté, pour certaines situations, de trancher entre un processus de radicalisation avéré ou des inquiétudes évoquant un risque, nous avons utilisé pour cette catégorie de critères très précis et concrets. Pour ces 7 jeunes

adolescents, des services sécuritaires, policiers et/ou judiciaires avaient confirmé leur appartenance ou, tout du moins, leurs liens étroits avec des réseaux djihadistes (par internet notamment mais pas uniquement). Réseaux qui soit ont perpétré un attentat terroriste, soit ont tenté d'en commettre un, soit il a été discuté avec le jeune de la possibilité de commettre un acte violent au nom de l'idéologie djihadiste, soit le jeune avait été impliqué dans le processus de recrutement du groupe djihadiste, soit le jeune avait été arrêté en partance pour rejoindre les territoires contrôlés par l'état Islamique. Pour chacune de ces 7 situations, ont été relevés des facteurs environnementaux notables : 2 situations d'abus sexuel dans l'enfance, une situation où la famille semble être sous l'emprise d'un groupuscule religieux sectaire, 5 familles dont les parents sont séparés et au sein desquelles l'enfant est l'objet de conflits parentaux intenses, une situation où les parents, débordés par leur adolescent, l'ont confié à l'aide sociale à l'enfance.

L'ensemble des situations reçues dans le service a bénéficié d'un accompagnement en consultation familiale. Pour 41,2 % (N=14) des situations, les individus n'ont pas été reçus physiquement dans le service : le travail a été déployé au téléphone ou lors de réunions afin d'accompagner les familles, le jeune et/ou les professionnels mobilisés autour de la situation (que ce soient d'autres équipes de pédopsychiatrie, des services sociaux ou éducatifs de droit commun ou de protection de l'enfance). La majorité (N=21 ; 61,8 %) des sujets pris en charge dans cette consultation ne relevait pas de soins psychiatriques. En effet, seulement 7 (20,6 %) des sujets souffraient d'une pathologie mentale en lien avec une perte de contact avec la réalité évoquant une organisation psychotique (troubles du spectre de la schizophrénie et troubles bipolaires et apparentés selon le DSM-V). Les symptômes relevés auprès de ces patients et ayant permis de poser ce diagnostic sont les suivants (ils n'ont pas tous été retrouvés systématiquement chez chacun d'entre eux, mais suffisamment pour pouvoir poser un diagnostic de trouble psychotique) : idées délirantes (notamment de persécution ou mégalomaniaque), syndrome dissociatif, hallucinations accoustico-verbales, discours désorganisé, bizarrerie du comportement, attitude d'écoute, soliloque. Le point commun entre ces sujets étant qu'ils ont tous manifesté une activité délirante qui s'est teinté d'une thématique de radicalisation actuelle. Une fois le soin psychiatrique débuté, leurs revendications radicales s'estompaient au fur et à mesure que leur état s'améliorait. C'est pour cette raison que malgré l'aspect revendiquant et bruyant de leurs propos radicaux, et délirants, nous avons catégorisé ces sujets dans la catégorie de « vulnérabilité à la radicalisation » et non pas du côté de la « radicalisation avérée ». Les 6 (17,6 %) sujets restant ont bénéficié d'un suivi psychiatrique pour des troubles externalisés du comportement ou des mises en danger (violences, errances, conduites addictives, conduites d'opposition, transgressions, comportements de mise en danger). Nous pouvons noter que pour bon nombre des situations suivies, ces adolescents qui externalisaient leur mal-être n'offraient que peu d'élaboration de leur monde interne. Ces 17,6 % sont ceux qui ont manifesté des troubles du comportement assez importants pour qu'un suivi psychiatrique ait été mis en place, mais la plupart des situations ont montré un fonctionnement dans l'agir

sans qu'un regard sur soi n'ait pu advenir. Le suivi a permis à un certain nombre d'entre eux de donner plus de sens à leurs comportements, de verbaliser et élaborer leur mal-être et leur histoire (« avant j'étais rien », « franchement, j'étais déprimé, ma vie elle était pourrie », « j'avais rien dans la tête »). Ces situations évoluaient dans un certain niveau de désordre familial et de crise identitaire.

Enfin, 10 (29,4 %) situations constituaient la file active de la consultation. Parmi ces 10 sujets, 4 ont été hospitalisés dans le service ou sur leur service de secteur principalement pour des comportements de mise en danger (fugues répétées, consommation de toxiques, errances, crises clastiques) mais également un cas de décompensation délirante. Trois jeunes sur les 10 étaient suivis en thérapie individuelle en plus du travail familial effectué de manière systématique. Ce sont des situations où l'on relève une idéologie extrémiste associée à une figure à l'intérieur (N=1) ou plus souvent à l'extérieur (N=7) du cercle familial. Pour 7 cas d'adolescents radicalisés, le lien avec cette figure et son influence s'opérait par Internet. On relève des degrés variés de dépendance à cette figure extérieure et à son idéologie d'une situation à l'autre. Ce degré conditionne grandement le détachement éventuel du patient par rapport à son nouveau cadre de pensée idéologique. Pour la majorité de ces situations, les familles étaient particulièrement conflictuelles et peu contenantes. Durant leur enfance et leur adolescence, ces patients avaient manqué de protection et de repères structurants de la part de l'environnement familial (voir plus haut). Sur ces 10 situations de notre file active, 4 faisaient partie de la catégorie « radicalisation avérée ». Pour ces quatre situations, on relevait des fragilités psychiques importantes, des troubles du comportement externalisés et une conflictualité familiale particulièrement exacerbée.

4. Discussion

4.1. Analyse des résultats et comparaison à la littérature existante

Avec 34 sujets inclus, cette étude permet de montrer que le recours à ces consultations spécialisées autour de la radicalisation et les familles qui arrivent sous cette demande ne sont pas toujours radicalisées. Le phénomène est actuellement très médiatique, il condense de nombreuses peurs et angoisses en tout genre que parents et professionnels peuvent éventuellement projeter à propos d'adolescents en conflit ou en dérive. Pour autant, la majorité des jeunes rencontrés sont à risque de radicalisation ou radicalisés ; ceci souligne une assez bonne utilisation de cette offre dans notre réseau.

Nos premiers résultats confirment certains facteurs de vulnérabilité dans le phénomène de radicalisation. Tout d'abord, la jeunesse des individus radicalisés rapportée par de nombreux auteurs est suggérée par notre étude avec un âge moyen de 15,4 ans. La collusion entre processus adolescent et engagement radical a en effet été soulignée par différents travaux. Cependant, il semble important de replacer ces résultats dans le cadre d'un biais inévitable de recrutement dû à l'aspect fléché de la consultation de pédopsychiatrie. Que ce soit dans la sollicitation des

familles, des professionnels ou de la préfecture, ces interlocuteurs savent que le service est destiné aux sujets de moins de 18 ans. Ce biais de recrutement ne permet pas de généraliser ces résultats, mais ces derniers soulignent tout de même la jeunesse de certains sujets radicalisés. Il est également important de préciser que le CIPDR (Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance et de la Radicalisation), qui a adressé 41 % des situations de cette étude, répartit ses orientations entre trois centres de référence (psychiatrique ou pédopsychiatrique) parisiens. Lors de l'adressage, notre service a une identité plus marquée du côté du soin psychiatrique (service avec des unités d'hospitalisation) et de la prise en charge familiale. Ceci peut être à l'origine d'un biais d'adressage en faveur de sujets mineurs ou jeunes adultes plus fragiles psychologiquement et des problématiques familiales les plus exacerbées. Les sujets relevant de contextes interculturels ou les sujets adultes sont certainement sous-représentés dans l'adressage du CIPDR dû à la spécificité des deux autres centres parisiens dédiés à la radicalisation. Notre étude confirme également que seule une minorité des sujets signalés pour radicalisation souffre de pathologie mentale de type psychotique. Le taux retrouvé (20 %) s'avère plus élevé que dans d'autres études [4], mais on ne peut écarter un biais de sélection du fait que la consultation se situe dans un service de pédopsychiatrie disposant de lits d'hospitalisation et bien repéré pour s'intéresser aux psychoses débutantes. Les chiffres retrouvent l'importance des dysfonctionnements au sein de la sphère familiale dans le processus de radicalisation [14,17]. Le nombre important de parents séparés et de conflits intenses contraste avec des familles où « l'abandonnisme » et la carence affective/éducative marquent le parcours de vie du jeune. Ces environnements familiaux instables et peu structurants peuvent engendrer un sentiment d'insécurité intérieure et au moment de l'adolescence un sentiment d'incertitude identitaire. Or, différents travaux ont montré qu'elle constitue un facteur de risque de radicalisation : l'incertitude identitaire peut rendre le jeune disponible à une figure de guide à l'extérieur du cercle familial et à la valeur structurante d'une idéologie où les règles sont claires, rigides et bien délimitées [18,19]. Les chiffres de notre étude confirment que les origines culturelles et religieuses ne permettent pas d'établir un lien direct avec la radicalisation, en accord avec les données de la littérature. Cependant, les situations évaluées révèlent dans de nombreux cas une instabilité des repères identitaires culturels ou religieux dû à une transmission défailante ou trop conflictuel. Or, il est établi que le besoin d'appartenance est un facteur de risque de radicalisation [20,21].

Concernant les équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui ont déjà rapporté leur activité radicalisation, nous n'en avons retrouvé que deux. La première, également parisienne, s'appuie sur la description clinique de deux situations prises en charge en pédopsychiatrie pour souligner la présence de problématiques connues du champ de la clinique adolescente : des problématiques identitaires et identificatoires, la question de l'idéal du moi ou encore de la filiation imaginaire [15]. La seconde, strasbourgeoise, s'appuie sur le matériel clinique issu de la prise en charge en pédopsychiatrie de 25 adolescents radicalisés et présente la radicalisation

comme un moyen d'apaisement d'une souffrance psychique en lien avec des fragilités dépressives et narcissiques [14]. Ce deuxième article développe également l'influence du discours radical des recruteurs sur ces jeunes, influence qui expliquerait l'activation de mécanismes paranoïaques pouvant aboutir à des passages à l'acte. Ces deux écrits évoquent la multiplicité des facteurs de vulnérabilité, l'absence de psychopathologie pathognomonique ou lourde associée à la radicalisation, ainsi que la diversité et la complexité des mécanismes psychopathologiques en jeu. Il est important de souligner que la description clinique qui est faite d'adolescents radicalisés dans ces consultations correspond à ce que l'on observe au sein de notre population.

4.2. *Limites de l'étude*

Tout d'abord, l'étude des sujets radicalisés soulève des enjeux éthiques et déontologiques complexes. Les limites du soin, de la protection et du secret professionnel sont sans cesse interrogées lors des échanges d'informations avec la justice, l'ASE ou la préfecture. Le sujet lui-même ne formule pas de demande de soin et est parfois orienté à la consultation sans savoir la raison de sa venue. Ces éléments peuvent entraîner des difficultés dans le recueil de données, on ne peut exclure de biais de déclaration dans les informations délivrées par le sujet et leur famille. Par ailleurs, pour les sujets qui n'ont pas été reçus mais pour lesquels un accompagnement téléphonique des équipes de proximité a été mis en place, on ne peut exclure aussi des biais de recueil des données. Enfin, le fait même que l'étude soit rétrospective et l'absence de groupe témoin rend la robustesse des données et leur généralisation sujettes à caution.

Enjeux éthiques et secret professionnel : la question du secret professionnel et des enjeux éthiques est particulièrement épineuse pour des situations où se télescopent des enjeux multiples et donc des intervenants multiples. La question de savoir si le patient représente un danger pour lui-même ou pour les autres peut se voir débordée par le fantasme qu'il puisse être un danger pour une grande quantité de personnes s'il en arrivait à commettre un attentat. Il arrive souvent que ces peurs rendent difficile l'évaluation objective et professionnelle de cette question du danger que nous ne sommes, en tant que soignants, pas censé rechercher activement dans le cadre de notre travail. Ces situations de radicalisation ont tendance à pousser les professionnels à rechercher la vérité, à mener des enquêtes, en somme, à tenter de se placer du côté de la police ou du côté de la justice. Ces positionnements professionnels rendent la prise en charge soignante ou éducative du sujet difficile et peuvent, dans certains cas, empêcher le jeune de se dégager de cette question envahissante de la radicalisation. À ce sujet, Ludot et al. ont évoqué ce que la radicalisation suscitait chez des professionnels qui y sont confrontés [22]. Ces mécanismes de défenses que la radicalisation ravive méritent d'être pensés dans des séances de supervision pour que les institutions et les professionnels puissent travailler dans des conditions plus sereines en s'appuyant sur leurs assises professionnelles habituelles.

Concernant le secret professionnel, les réactions de crainte suscitées par ces situations nécessitent que les professionnels confrontés à ces patients recourent à des interlocuteurs spécialisés qui puissent leur offrir du recul et des connaissances sur le sujet, tout en leur permettant d'évaluer la dangerosité. De façon générale, le cadre habituel de levée du secret professionnel en cas de danger encouru, permet de faire face à ces situations. En prévention secondaire, donc à risque, nous n'allons pas alerter si nous n'avons pas d'éléments d'inquiétudes particuliers. C'est d'ailleurs plus souvent les parents qui solliciteront les services sécuritaires concernés en cas d'inquiétudes. Dans le cas de la prévention tertiaire, le danger a déjà été repéré et le soin s'inscrit dans la continuité d'un programme sous contrôle judiciaire. Le cadre beaucoup plus défini de ces situations répond aux besoins éventuels. Quant aux échanges d'informations avec les autres services qui nous ont orientés des situations (ASE, justice, police), le contenu des séances ou du soin reste soumis au secret professionnel sans que cela n'entrave une prise en charge harmonieuse des différents intervenants.

4.3. *Études futures*

Des travaux futurs sont nécessaires afin de mieux définir les différents profils des personnes pour lesquelles la radicalisation est avérée. Certains profils ont été définis de manière qualitative par Bouzar et Martin [23] mais mériteraient d'être confrontés à des données quantitatives. Enfin, au-delà de l'étude des sujets radicalisés eux-mêmes, il est crucial de penser la radicalisation comme une problématique de santé publique [24]. En effet, les actions qui se centrent sur les personnes à risque ne permettent pas à elles seules de prévenir la radicalisation violente et peuvent au contraire engendrer une stigmatisation des communautés musulmanes. Il est nécessaire de lutter contre les facteurs de risque au niveau de la société et de développer les travaux de recherche en ce sens. Nous pensons qu'une approche globale centrée sur les notions d'inclusion sociale, d'identité d'acculturation et d'engagement politique permettra de lutter contre la menace terroriste [3,25]. D'un point de vue psychopathologique, il serait intéressant de disposer de groupe témoin parmi les adolescents présentant des troubles des conduites car ils partagent des facteurs de risques communs. Les spécificités éventuelles de certains facteurs de risque à la radicalisation pourrait du coup être mieux comprises.

Le concept de « radicalisation » est toujours en cours de définition, l'enjeu étant de mieux en saisir ses contours, mieux comprendre qui sont les sujets à risques et ceux qui sont passés à l'acte. Dans les études futures, il sera nécessaire de revenir sur les nombreuses prises en charges amorcées depuis 2015 en France auprès de cette population. Ceci permettrait de se dégager du terme de « déradicalisation », encore plus flou que le terme de « radicalisation », et commencer à avoir un regard sur la façon dont on peut accompagner ces jeunes. Il est important de rassembler les savoirs, et les pratiques qui auraient fait leurs preuves, pour les diffuser aux autres professionnels confrontés à cette thématique centrale.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Reardon S. Terrorism: science seeks roots of terror. *Nature* 2015;517:420–1.
- [2] Wieviorka M. Sociétés et terrorisme. Paris: Fayard; 1988.
- [3] Khosrokhavar F. Radicalisation. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme; 2014.
- [4] Sageman M. Understanding terror networks. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 2004.
- [5] Boussaud M, Bailly R, Brunelle J, Cohen D. Quelle place pour les structures de secteur dans la prise en charge des enfants et adolescents victimes de traumatismes collectifs ? Éléments de réponse à partir de l'expérience des centres médico-psychologiques parisiens suite aux attentats de janvier 2015. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64:210–5.
- [6] Askenazy F. Paradis perdu. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2017;65:273–7.
- [7] Fekih-Romdhane F, Chennoufi L, Cheour M. Les terroristes suicidaires : qui sont-ils ? *Ann Med Psychol Rev Psychiatr* 2016;174:274–9.
- [8] Bénézech M, Estano N. À la recherche d'une âme : psychopathologie de la radicalisation et du terrorisme. *Ann Med Psychol Rev Psychiatr* 2016;174:235–49.
- [9] McGilloway A, Ghosh P, Bhui K. A systematic review of pathways to and processes associated with radicalization and extremism amongst Muslims in Western societies. *Int Rev Psychiatry* 2015;27:39–50.
- [10] McCauley, Clark, Moskalenko S. Friction: how radicalization happens to them and us. New York: Oxford University Press; 2011.
- [11] Le nombre de signalement pour radicalisation augmente fortement en France. Ouest France; 2017 [cité 25 févr 2018] <https://www.ouest-france.fr/terrorisme/le-nombre-de-signalement-pour-radicalisation-augmente-fortement-en-france-5183519>.
- [12] Bazex H, Bénézech M, Mensat J-Y. « Le miroir de la haine ». La prise en charge pénitentiaire de la radicalisation : analyse clinique et criminologique de 112 personnes placées sous main de justice. *Ann Med Psychol Rev Psychiatr* 2017;175:276–82.
- [13] Campelo N, Oppetit A, Neau F, Cohen D, Bronsard G. Who are the European youths willing to engage in radicalisation? A multidisciplinary review of their psychological and social profiles. *Eur Psychiatry* 2018;52: 1–14.
- [14] Rolling J, Corduan G. La radicalisation, un nouveau symptôme adolescent ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2017 [Internet, cité 17 déc 2017] <http://www.em-consulte.com/article/1177785/la-radicalisation-un-nouveau-symptome-adolescent>.
- [15] Ludot M, Radjack R, Moro MR. « Radicalisation djihadiste » et psychiatrie de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64:522–8.
- [16] Dorey R. La relation d'emprise. L'emprise. Gallimard; 1981.
- [17] Bazex H, Mensat J-Y. Qui sont les djihadistes français ? Analyse de 12 cas pour contribuer à l'élaboration de profils et à l'évaluation du risque de passage à l'acte. *Ann Med Psychol Rev Psychiatr* 2016;174: 257–65.
- [18] Doosje B, Loseman A, van den Bos K. Determinants of radicalization of islamic youth in the Netherlands: personal uncertainty perceived injustice, and perceived group threat. *J Soc Issues* 2013;69:586–604.
- [19] Hogg MA, Meehan C, Farquharson J. The solace of radicalism: self-uncertainty and group identification in the face of threat. *J Exp Soc Psychol* 2010;46:1061–6.
- [20] Dhami MK, Murray J. Male youth perceptions of violent extremism: towards a test of rational choice theory. *Span J Psychol* 2016;19:E51.
- [21] Kruglanski AW, Fishman S. Psychological factors in terrorism and counterterrorism: individual group, and organizational levels of analysis. *Soc Issues Policy Rev* 2009;3:1–44.
- [22] Ludot M, El Hussein M, Radjack R, Moro MR. Les réactions des professionnels face à la « radicalisation » des jeunes. Une étude exploratoire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2017;65:155–63.

- [23] Bouzar D, Martin M. Pour quels motifs les jeunes s'engagent-ils dans le djihad ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64:353–9.
- [24] Bhui KS, Hicks MH, Lashley M, Jones E. A public health approach to understanding and preventing violent radicalization. *BMC Med* 2012;10:16.
- [25] Bhui K, Everitt B, Jones E. Might Depression. Might depression, psychosocial adversity, and limited social assets explain vulnerability to and resistance against violent radicalisation? *PLOS ONE* 2014;9:e105918.