Psychiatrie et radicalisation : dépasser l'émotion

Marion Grenon

▶ **To cite this version:**

Marion Grenon. Psychiatrie et radicalisation : dépasser l'émotion. Ethique. 2019. dumas-02511308

HAL Id: dumas-02511308
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02511308

Submitted on 1 Dec 2020

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

MEMBRE DE
USPC
Université Sorbonne Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Il est prévu notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source. Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entrainer des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

MEMBRE DE
USPC
Université Sorbonne Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2019 **N° 2019M2REM04**

MEMOIRE DE MASTER 2 DE RECHERCHE EN ETHIQUE

Présenté et soutenu publiquement le 18 juin 2019

Par

Marion GRENON

Psychiatrie et radicalisation : dépasser l'émotion

Co-dirigé par la Professeure Marie-France MAMZER et la Docteure Marie-Aude PIOT

JURY

Mme le Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH Président

M. Marcel-Louis VIALLARD, professeur associé

M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR

Mme Caroline DESPRES, chercheuse

Mme Eva SEGURA, PhD ATER

M. Jean-Claude K. DUPONT, chercheur

Mme Charlotte NGO, MCU-PH

Psychiatrie et radicalisation : dépasser l'émotion

Résumé :

La notion de radicalisation, bien qu'elle soit ancienne, semble trouver un nouveau souffle depuis quelques années à travers les questions concernant la radicalisation salafo-djihadiste, dite radicalisation « islamiste ». Si les psychiatres sont désormais de plus en plus sollicités pour évaluer l'état psychique d'individus dits « radicalisés » ou les prendre en charge, leur rôle dans l'accompagnement de ces personnes reste toutefois indéfini. Nous avons donc tenté de déterminer comment les médecins psychiatres exerçant sur le territoire français se représentent la notion de radicalisation ainsi que leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ». Nous avons pour cela élaboré un protocole de recherche qualitative basé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de psychiatres d'une part, et sur l'exploitation d'un corpus d'interventions réalisées lors des premiers Etats Généraux Psy sur la Radicalisation d'autre part.

Nos résultats suggèrent que si le terrorisme vise de manière générale à créer l'effroi et à instaurer un climat dominé par une incertitude et un sentiment de menace permanents, le psychiatre est exposé aux mêmes mouvements émotionnels que le reste des populations visées par les actes terroristes. Confronté à des individus dits « radicalisés », le psychiatre est donc susceptible d'être débordé par des émotions diverses, et notamment par la peur. Bien que l'émotion du psychiatre puisse alimenter sa décision médicale de manière féconde, la peur, quant à elle, peut venir sidérer sa pensée, entravant alors à la fois le processus décisionnel et l'établissement d'un lien psychothérapeutique avec le patient dit « radicalisé ». Deux éléments semblent pouvoir aider le psychiatre à dépasser l'émotion qui le traverse : la supervision de sa pratique d'une part, et l'acquisition d'un savoir spécifique d'autre part. Sans ces deux outils, le psychiatre risque, lorsqu'il fait face à un individu dit « radicalisé », de ne percevoir chez lui que la figure d'un monstre terrifiant qu'il ne pourra que rejeter, agissant à son tour le processus d'exclusion qui semble avoir conduit à la désaffiliation de cet individu et à son engagement radical. Si le psychiatre parvient à dépasser son émotion, toutefois, son savoir-être et son savoir-faire peuvent lui permettre d'offrir à l'individu dit « radicalisé » un espace de parole protégé et d'accéder ainsi à son discours propre, détaché de l'emprise idéologique dans laquelle il était empêtré, et de le replacer en tant que sujet.

Discipline :

[Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique**]**

Mots clés :

[Terrorisme / Terroriste / Djihad / Islam / Attentat / Décision médicale**]**

Psychiatry and radicalization : overcoming emotion

Abstract :

It seems that the old notion of radicalization has found a new lease on life in recent years through questions concerning salafo-jihadist radicalization, also known as "Islamist" extremism. Psychiatrists are more and more requested to assess the psychological state of "radicalized" individuals or provide care for them, but their role remains undefined. Therefore, we tried to determine how French psychiatrists see the notion of radicalization and their possible role in the medical care of so-called "radicalized" individuals. To do so, we developed a qualitative research protocol based on semi-directive interviews with psychiatrists on the one hand, and on the exploitation of interventions made during the first General Estates on Psychiatry and Radicalization on the other hand.

Our findings suggest that while terrorism generally aims to create a climate of permanent uncertainty and threat, psychiatrists are exposed to the same emotional movements as the rest of the populations targeted by terrorist acts. Confronted with so-called "radicalized" individuals, psychiatrists are likely to experience various overwhelming emotions, including fear. Even though psychiatrists' emotions can feed their medical decisions in a fruitful way, fear can prevent them from thinking and hinder both the decision-making process and the establishment of a psychotherapeutic link with the "radicalized" patients. Two things seem to help psychiatrists to overcome their emotions: the supervision of their practice on the one hand, and the acquisition of a specific knowledge on the other. Without these two tools, when facing so-called "radicalized" individuals, psychiatrists might perceive them only as terrifying monsters which they can only reject, in the same process of exclusion that seems to have led to the disaffiliation of these individuals and their radical commitment. However, if psychiatrists manage to overcome their emotions, their scientific and interpersonal skills can enable them to offer a protected space of speech to "radicalized" individuals and thus to access their own discourse and to perceive them as subjects again.

Keywords :

[Terrorism / Terrorist / Jihad / Terrorist attack / Clinical-decision making**]**

« L'émotion nous égare : c'est son principal mérite »

(Oscar Wilde)

Remerciements

A Madame la Professeure Marie-France MAMZER et Madame la Docteure Marie-Aude PIOT pour leur bienveillance, leur soutien, leur éclairage et leur accompagnement dans la construction de ce travail.

A l'ensemble des praticiens qui m'ont accordé leur confiance et ont accepté de participer à ce projet de recherche.

A toute l'équipe pédagogique du Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale, pour les échanges qui ont nourri mes réflexions, dans le cadre de ce travail comme en dehors.

A mes camarades de promotion, pour leur soutien, les rires partagés et les discussions enflammées.

A Delphine et à Lucie, pour leur soutien et leur aide déterminante dans la réalisation de ce travail.

A mes sœurs, dont le regard me porte.

Aux Docteurs Sévérine BOUCHIAT, Annaïck RIO et Jean-Pierre SIMSON, pour leur accompagnement clinique et personnel, qui n'a eu de cesse de me faire grandir.

A Isabelle P. et Céline H., dont le sourire et la douceur ont si souvent su apaiser mes doutes.

Table des matières

REMERCIEMENTS **5**

TABLE DES MATIERES **6**

INTRODUCTION **9**

PREMIERE PARTIE : CONTEXTUALISATION **10**

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ACTUEL 10

Définitions de la radicalisation *10*

La radicalisation salafo-djihadiste, dite radicalisation « islamiste » *11*

Données épidémiologiques concernant la radicalisation dite « islamiste » en France et en Europe *12*

CHAPITRE 2 : EVOLUTION DU DISPOSITIF LEGISLATIF FRANÇAIS DE LUTTE CONTRE LE TERRORISME 17

Avant le 11 septembre 2001 ..... *18*

Après le 11 septembre 2001 ..... *19*

A partir de 2012 ..... *20*

CHAPITRE 3 : EVOLUTION DES LIENS ENTRE PSYCHIATRIE ET RADICALISATION 22

Injonctions politiques adressées aux psychiatres *22*

Evolution des dispositions législatives spécifiques aux cas de radicalisation dite « islamiste » *29*

Position des psychiatres anglais *36*

CHAPITRE 4 : PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE 37

Problématique *37*

Hypothèses de recherche *38*

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE **39**

CHAPITRE 1 : CONCEPTION DU PROTOCOLE DE RECHERCHE 39

CHAPITRE 2 : APPORT DES ETATS GENERAUX PSY SUR LA RADICALISATION 41

Choix du corpus d'interventions *41*

Méthode d'analyse qualitative *42*

Résultats *43*

CHAPITRE 3 : REALISATION DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS 66

Population étudiée *66*

Recueil de données *67*

Analyse des données recueillies *69*

Dispositions réglementaires *70*

TROISIEME PARTIE : RESULTATS 73

CHAPITRE 1 : REPRESENTATIONS DE LA RADICALISATION 76

La radicalisation : une notion assez floue 76

La radicalisation comme construit clinique extérieur à la nosographie psychiatrique 77

La radicalisation comme symptôme 77

La radicalisation comme situation d'emprise psychique 79

La radicalisation comme transgression 79

La radicalisation comme étiquette stigmatisante 79

Les croyances erronées autour de la radicalisation 80

CHAPITRE 2 : LA RENCONTRE DU PATIENT DIT « RADICALISE » 80

Une situation somme toute assez banale 80

Permettre au patient de s'approprier la prise en charge qui lui est proposée 81

Entreprendre un travail psychothérapeutique auprès de l'individu dit « radicalisé » 82

CHAPITRE 3 : LE PSYCHIATRE DANS LE RESEAU INSTITUTIONNEL 87

Des relations complexes entre le psychiatre et l'institution judiciaire 87

L'exercice professionnel du psychiatre : un cadre défini par l'institution de soins 90

Psychiatres militaires : entre engagement au service de la sécurité nationale et loyauté envers les camarades blessés 92

CHAPITRE 4 : LE PSYCHIATRE AU SEIN DE LA SOCIETE 93

Le psychiatre en tant que personne 93

Dépasser l'émotion : le travail d'élaboration du psychiatre 97

La répartition des responsabilités 99

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION 103

CHAPITRE 1 : DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE 103

Limites de l'étude 103

Forces de l'étude 104

Retours sur les mises en situation réalisées 105

CHAPITRE 2 : ASPECTS CLINIQUES 106

La radicalisation : un objet de langage 106

L'exercice psychiatrique : au-delà des troubles mentaux 111

CHAPITRE 3 : ASPECTS DEONTOLOGIQUES 115

De l'absence de demande du patient… 115

… au désir du psychiatre 117

L'injonction de soins : une contrainte pour le patient comme pour le psychiatre 120

CHAPITRE 4 : ASPECTS ETHIQUES 124

Le langage comme enjeu de pouvoir 124

Le psychiatre face aux conflits de loyautés *125*
Le psychiatre face à ses émotions *130*
CHAPITRE 5 : SYNTHESE 136

CONCLUSION **140**

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS **141**

BIBLIOGRAPHIE **142**

TABLE DES FIGURES **153**

TABLE DES TABLEAUX **154**

ANNEXES **155**

ANNEXE 1 : BROCHURE DE PRESENTATION DU RESEAU DE SENSIBILISATION A LA RADICALISATION (*RADICALISATION AWARENESS NETWORK*) (38) 155
ANNEXE 2 : PROGRAMME DES PREMIERS EGPR (174) 157
ANNEXE 3 : TITRES ET ADRESSES URL DES 13 INTERVENTIONS DU CORPUS ISSU DES EGPR 164
ANNEXE 4 : MODELE DU MAIL DE CONTACT ADRESSE AUX PRATICIENS SOLLICITES 166
ANNEXE 5 : NOTE D'INFORMATION COMMUNIQUEE AUX PARTICIPANTS 167
ANNEXE 6 : FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION 171
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE 174
ANNEXE 8 : CRITERES COREQ-32 176
ANNEXE 9 : GRILLE D'ENTRETIEN 178

Introduction

La notion de radicalisation, bien qu'elle soit ancienne, semble trouver un nouveau souffle depuis quelques années, notamment en France et en Europe, en raison des multiples attentats terroristes perpétrés sur le territoire national et européen. Cet ancrage dans l'actualité explique d'ailleurs peut-être que, de manière implicite, l'on ait actuellement tendance à réserver l'usage du terme « radicalisation » à ce qui n'en constitue en réalité qu'une forme parmi de nombreuses autres, à savoir la radicalisation salafo-djihadiste, dite radicalisation « islamiste ».

Pour assurer la prise en charge des victimes des attentats, qui constitue un enjeu majeur de santé publique, les pouvoirs publics font appel à la psychiatrie. Néanmoins, c'est également vers la psychiatrie que les regards se tournent lorsqu'est évoquée une éventuelle prise en charge médicale des auteurs de ces attaques. Dans ce contexte, si les médecins psychiatres sont désormais de plus en plus sollicités pour évaluer l'état psychique d'individus dits « radicalisés » ou les prendre en charge, leur rôle dans l'accompagnement de ces personnes n'en reste pas moins indéfini, comme l'indique la mise en place des premiers Etats Généraux Psy sur la Radicalisation, qui se sont tenus à Paris au début du mois de novembre 2018, ou encore la publication, au niveau national comme international, d'articles scientifiques dédiés à ce sujet.

Dans un premier travail de recherche, réalisé au cours de l'année 2017-2018, nous avions tenté d'identifier les raisons qui sont susceptibles d'expliquer que les pouvoirs publics fassent appel à la psychiatrie dans la prise en charge médicale des auteurs d'attentats terroristes dits « islamistes », et conclu à la nécessité de poursuivre nos recherches afin d'évaluer quelle peut être la place de la psychiatrie dans la prise en charge médicale des auteurs d'attentats terroristes dits « islamistes ».

Néanmoins, il nous est apparu que nous ne disposions que de très peu d'éléments scientifiques concernant ces auteurs d'attentats, pour la plupart décédés dans les suites des attaques qu'ils ont perpétrées. Nous avons donc fait le choix d'examiner les processus susceptibles de mener à ces attaques, et nous proposons désormais d'explorer la question de recherche suivante : **comment les médecins psychiatres exerçant sur le territoire français se représentent-ils la notion de radicalisation ainsi que leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés »** ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons élaboré un protocole de recherche qualitative basé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de médecins psychiatres exerçant sur le territoire français d'une part, et sur l'exploitation d'un corpus d'interventions réalisées lors des premiers Etats Généraux Psy sur la Radicalisation d'autre part.

Première partie : Contextualisation

Chapitre 1 : Contexte actuel

Définitions de la radicalisation

Comme le montre l'analyse rétrospective de la littérature, avant que la notion de radicalisation ne soit utilisée, comme elle l'est actuellement, en lien avec le terrorisme, le terme de « radicalisation » permettait essentiellement de décrire la mobilisation politique au sein de la communauté noire, des mouvements de femmes et des mouvement lutte contre l'exclusion en Amérique Latine (1).

Selon Charles E. Allen, ancien sous-secrétaire du Bureau du renseignement et de l'analyse du Département américain de la Sécurité intérieure, la radicalisation correspond au « *processus d'adoption d'une croyance extrémiste incluant la volonté d'utiliser, de soutenir ou de faciliter la violence comme méthode de changement de la société* » (2). En revanche, pour Farad Khosrokhavar, sociologue franco-iranien et directeur d'études à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), le terme de radicalisation « *désigne 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)(p.8).

Proposant un compromis entre ces deux définitions, dont l'une implique un recours systématique à l'action violente et l'autre non, le Centre d'Action et de Prévention contre la Radicalisation des Individus (CAPRI) définit quant à lui la radicalisation comme « *le fait de soutenir ou d'envisager des actions violentes en soutien à une idéologie, qu'elle soit religieuse, politique, ou séparatiste* » (4), rappelant ainsi que toute radicalisation n'est pas nécessairement religieuse.

Selon l'étude menée par le Groupe de recherche belge Governance of Security (5), la radicalisation constituerait en fait un continuum au sein duquel radicalisme, extrémisme et terrorisme représenteraient les trois étapes d'un seul et même processus :

- **Le radicalisme** : il correspond à une idéologie, mais ne conduit pas nécessairement à des actions violentes ;
- **L'extrémisme** : il est défini comme la « *volonté d'accepter le recours à la violence, sans pour autant passer à l'exercice de la violence. Autrement dit, l'extrémisme est une disposition mentale qui se veut excuser le recours à la violence à l'encontre d'autres, et implique même une prédisposition à utiliser personnellement la violence à l'avenir* » ;

- **<u>Le terrorisme</u>**, enfin, correspondrait à des « *comportements violents résultant d'une idéologie qui est partagée par au moins un groupe limité* ». La différence entre extrémisme et terrorisme tiendrait donc à ceci que dans le terrorisme, le recours à la violence est effectif.

Nous retiendrons ces définitions du radicalisme, de l'extrémisme et du terrorisme pour la suite de notre travail.

La radicalisation salafo-djihadiste, dite radicalisation « islamiste »

Si, comme nous venons de le voir, la notion de radicalisation est ancienne, elle semble pourtant trouver un nouveau souffle depuis quelques années, notamment en France et en Europe, en raison des multiples attentats terroristes perpétrés sur le territoire national et européen. Cet ancrage dans l'actualité semble d'ailleurs expliquer que, de manière implicite, l'on ait actuellement tendance à réserver l'usage du terme « radicalisation » à ce qui n'en constitue en réalité qu'une forme parmi de nombreuses autres, à savoir la radicalisation salafo-djihadiste, dite radicalisation « islamiste ».

Sans choisir de réserver l'usage du terme « radicalisation » à la radicalisation salafo-djihadiste, ce qui constituerait une simplification outrancière, dans la mesure où toute forme de radicalisation n'est pas religieuse et n'implique pas nécessairement un recours à l'action violente, c'est pourtant à cette forme particulière de radicalisation que nous avons choisi de nous intéresser dans ce travail.

Comme l'explique Thierry Toutin, criminologue et Docteur en droit privé et sciences criminelles, « *le salafisme désigne un courant de pensée minoritaire, très ancien, totalitaire et conservateur de l'islam sunnite* » (6). Il s'agit d'un mouvement fondamentaliste, c'est-à-dire désireux de revenir à une pratique intégriste de l'islam, dans laquelle le Coran est appliqué à la lettre, sans que son texte ne fasse l'objet de la moindre interprétation (6).

Le salafisme compte plusieurs branches, qui s'affrontent entre elles. Une première de ces branches est celle du salafisme dit « quiétiste ». Considérés comme majoritaires au sein du mouvement salafiste, les quiétistes ou piétistes seraient « *des non-violents qui vivent en repli communautaire, comme une secte, et selon les principes rigoristes de l'Islam* » (6). Une deuxième branche du salafisme est celle des politiques ou réformistes, dont l'idéologie est plus politique que religieuse. « *Considérés comme des intellectuels et des réformateurs », ils « veulent imposer l'Islam par les urnes* » (6).

Les salafistes djihadistes, enfin, constituent la troisième branche du salafisme. Les membres de cette mouvance, à laquelle sont rattachées des organisations telles qu'Al-Qaïda et Deach, entendent imposer l'islam par les armes, c'est-à-dire en recourant à une action violente visant à « *combattre l'Occident, les Juifs, les Musulmans modérés, les apostats et les Chiites, selon les principes du takfir, c'est-à-dire l'élimination de toute opposition et le rejet de l'altérité* » (6).

Dans les suites des attentats ayant frappé le Word Trade Center le 11 septembre 2001, c'est vers l'organisation terroriste Al-Qaïda que se tournent les médias du monde entier. Pourtant, comme l'explique Mathieu Guidère, géopolitologue et islamologue, depuis quelques années, l'organisation Daech a connu « *un essor fulgurant, au point d'éclipser totalement l'ennemi mondial d'hier, Al-Qaïda* » (7). Daech, acronyme arabe signifiant « Etat Islamique en Irak et au Levant », est une organisation terroriste née fin 2006 et qui portait initialement le nom d' « Etat islamique en Irak » (7). Comme en témoignent les données épidémiologiques dont nous disposons actuellement, Daech constitue une « *organisation particulièrement habile dans l'utilisation des moyens modernes de communication et dans la diffusion de la propagande » et « a su créer une dynamique efficace suscitant l'adhésion de jeunes gens et des moins jeunes, depuis tous les continents* » (8).

Données épidémiologiques concernant la radicalisation dite « islamiste » en France et en Europe

En février 2015, sur les 67 000 personnes détenues en France, on comptait environ 170 individus condamnés pour des actes de terrorisme dit « islamiste » (9)(p.174). Cet effectif a rapidement augmenté, puisque début 2018, ce sont environ 500 terroristes dits « islamistes » qui étaient incarcérés en France. Selon les pouvoirs publics français, enfin, environ 1700 ressortissants français auraient rejoint la Syrie, parmi lesquels environ 300 seraient décédés sur place (9)(p. 174). Fin février 2018, on dénombrait 323 personnes ayant regagné le territoire français après être parties pour la Syrie, parmi lesquelles 68 mineurs ; ces retours font désormais l'objet d'une judiciarisation systématique (10). A ce jour, la France constitue « *le pays occidental le plus touché par le phénomène du djihad en Syrie* » mais également le pays européen touché par le plus grand nombre d'attentats (effectifs, manqués ou déjoués) depuis 2015 (10).

Lors de nos recherches bibliographiques, nous nous sommes mis en quête de données épidémiologiques plus détaillées concernant la radicalisation dite « islamiste » en France et en Europe. Nous n'avons alors pu identifier que deux publications de grande ampleur, dont sont issus l'ensemble

des chiffres exposés ci-après. Le premier de ces deux rapports est celui qui a été publié par l'organisation non-gouvernementale GLOBSEC. Intitulé « *Who are the European jihadis? From criminals to terrorists and back?* », il porte sur 197 djihadistes européens. Il s'agit en réalité d'un rapport intermédiaire, publié en septembre 2018 et s'inscrivant dans le cadre d'un projet plus large, mené par GLOBSEC, visant à :

- Collecter, colliger et analyser des données concernant les individus condamnés pour des actes de terrorisme dit « islamiste » dans les onze pays d'Europe qui en comptent le plus. L'objectif est ici de s'intéresser au parcours criminel des individus, y compris avant leur condamnation pour des faits de terrorisme ;
- Diffuser les résultats obtenus à l'échelle internationale ;
- Aider à l'élaboration et au renforcement des mesures anti-terroristes à l'échelle européenne (11).

La seconde publication que nous avons utilisée est celle de Marc Hecker, Docteur en Sciences Politiques et chercheur au Centre des Etudes de Sécurité de l'IFRI (Institut Français des Relations Internationales). Publié en avril 2018 et intitulé « *137 nuances de terrorisme : les djihadistes de France face à la justice* », ce rapport avait pour objectif initial de « *produire une analyse quantitative de la mouvance djihadiste française sur la base de procès ayant eu lieu au cours des quinze dernières années* » (10). Néanmoins, du fait de la richesse des données collectées, quelques remarques d'ordre qualitatif y ont finalement été ajoutées.

L'ensemble des données épidémiologiques détaillées disponibles concernant les djihadistes français et européens sont donc issues d'études portant exclusivement sur des individus condamnés pour des actes de terrorisme dit « islamiste ». En France, il apparaît particulièrement difficile d'accéder aux données concernant les individus dits « radicalisés », ce qui explique probablement la rareté des données épidémiologiques publiées. Cela pourrait néanmoins changer rapidement, puisque Laurent Nuñez, Secrétaire d'État auprès du Ministre de l'Intérieur, annonçait le 2 avril 2019 « *l'ouverture à la recherche scientifique du Fichier des signalements pour la prévention et la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT). […] Grâce à ce dispositif, ce sont plus de 11 000 fiches qui seront rendues accessibles à une équipe de chercheurs accrédités avec un véritable niveau d'informations qualitatives et utiles à la compréhension des phénomènes de radicalisation* » (12).

Les données épidémiologiques exposées ci-après ont été utilisées afin de construire les trois vignettes cliniques constituant le fondement de notre trame d'entretien (cf. « *Construction des vignettes cliniques* », p. 64).

Sexe et âge

Les données disponibles suggèrent que les individus radicalisés sont en très grande majorité des hommes, malgré la variabilité des chiffres avancés. En effet, dans le rapport publié par l'organisation non-gouvernementale GLOBSEC et portant sur 197 djihadistes européens, la proportion d'individus de sexe masculin est évaluée à 87 % en Europe et 93 % en France (11). Ce chiffre semble cohérent au regard de celui avancé par l'Institut Français des Relations Internationales (IFRI) dans son rapport portant sur 137 individus condamnés en France dans des affaires de djihadisme, parmi lesquels l'on trouve près de 96 % d'hommes (10). Pourtant, selon d'autres auteurs, la proportion de femmes radicalisées serait grandement sous-estimée. C'est le cas par exemple de Fethi Benslama (docteur en psychologie) et de Farhad Khosrokhavar (sociologue), qui indiquent dans leur ouvrage « *Le jihadisme des femmes* » (13)(p.13) qu'environ un tiers des ressortissants français partis pour la Syrie seraient des femmes.

Comme l'explique Marc Hecker, cette sous-estimation du nombre de femmes concernées s'explique par « *La tendance qui a longtemps prévalu au sein de l'administration judiciaire de ne pas poursuivre les femmes impliquées dans les filières djihadistes. Les femmes étaient en effet souvent considérées comme des victimes, entraînées par des maris radicalisés.* […] *La pratique judiciaire a évolué depuis environ deux ans, en raison notamment de la tentative d'attentat perpétrée par un groupe de femmes en 2016 à proximité de la cathédrale Notre-Dame à Paris. Depuis lors, les femmes - notamment celles qui reviennent de Syrie – sont davantage considérées comme de possibles terroristes que comme des victimes. Elles font désormais l'objet de poursuites aussi systématiques que les hommes* » (10).
Ce changement de pratique apparaît néanmoins trop récent pour être visible dans les études citées ci-dessus.

Par ailleurs, et sur la base des mêmes données, l'âge moyen des individus radicalisés européens est évalué à 30.3 ans (11).

Nationalité(s), origines et religion

Au sein de l'échantillon d'individus radicalisés étudié dans le rapport de l'IFRI (10), 69 % étaient de nationalité française, contre 22 % de binationaux (France + un pays du Maghreb). De plus, selon le rapport du GLOBSEC (11), 51 % des djihadistes européens seraient nés au sein d'un pays membre de l'Union Européenne et 72 % seraient des citoyens européens. Comme le souligne Marc Hecker , ces données tendent à confirmer ce qui a été observé dans d'autres pays d'Europe depuis les attentats

perpétrés à Londres en 2005 : « *Le terrorisme qui touche la France est essentiellement domestique (homegrown terrorism)* » (10). Ainsi, la plupart des individus condamnés en France pour des actes de terrorisme sont nés dans ce pays et y ont grandi (10).

Par ailleurs, interrogeant plus en détails les origines des parents des individus condamnés en France pour des faits de terrorisme, Marc Hecker ajoute que « *Le facteur migratoire joue* […] *un rôle important dans le phénomène djihadiste* » (10). En effet, selon ces données, les parents sont originaires du Maghreb dans 59 % des cas, de France dans 18 % des cas et d'Afrique subsaharienne dans 9 % des cas (10).

Au sein de ce même échantillon, 74 % des individus concernés seraient nés au sein de familles de confession musulmane, tandis que 26 % se seraient convertis à l'islam (10).

Composition familiale

Selon le rapport de l'IFRI, l'immense majorité des individus condamnés en France pour des actes terroristes serait issue de fratries importantes (fratrie de 3 à 6 enfants pour 65 % d'entre eux, fratrie de 7 enfants et plus pour 24 % d'entre eux) (10). Enfin, ces personnes seraient célibataires dans 43 % des cas, mariés exclusivement civilement dans 33% des cas et mariés exclusivement religieusement dans 17 % des cas (10).

Niveau socio-économique

Pour ce qui concerne leur niveau socio-économique, 40 % des individus condamnés en France pour des actes terroristes seraient originaires de quartiers prioritaires (10). L'immense majorité d'entre eux serait également sous-diplômée : 47 % ne sont titulaires d'aucun diplôme, contre seulement 24% qui ont obtenu leur baccalauréat (10). Cette tendance semble se confirmer à l'échelle européenne, puisque seuls 20% des djihadistes européens auraient fréquenté le lycée, et 9 % d'entre eux seulement auraient achevé leur cursus scolaire secondaire (niveau baccalauréat)(11).

Ce faible niveau d'éducation semble entraîner des conséquences importantes en termes d'insertion professionnelle : 36 % des individus condamnés en France pour des actes terroristes étaient sans emploi au moment des faits, et 22 % occupaient un emploi précaire (10). A l'échelle européenne, la proportion des djihadistes sans emploi serait de 40 % (11).

Antécédents criminels

En termes d'antécédents criminels, 40% des individus condamnés en France pour des actes terroristes auraient fait l'objet d'au moins une condamnation antérieure, les motifs de condamnation les plus fréquemment observés étant les vols, les violences, les escroqueries, le trafic de stupéfiants et les délits routiers (10). Néanmoins, 48 % d'entre eux auraient un casier judiciaire vierge jusqu'à cette première condamnation (10). Ces chiffres semblent en cohérence avec ceux proposés par le GLOBSEC, qui avance que 50 % des djihadistes français auraient fait l'objet de condamnations antérieures pour des faits de petite délinquance (11).

Processus de radicalisation

Un autre aspect important du parcours des individus dits radicalisés concerne leur processus de radicalisation. Ce processus est le plus souvent décrit comme « long », c'est-à-dire s'étendant sur quelques mois à quelques années. Ainsi, 30 % des individus condamnés en France pour des actes terroristes se seraient radicalisés en quelques années, 28 % en 6 mois à un an, et 25 % en un an (10). C'est également ce qu'observe le GLOBSEC au niveau européen, puisqu'il indique que seuls 4 % des djihadistes européens se seraient radicalisés en moins de 6 mois (11).

Pour ce qui concerne les moyens de radicalisation, internet occupe une place prépondérante. Marc Hecker décrit ainsi dans le rapport de l'IFRI, quatre usages différents d'internet dans les processus de radicalisation (10) :

- L'apport, via différents supports (textes, vidéos, etc…), d'éléments permettant de nourrir l'idéologie de groupes qui se sont constitués « dans la vraie vie » ;
- La facilitation des rencontres entre sujets partageant la même idéologie radicale voire les mêmes objectifs ;
- La communication au sein des groupes constitués d'individus radicalisés ;
- La constitution d'un outil de coopération/préparation d'une action terroriste.

Par ailleurs, la prison semble jouer un rôle important dans les parcours de radicalisation, puisque c'est en détention que 54 % des djihadistes européens auraient été exposés pour la première fois à l'idéologie radicale qu'ils auraient ensuite adoptée, en particulier en France (11).

Famille et amis joueraient également un rôle majeur, puisque ce serait souvent eux qui introduisent les individus au sein de réseaux djihadistes. En effet, seuls 8 % des djihadistes européens auraient été

enrôlés par des recruteurs actifs n'entretenant préalablement aucun lien avec eux, contre 26 % qui auraient été conduits vers ces réseaux par un proche (ami ou un membre de la famille), et 54 % ayant au moins un proche impliqué dans des activités terroristes (11).

Un autre élément majeur dans le processus de radicalisation tiendrait à la dynamique de groupe. Ainsi, plusieurs auteurs contestent actuellement la notion pourtant encore très médiatisée de « loup solitaire » (10,11,14). Le GLOBSEC n'a pu identifier parmi les djihadistes européens étudiés que 3 individus (soit 2 % de l'échantillon) susceptibles d'être, à première vue, des acteurs isolés (11). Néanmoins, comme le précisent les auteurs de ce rapport, les investigations réalisées par la suite ont montré que ces trois personnes avaient été en contact soit avec des recruteurs actifs, soit avec des communautés radicales (notamment en ligne).

Concernant le groupe de rattachement, 46 % des individus condamnés en France pour des actes terroristes revendiquent leur appartenance au groupe Daech (décisions judiciaires prononcées entre 2004 et 2017)(10). De plus, au moins 34 % de ces individus auraient participé à des combats en zone de guerre (Syrie et essentiellement)(10), ce qui est également le cas de 26 % des djihadistes européens (Syrie/Irak)(11). Sur la base de ces rapports, la France représenterait le pays européen fournissant le plus grand nombre de combattants djihadistes engagés dans les zones de conflits armés (11).

Suivi judiciaire

Enfin, concernant leur suivi judiciaire, l'ensemble des individus condamnés en France pour des actes terroristes font l'objet d'une mesure de sûreté : détention provisoire pour 53% d'entre eux, et de contrôle judiciaire dans 23% des cas.

Chapitre 2 : Evolution du dispositif législatif français de lutte contre le terrorisme

Pour Mathieu Guidère, les attentats du World Trade Center, perpétrés le 11 septembre 2001, constituent « *l'acte fondateur* » de l'« *idéologie mortifère* » que représente le djihadisme (15). A la suite de ces attentats, de nombreux états occidentaux ont proposé de réorganiser leurs forces de sécurité afin notamment « *de mieux coopérer et d'être plus efficaces dans leur lutte contre les groupes qualifiés de djihadistes* » (16). A cette période, la France amorce elle aussi une série de modifications au sein de son dispositif législatif de lutte contre le terrorisme.

Avant le 11 septembre 2001

Laurent Bonelli, maître de conférences en science politique à l'université de Paris-Nanterre, rappelle qu'entre 1963 et 1981, les « *crimes et délits contre les intérêts fondamentaux de la nation* », parmi lesquels le « *terrorisme* » et l'espionnage, étaient jugés par la Cour de Sûreté de l'Etat. Créée dans les suites de la guerre d'Algérie, cette Cour constituait une juridiction d'exception et était composée de trois magistrats et de deux officiers supérieurs de l'armée (16). A la suite de sa suppression en 1981, les infractions politiques susceptibles de porter atteinte à la sûreté de l'Etat ont été renvoyées vers le droit commun (16). En septembre 1986, alors que la France fait face depuis quatre ans à des attentats répétés, une nouvelle loi est votée afin de restructurer les dispositifs antiterroristes : la loi du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme (17), qui introduit la possibilité d'aggraver les sanctions encourues dans le cadre d'une infraction si celle-ci est commise « *en relation avec une entreprise à caractère terroriste* » (17). Cette loi marque le basculement vers un nouveau dispositif dérogatoire du droit pénal ordinaire (18). Elle prévoit des dispositions spécifiques concernant les gardes à vue dans les affaires de terrorisme (durée portée de 48 à 96 heures, pas de possibilité pour l'accusé de s'entretenir avec un avocat avant la 72ème heure de garde à vue) et créé de nouvelles infractions dites « *terroristes* », à savoir le terrorisme écologique et le financement d'une entreprise terroriste (17).

Bien que la notion de « *relation avec une entreprise terroriste* » apparaisse alors assez floue et suscite de nombreux débats lors de l'examen du texte de cette loi, le Conseil Constitutionnel la valide néanmoins avant que, quelques années plus tard, la loi du 22 juillet 1992 introduise dans le Code Pénal français le délit d' « *association de malfaiteurs en relation avec une entreprise terroriste* » (19).

Trois ans plus tard, l'appareil législatif français est à nouveau modifié pour favoriser la lutte antiterroriste. La loi du 8 février 1995 prévoit en effet des dispositions spécifiques concernant le délai de prescription des faits de terrorisme, qui est portée à vingt ans pour les délits et trente ans pour les crimes (20).

Quelques mois plus tard, de juillet à octobre 1995, une nouvelle vague d'attentats frappe la France et est attribuée aux Groupes Islamiques Armés (GIA) algériens. Le pays se dote alors d'un nouveau dispositif législatif de lutte antiterroriste grâce à la loi du 22 juillet 1996 « *tendant à renforcer la répression du terrorisme et des atteintes aux personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public et comportant des dispositions relatives à la police judiciaire* », qui dispose que le fait de participer « *à un groupement formé ou à une entente établie en vue de la préparation, caractérisée par un ou plusieurs faits matériels* », de l'un des actes terroristes répertoriés dans la loi de 1986 constitue en soi un acte de terrorisme et est passible d'une peine de dix ans

d'emprisonnement (21). Pour Laurent Bonelli, « *Cette incrimination extrêmement large constitue le cœur du système antiterroriste français, en ce qu'elle permet d'agir avant que des actes ne soient commis. Elle est devenue le fer de lance de la lutte antiterroriste et d'une doctrine de* "neutralisation judiciaire préventive" » (16).

Les dispositions prévues par la loi du 9 septembre 1986 et par ses réactualisations de 1992 et 1996 constituent ainsi le socle de l'appareil législatif antiterroriste français et seront encore durcies, par certains aspects, suite aux bouleversements géopolitiques occasionnés par les attentats du World Trade Center du 11 septembre 2001.

Après le 11 septembre 2001

Dans les suites des attentats du World Trade Center, plusieurs modifications sont de nouveau apportées au dispositif législatif français de lutte antiterroriste, notamment à travers la loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne (22), la loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure (23) et la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité. Comme le rappelle Laurent Bonelli, bien que ces lois « *ne soient pas spécifiques à la lutte antiterroriste, elles comportent de nombreuses dispositions qui y sont applicables, comme l'extension de la fouille de véhicules, le contrôle des communications, l'infiltration policière ou la lutte contre le blanchiment* » (16).

Un peu plus tard, alors que l'Europe a récemment été frappée à plusieurs reprises par des attentats terroristes, notamment à Madrid le 11 mars 2004 ou encore à Londres le 7 juillet 2005, la loi du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers renforce encore le dispositif de lutte antiterroriste, qui apparaît de plus en plus dérogatoire du droit pénal ordinaire. Cette loi prévoit notamment le développement du recours à la vidéosurveillance dans les lieux publics, le renforcement des possibilités de contrôle des déplacements et des communications (échanges téléphoniques et électroniques) et autorise les forces de l'ordre à ouvrir le feu sur un véhicule refusant de s'arrêter à un barrage (24). La loi du 23 janvier 2006 augmente également de 48 heures la durée maximale de la garde à vue, désormais portée à 6 jours « *s'il ressort des premiers éléments de l'enquête ou de la garde à vue elle-même qu'il existe un risque sérieux de l'imminence d'une action terroriste en France ou à l'étranger ou que les nécessités de la coopération internationale le requièrent impérativement* » (25). Enfin, la loi renforce le dispositif de sanction : l'ancien délit d'« *association de malfaiteurs en relation avec une entreprise terroriste* » devient un crime et est désormais passible de vingt ans d'emprisonnement.

A partir de 2012

A la suite des attentats perpétrés en mars 2012 contre des militaires et une école juive, la France durcit encore son dispositif législatif antiterroriste. La loi du 21 décembre 2012 relative à sécurité et à la lutte contre le terrorisme modifie ainsi le Code Pénal afin de permettre de juger les « *crimes et délits qualifiés d'actes de terrorisme* […] *commis à l'étranger par un Français ou une personne résidant habituellement sur le territoire français* » (26).

Deux ans plus tard, la loi du 13 novembre 2014 (27) renforçant les dispositions relatives à la lutte contre le terrorisme « *introduit la notion d*'"entreprise terroriste individuelle", *étend la portée du délit d'apologie du terrorisme et permet le blocage administratif de sites internet* "faisant l'apologie du terrorisme ou le provoquant" » (18).

Au cours de l'année suivante, alors que la France fait face depuis janvier 2015 à une nouvelle vague d'attentats terroristes, la loi du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale durcit la réponse pénale et offre aux Juges et aux Procureurs de nouveaux outils d'investigation, parmi lesquels la possibilité de procéder à des perquisitions de nuit dans les affaires de terrorisme, ou encore le recours à des dispositifs techniques de proximité permettant de capter des données, des images ou encore des conversations. Les moyens humains et financiers alloués à la lutte antiterroriste sont également augmentés, avec la nomination de 27 personnes et 16 magistrats référents « anti-terrorisme » au sein des Parquets français.

Le 14 juillet 2016, la France est de nouveau frappée par un attentat terroriste extrêmement meurtrier, à Nice cette fois, alors même que l'état d'urgence devait prendre fin le 26 juillet. Dans ce contexte, la loi du 21 juillet 2016 prorogeant l'application de la loi n°55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence et portant mesures de renforcement de la lutte antiterroriste enrichit notablement le dispositif législatif français de lutte contre le terrorisme (28). Ce texte durcit notamment les sanctions prévues dans le cadre des infractions criminelles d'association de malfaiteurs en relation avec une entreprise terroriste et « *exclut les personnes condamnées pour des faits liés au terrorisme du régime de crédit de réduction de peine* » (29). Cette loi prévoit également la possibilité de procéder à la fermeture des lieux de culte au sein desquels sont tenus des discours incitant à la haine ou à la violence, et dispose que « *Les cortèges, défilés et rassemblements de personnes sur la voie publique peuvent être interdits dès lors que l'autorité administrative justifie ne pas être en mesure d'en assurer la sécurité compte tenu des moyens dont elle dispose* » (28).

Enfin, la loi du 30 octobre 2017 (30) renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme comporte quatre mesures principales :

- La mise en place de périmètres de protection permettant d'assurer la sécurité d'événements ou de lieux particulièrement exposés à la menace terroriste ;

- L'autorisation de fermer des lieux de culte « *dans lesquels les propos qui sont tenus, les idées ou théories qui sont diffusées ou les activités qui se déroulent provoquent à la violence, à la haine ou à la discrimination, provoquent à la commission d'actes de terrorisme ou font l'apologie de tels actes* » (30);

- La possibilité de mettre en place des contrôles administratifs et des mesures de surveillance individuelle à l'encontre de « *toute personne à l'égard de laquelle il existe des raisons sérieuses de penser que son comportement constitue une menace d'une particulière gravité pour la sécurité et l'ordre publics et qui soit entre en relation de manière habituelle avec des personnes ou des organisations incitant, facilitant ou participant à des actes de terrorisme, soit soutient, diffuse, lorsque cette diffusion s'accompagne d'une manifestation d'adhésion à l'idéologie exprimée, ou adhère à des thèses incitant à la commission d'actes de terrorisme ou faisant l'apologie de tels actes* » (30). Cette mesure « *est moins contraignante que l'assignation à résidence, mais suffisante pour assurer un contrôle efficace. Elle peut être assortie de l'obligation de se présenter une fois par jour aux services de police ou aux unités de gendarmerie et peut être renouvelée de trois mois si des éléments nouveaux ou complémentaires sont présentés (dans une limite de douze mois). La personne peut être dispensée de cette obligation de pointage quotidien si elle accepte d'être placée sous surveillance électronique. Les personnes soumises à ces mesures seront obligées de transmettre leurs identifiants et numéros d'abonnement de leurs messageries électroniques* » (31).

- La possibilité pour les Préfets, sous réserve de l'obtention préalable de l'autorisation du Juge des Libertés et de la Détention, d'ordonner « *la visite d'un lieu ainsi que la saisie des documents, objets ou données qui s'y trouvent, aux seules fins de prévenir la commission d'actes de terrorisme et lorsqu'il existe des raisons sérieuses de penser qu'un lieu est fréquenté par une personne dont le comportement constitue une menace d'une particulière gravité pour la sécurité et l'ordre publics* » ou qui est en relation avec de telles personnes (30).

Par ailleurs, la loi du 30 octobre 2017 introduit un nouveau crime consistant, pour une personne ayant autorité sur un mineur, à « *faire participer ce mineur à un groupement formé ou à une entente établie*

en vue de la préparation, caractérisée par un ou plusieurs faits matériels » d'un acte de terrorisme (30). Ce crime est puni de quinze ans de réclusion criminelle et de 225 000 € d'amende et, lorsqu'il est commis par une personne titulaire de l'autorité parentale sur le mineur, peut aboutir au retrait partiel ou totale de l'autorité parentale (30).

Chapitre 3 : Evolution des liens entre psychiatrie et radicalisation

Injonctions politiques adressées aux psychiatres

La psychiatrie comme outil de lutte antiterroriste

Au lendemain des attentats terroristes perpétrés à Barcelone le 17 août 2017, Gérard Collomb, alors Ministre de l'Intérieur, déclarait lors d'une interview sur RTL : « *On a deux types d'attaques aujourd'hui : des attaques planifiées, comme celle qui vient de se produire en Espagne, et des gens qui se radicalisent brutalement, avec souvent des profils psychologiques extrêmement troublés. Nous sommes en train de travailler avec ma collègue Ministre de la Santé pour essayer de repérer l'ensemble de ces profils qui, demain, peuvent passer à l'acte et donc mobiliser l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, des psychiatres libéraux, de manière à parer à cette menace terroriste individuelle* ». Il précise alors qu'il s'agirait de mettre en place « *des protocoles, quand un certain nombre de gens ont des délires autour de la radicalisation islamique, pour pouvoir avoir des échanges avec celles et ceux qui les côtoient* » (32). Le Ministre ajoute ensuite : « *Un certain nombre d'esprits faibles qui voient ce qui se passe vont passer à l'acte par mimétisme et c'est ce contre quoi il faut se prémunir et il faut travailler* », et avance un chiffre surprenant : *« sur les fichiers des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT), nous considérons qu'à peu près un tiers présente des troubles d'ordre psychologique* » (33).

Aussitôt, les propos de Gérard Collomb suscitent une vague de réactions indignées parmi les professionnels de la psychiatrie, et de nombreuses voix s'élèvent pour souligner les risques de stigmatisation des malades psychiatriques et la mise en danger du secret médical (33–37). Parmi les personnes ayant pris la parole, le Docteur Jean-Marie Faroudja, Président de la section Ethique et Déontologie du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), déclarait le 22 août 2017 dans une interview accordée au journal La Croix : « *La mission d'un médecin, y compris d'un psychiatre, n'est pas de collaborer avec la police. Elle est de soigner ses patients. S'il estime être face à un danger imminent, le médecin peut signaler. Mais, à mon sens, il ne doit pas le faire pour un patient qui présente des signes*

de radicalisation à partir du moment où celui-ci est hospitalisé. Car dans ce cas, il n'existe pas de danger imminent de passage à l'acte terroriste. Et surtout, de manière plus générale, il faut éviter de diffuser l'idée que les malades mentaux sont des terroristes en puissance » (35).

Si ce discours du Ministre de l'Intérieur a suscité de vives réactions, ce n'était pourtant pas la première fois que les psychiatres étaient appelés par les pouvoirs publics à participer à la lutte contre le terrorisme. En effet, en 2011, la Commission Européenne avait déjà créé un Réseau de Sensibilisation à la Radicalisation ou Radicalisation Awareness Network (RAN), destiné à rassembler des praticiens européens. La brochure de présentation de ce réseau (**annexe 1**), détaille les différentes professions de ses membres, parmi lesquelles les métiers de la santé et de l'enseignement, la police ou encore l'accompagnement social, qui interviennent « *directement et au quotidien avec les personnes exposées au risque de radicalisation, ainsi qu'avec celles qui ont déjà été radicalisées* » (38).

En France, dès 2012, le Secrétariat Général des Affaires Européennes saisit le Ministère de la Santé afin d'identifier un médecin psychiatre pour participer au réseau RAN (39). C'est alors le Dr Michel DAVID, actuel président de la Fédération Français de Psychiatrie et de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), vice-président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH), qui, bien que n'ayant pas d'expérience personnelle en matière de radicalisation, est sollicité pour participer au réseau (39).

En 2015, suite aux attentats qui frappent la France en janvier puis en novembre, l'Etat met en place des cellules départementales de prévention de la radicalisation (40). Comme l'explique le Docteur Michel DAVID, ces cellules sollicitent de plus en plus les psychiatres, avec des demandes très variées (39). Inquiets de la multiplication de ces sollicitations, de nombreux psychiatres font appel au Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) afin de savoir quelle réponse formuler (39). La même année, le Sénat publie un rapport sur l'organisation et les moyens de la lutte contre les réseaux djihadistes en France et en Europe. Parmi les 110 propositions listées dans ce rapport, plusieurs concernent directement la psychiatrie, parmi lesquelles la proposition n°101, qui vise à « *développer un programme spécifique de prise en charge pour les détenus revenant d'un théâtre d'opérations, comprenant une prise en charge psychologique ou psychiatrique spécifique* » et la proposition n°103, qui prévoit d'« *augmenter le nombre d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour permettre une prise en charge adaptée des détenus présentant des troubles mentaux engagés dans un processus de radicalisation* » (41).

Le 9 mai 2016, la France adopte le Plan d'Action contre la Radicalisation et le Terrorisme (PART) (42). La proposition n°38 de ce plan concerne directement la psychiatrie, puisqu'elle vise à « *augmenter les capacités de prise en charge, parmi les personnes radicalisées, de celles qui connaissent des problématiques de santé mentale* » (42).

En février 2018, le gouvernement français présente un nouveau Plan National de Prévention de la Radicalisation (PNPR), intitulé : « *Prévenir pour protéger* » (43). Les 60 mesures proposées dans ce plan visent à « *réorienter la politique de prévention suivant cinq axes :*

- *Prémunir les esprits face à la radicalisation ;*
- *Compléter le maillage détection/prévention ;*
- *Comprendre et anticiper l'évolution de la radicalisation ;*
- *Professionnaliser les acteurs locaux et évaluer les pratiques ;*
- *Adapter le désengagement* » (43).

Plusieurs de ces 60 propositions concernent la psychiatrie et les psychiatres, et prévoient notamment l'implication des services de pédopsychiatrie dans la prise en charge des *« enfants de retour de zones d'opérations de groupements terroristes* » (mesure 54) ou encore le renforcement du « *repérage et [de] la prise en charge des troubles psychologiques des détenus radicalisés* » (mesure 57).

Un chapitre de ce plan, intitulé « *Encourager l'implication des professionnels de la santé, du travail social et du droit des femmes* », apparaît particulièrement important. Il comporte une sous-partie, appelée « *Mobilisation des professionnels de la santé mentale* », qui regroupe deux mesures (figure 1).

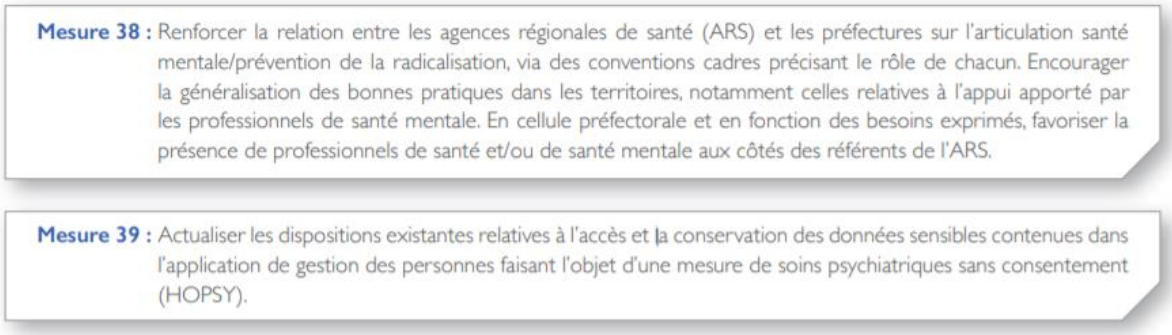

Figure 1 : Mesures de mobilisation des professionnels de la santé mentale – Plan National de Prévention de la Radicalisation (43)

La mesure 39 est relative au décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement (44), dit décret HOPSYWEB. Les réactions suscitées par ce décret au sein de la communauté psychiatrique française sont détaillées plus loin (cf. « *Fichier HOPSYWEB : la levée de boucliers des psychiatres français* »).

Par ailleurs, une autre mesure du Plan National de Prévention de la Radicalisation « *Prévenir pour protéger* », présenté en février 2018, concerne directement la psychiatrie. Il s'agit de la mesure 37, qui prévoit d'« *Organiser des États généraux de la recherche et de la clinique en psychologie et en psychiatrie sur la radicalisation et favoriser la diffusion des bonnes pratiques* ». Ces premiers Etats Généraux Psy sur la Radicalisation (EGPR) se sont tenus à Paris du 7 au 10 novembre 2018, et ont rassemblés 90 intervenants. Lors de ces EGPR, Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, déclarait, s'adressant aux psychiatres : « *Ne pas tenir compte de l'analyse que font les psychologues et les psychiatres du phénomène de radicalisation reviendrait à se priver d'une vision qui me semble essentielle* ». La Ministre a alors également précisé que si les résultats des études réalisées jusque-là ont mis en évidence que seule une minorité d'individus dits « radicalisés » présenterait des troubles psychiatriques, ces études sont datées, si bien que leurs résultats doivent selon elle être remis en question face aux modifications du mode de fonctionnement des organisations terroristes. Il semble donc que la communauté scientifique ait jusque-là échoué à convaincre le gouvernement de l'absence de lien direct entre trouble psychiatrique et radicalisation, ce qui explique sans doute la position de Mme Agnès Buzyn qui, lors de cette même allocution, enjoignait psychologues et psychiatres à se mobiliser face aux phénomènes de radicalisation : « *Vous avez, je le crois, un rôle éminent à jouer avec l'ensemble des disciplines qui peuvent contribuer à une meilleure compréhension du phénomène.* » (45).

Vers le développement d'un savoir scientifique spécifique

Si les médecins psychiatres sont désormais de plus en plus sollicités pour évaluer l'état psychique d'individus radicalisés ou les prendre en charge, leur rôle dans l'accompagnement de ces personnes n'en reste pas moins indéfini, comme l'indiquent la publication, au niveau national (46) comme international (47,48), d'articles scientifiques dédiés à ce sujet et comme le souligne l'ambivalence des propos de Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, qui déclarait en novembre 2018, lors des premiers EGPR : « *Le rôle que vous avez est donc évident, il est multiple, et vos travaux vont évidemment contribuer à mieux le définir* » (45).

Il semble nécessaire, pour déterminer quel pourrait être le rôle des médecins psychiatres dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés », de d'abord mieux comprendre les phénomènes de radicalisation religieuse et de déterminer de quelle manière le savoir psychiatrique est susceptible de les éclairer. Si les données scientifiques validées concernant cette question demeurent encore très limitées, nombre d'équipes de recherche s'accordent toutefois à dire que la majorité des terroristes ne présente aucune pathologie mentale invalidante et qu'il n'existe pas de trait de personnalité spécifique associé (46,49–51).

Certains auteurs soulignent toutefois qu'il semble exister des différences importantes entre les individus radicalisés appartenant à des groupes terroristes constitués et ceux que l'on nomme les « loups solitaires ». En effet, 32 % de ceux-ci présenteraient des antécédents de pathologie mentale ou de trouble de la personnalité (52). Les « loups solitaires » auraient ainsi environ 13 fois plus de chances de présenter une pathologie psychiatrique que des individus agissant au sein de groupes terroristes (52).

Par ailleurs, dans une perspective de santé publique, tous les programmes internationaux mettent en avant la nécessité d'adopter une démarche préventive à l'égard des phénomènes de radicalisation (1). Néanmoins, la plupart des travaux de recherche concernant la prévention de la radicalisation sont consacrés à la prévention secondaire, donc au repérage et à la prise en charge des individus extrémistes, c'est-à-dire ceux qui acceptent l'idée que la violence pourrait leur permettre de défendre leur idéologie mais n'y ont néanmoins pas encore eu recours (1). Les travaux de recherche réalisés laissent donc de côté la prévention primaire (prévention du radicalisme) et la prévention tertiaire (prévention de la récidive chez les terroristes).

Or, bien que des processus très similaires puissent sous-tendre ces diverses formes de radicalisation, les profils individuels des personnes radicalisées sont hétérogènes et il apparaît très difficile de prédire avec précision le recours à des comportements violents parmi les individus radicalisés (1). En l'absence de pattern de risques spécifiques, la détection de l'extrémisme religieux pourrait donc se révéler contre-productive et stigmatisante en augmentant l'ostracisme et la discrimination à l'égard des populations ciblées (ici, les musulmans), pouvant ainsi aboutir à la survenue de dommages collatéraux (1,53). De plus, il n'existe à ce jour aucun procédé de « déradicalisation », c'est-à-dire de traitement permettant de lutter contre l'extrémisme religieux, dont l'efficacité ait été scientifiquement démontrée (48,53).

Le fait même que l'organisation des premiers « *Etats Généraux Psy sur la Radicalisation* » (EGPR) relève d'une directive ministérielle souligne l'importance des attentes nourries par le gouvernement et par la société à l'égard d'un éventuel savoir scientifique, en particulier psychiatrique, concernant les phénomènes de radicalisation. Ces attentes ont d'ailleurs été formulées très clairement par Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, aux psychiatres et psychologues rassemblés le jeudi 8 novembre 2018 dans le cadre des EGPR. La Ministre a alors également souligné la volonté du gouvernement d'appuyer sa politique publique sur un savoir scientifique validé. Le souhait de garantir cette caution scientifique s'illustre également par le fait, comme la Ministre l'a elle-même pointé, de s'assurer que l'organisation scientifique des premiers EGPR « *soit pilotée par une université, et en l'occurrence Paris Diderot* » (45). De ces journées, la Ministre a d'ailleurs déclaré attendre « *non seulement l'identification de bonnes pratiques mais aussi de pistes de recherche, en vue de mieux appréhender le phénomène et de développer des approches pertinentes de prise en charge* » (45). A ce jour, toutefois, de telles recommandations de bonne pratique n'ont pas encore été publiées.

La création du Centre d'Etude des Radicalisations et de leurs Traitements (CERT) semble illustrer cette même volonté de développer un savoir scientifique spécifique concernant la radicalisation. Le CERT constitue l'un des centres de recherche de l'IHSS (Institut Humanités, Sciences et Sociétés) de l'Université Paris Diderot et fonctionne en partenariat avec la Fondation Maison Sciences de l'Homme (MSH). Il a pour objectif de « *développer des interfaces de connaissance et d'action entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs dans le domaine des radicalisations violentes* », et s'inscrit donc dans un fonctionnement marqué par une étroite collaboration avec les pouvoirs publics (54). Si le CERT constitue « *un espace d'échanges et de collaboration pour le montage de projets plurisiciplinaires visant la prévention et la sortie de la violence* », il s'attache également à développer la formation en matière de radicalisation, notamment celle des professionnels de santé, comme en témoigne la création du Diplôme Universitaire « *Radicalisation et terrorisme* », ouvert depuis l'année universitaire 2018-2019 (54).

La volonté des pouvoirs publics de bénéficier des apports directs d'un savoir scientifique validé concernant la radicalisation se traduit également, début avril 2019, par l'installation du Comité Scientifique de Prévention de la Radicalisation (COSPRAD). Comme le précise le communiqué de presse établi pour l'occasion, « *En pleine cohérence avec le Plan national de prévention de la radicalisation présenté par le Premier ministre en février 2018, le COSPRAD a pour objet de faciliter les interactions entre les administrations publiques et les chercheurs en sciences humaines et sociales, de proposer des axes de recherche prioritaires sur les questions de radicalisation, de diffuser les bonnes pratiques, de favoriser la réflexion sur l'accès aux données à caractère sensible en matière de radicalisation, de*

contribuer à la valorisation des résultats de la recherche en sciences humaines et sociales et à leur réutilisation au bénéfice des politiques publiques » (12). Le Plan National de Prévention de la Radicalisation « *Prévenir pour protéger* », dévoilé en 2018, prévoyait en effet le développement de la recherche appliquée sur les évolutions du processus de radicalisation (figure 2).

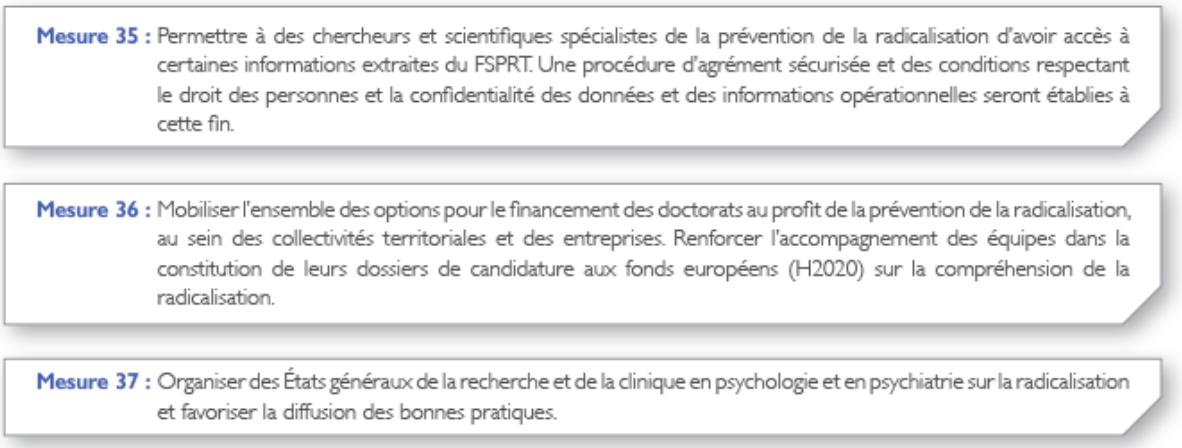

Figure 2 : Mesures de développement de la recherche appliquée sur les évolutions du processus de radicalisation – Plan National de Prévention de la Radicalisation (43)

Par ailleurs, le 2 avril 2019, Mme Frédérique Vidal, Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, annonce le financement annuel de 5 contrats doctoraux fléchés sur les problématiques de radicalisation « *afin d'augmenter la capacité de recherche française sur ces questions* » (12). Le même jour, Laurent Nuñez, Secrétaire d'État auprès du Ministre de l'Intérieur, annonce quant à lui, conformément à ce que prévoyait la mesure 35 du Plan National de Prévention de la Radicalisation (figure 2), « *l'ouverture à la recherche scientifique du Fichier des Signalements pour la Prévention et la Radicalisation à caractère Terroriste (FSPRT).* […] *Grâce à ce dispositif, ce sont plus de 11 000 fiches qui seront rendues accessibles à une équipe de chercheurs accrédités avec un véritable niveau d'informations qualitatives et utiles à la compréhension des phénomènes de radicalisation* ».

Des initiatives visant le développement d'un savoir scientifique spécifique concernant la radicalisation ont également vu le jour au niveau européen. C'est le cas notamment du réseau RAN (Radicalisation Awareness Network), créé en 2011 à l'initiative de la Commission Européenne. Ce réseau rassemble des praticiens européens et regroupe à ce jour 5000 membres, répartis en neuf groupes de travail (« Communication et discours », « Éducation », « EXIT », « Jeunes, familles et communautés », « Autorités locales », « Prison et probation », « Police et application de la loi », « Mémoire des victimes du terrorisme », « Santé et aide sociale »)(3).

Le réseau RAN possède un Centre d'Excellence, dont l'objectif est de mettre en lien les équipes de travail mais également de permettre le développement et la diffusion des connaissances en matière de radicalisation (38). Le réseau élabore par ailleurs un recueil, accessible en ligne[1], destiné à fournir des ressources documentaires concernant huit approches de prévention et de lutte contre la radicalisation conduisant à l'extrémisme violent, parmi lesquelles l'élaboration de discours alternatifs, les stratégies de désengagement ou encore le soutien à la famille. Ces outils documentaires sont destinés non seulement aux praticiens, mais également aux responsables politiques. En effet, le réseau RAN assure également une mission de conseil stratégique « *répondant aux besoins des responsables politiques et des autorités nationales* » (38).

Evolution des dispositions législatives spécifiques aux cas de radicalisation dite « islamiste »

Injonction de soins

Créée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, l'injonction de soins est une mesure pouvant être prononcée par un juge dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire (56). Elle implique la désignation d'un médecin-coordonnateur, situé à l'interface entre les autorités judiciaires et les professionnels de santé en charge de l'individu concerné (57). Ce médecin coordonnateur « *garantit le cadre thérapeutique et le respect du secret professionnel par le médecin traitant et le psychologue traitant, évalue l'évolution du sujet tout au long de la prise en charge médico-psychologique et psychiatrique et conseille le médecin traitant ou le psychologue traitant si ceux-ci lui en font la demande* » (57).

Initialement destinée exclusivement aux auteurs de violences sexuelles, le suivi socio-judiciaire a été progressivement élargi à d'autres infractions, parmi lesquelles les violences conjugales ou encore le trafic d'armes (58). Depuis la loi du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale (59), la possibilité de prononcer une injonction de soins a été étendue aux auteurs d'actes terroristes (60). Conformément aux dispositions de l'article 706-47-1 du Code de Procédure Pénale, pour qu'une injonction de soins puisse être prononcée dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire, il est néanmoins indispensable qu'une expertise médicale ait été réalisée au préalable (61). Cette expertise peut être ordonnée par le Procureur de la République dès l'enquête (61). L'expert, en complément de sa mission générale d'évaluation, est alors interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins (61).

[1] https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/ran-best-practices_en

Comme le précise le Guide de l'Injonction de Soins publié par le Ministère de Solidarités et de la Santé, « *Les personnes soumises à injonction de soins représentent une population qui doit être prise en charge par le dispositif de soins psychiatriques de la même manière que tout patient. […] Les objectifs du suivi sont à envisager entre le thérapeute et son patient, en fonction de l'évaluation clinique, des capacités du patient, de la formation du thérapeute. […] Les soins reposent avant tout sur un système de type ambulatoire avec un thérapeute expérimenté. Les ouvrages spécialisés recommandent cependant d'étoffer la prise en charge en y associant plusieurs soignants, particulièrement avec les patients difficiles. L'indication de coupler différentes techniques de soins est à discuter, en fonction des moyens locaux à disposition (ex : entretien individuels et thérapie de groupe, entretien individuel et approches avec support de médiation différent). L'hospitalisation en service de psychiatrie de secteur classique ne se discute, en principe, qu'à l'occasion d'une décompensation psychiatrique manifeste (trouble psychotique, trouble thymique, crise suicidaire par exemple) et non pour la prise en charge focalisée du trouble comportemental (agression) ou du fonctionnement psychique le sous-tendant (traits de personnalité, paraphilie)* » (57).

Conformément aux dispositions prévues par l'article 763-5 du Code de Procédure Pénale, en cas de violation de l'injonction de soins, le juge de l'application des peines « *peut, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, ordonner, par décision motivée, la mise à exécution de l'emprisonnement prononcé par la juridiction de jugement* » (62). Il peut également révoquer une mesure d'aménagement de peine (sursis, liberté conditionnelle), procéder au retrait des réductions de peine d'un condamné placé sous surveillance judiciaire (donc le réincarcérer) ou encore demander le placement provisoire de la personne dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté (57).

Mise en péril du secret médical : les réactions des médecins français

Position du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Si, comme nous l'avons vu plus haut, les sollicitations formulées par les pouvoirs publics à l'égard des psychiatres concernant les problématiques de radicalisation ne cessent de se multiplier depuis plusieurs années, elles soulèvent de manière quasi-systématique la question du secret médical. En 2015, déjà, interrogé à ce sujet par plusieurs médecins, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publie une note concernant la prévention de la radicalisation. Dans ce document, s'appuyant sur le kit de formation du Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance sur la prévention de la Radicalisation (CIPDR), le CNOM rappelle que « *Le processus de radicalisation ne peut être*

caractérisé que s'il repose sur un faisceau d'indicateurs. Les seuls indicateurs ayant trait à l'apparence physique ou vestimentaire ne sauraient caractériser un basculement dans la radicalisation. Chaque acteur doit donc faire preuve de discernement dans l'analyse des situations. Un seul indice ne suffit pas pour caractériser l'existence d'un risque de radicalisation et tous les indices n'ont pas la même valeur. C'est la combinaison de plusieurs indices qui permet le diagnostic. Cette approche en termes de faisceau d'indices permet d'insister sur le fait qu'aucune attitude, aucun fait, ni contenu doctrinal ne peut être à lui seul révélateur d'un processus de radicalisation. Un faisceau d'indices permet un diagnostic de la situation, il ne peut être interprété comme signe prédictif de l'évolution du processus » (63).

Dans un rapport adopté lors de la session de janvier 2017, le CNOM s'intéresse aux liens entre risque terroriste et secret professionnel du médecin, et précise en introduction les circonstances qui ont conduit à la publication de ce rapport : « *Devant les phénomènes de radicalisation, notamment du fait de l'expression violente de celle-ci pouvant aller jusqu'à des actes criminels, l'Etat, le corps médical et la société s'interrogent sur l'opportunité de nouvelles dispositions destinées à permettre de déroger à l'obligation de secret professionnel, notamment de la part des médecins, en cas de danger possible, probable ou imminent* » (64). Le CNOM distingue ensuite quatre situations concrètes :

- Le médecin qui reçoit les confidences d'un tiers ;
- Le médecin confronté à un patient mineur en voie de radicalisation ou radicalisé ;
- Le médecin confronté à un patient majeur en voie de radicalisation ou radicalisé ET avec la notion d'un danger imminent ;
- Les renseignements demandés au médecin par les autorités publiques.

Pour chacune de ces situations, un certain nombre de dispositions sont d'ores et déjà prévues par la loi française. En effet, s'agissant d'un mineur, l'article L. 226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) prévoit que : « *Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant* » (65). Dans le cas d'un mineur radicalisé ou en voie de radicalisation, le médecin se trouve

donc face à un jeune dont la situation peut « *laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être* », conformément aux dispositions prévues par l'article R. 226-2-2 du CASF, qui définit l'information préoccupante (65). Le médecin a donc la possibilité de transmettre les informations strictement nécessaires concernant le mineur à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département afin que celle-ci procède à une évaluation de la situation du mineur. Comme le rappelle le CNOM, « *avant toute transmission d'informations à la CRIP »,* le médecin doit toutefois *« informer les titulaires de l'autorité parentale »* de sa démarche*, « sauf si cela lui paraît contraire à l'intérêt du mineur* » (64).

Par ailleurs, lorsqu'il fait face à un patient majeur radicalisé ou en voie de radicalisation, le médecin peut s'appuyer sur l'article 223-6 du Code Pénal, dont le premier alinéa dispose que « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende* » (66). Le médecin peut également s'appuyer sur l'article 226-14 du Code Pénal, dont le troisième alinéa prévoit que le secret professionnel n'est pas applicable « *Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une* » (67).

Enfin, dans le cas où le médecin se voit demander des renseignements par les autorités publiques, le CNOM rappelle qu'« *en l'absence de dérogation au secret prévue par un texte de loi, le médecin n'est pas autorisé à révéler aux autorités administratives ou judiciaires des informations sur ce qu'il a connu dans son exercice ou à l'occasion de celui-ci. Les médecins ne peuvent s'exonérer eux-mêmes de leur obligation au secret professionnel, qui leur est imposée par la loi et le code de déontologie médicale. Lorsque le médecin se voit ordonner, sur réquisition judiciaire, de communiquer des documents ou renseignements couverts par le secret, il ne peut que refuser de donner son accord à la remise des documents ou renseignements demandés. Ce refus ne peut être sanctionné par une amende. Face à ce refus, il appartiendra à l'autorité judiciaire de décider si d'autres mesures d'investigation sont nécessaires (saisie des documents, perquisition…)* » (64).

Si le Conseil National de l'Ordre des Médecins estime que ces dérogations au secret professionnel, déjà prévues par la loi, « *peuvent être regardées comme suffisantes pour couvrir l'ensemble des situations auxquelles les médecins sont susceptibles de se trouver confrontés au regard du risque de*

passage à l'acte terroriste sous tout type de forme », il s'inquiète de l'éventuelle création « *de nouvelles dérogations au sujet desquelles on ne peut mesurer les possibles dérives ultérieures* » (64).

De fait, une proposition de loi, déposée à l'Assemblée Nationale le 3 octobre 2017 et renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du règlement de l'Assemblée Nationale, proposait de porter « *adaptation du secret professionnel aux évolutions de la radicalisation pour les professions médicales, sociales et éducatives* » (68). Ce texte entendait modifier comme suit le troisième alinéa de l'article 226-14 du Code Pénal, évoqué plus haut : *« Aux médecins, aux professionnels de la santé ou de l'action sociale, aux enseignants ou au personnel éducatif qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent, ou de l'appréciation, selon la méthode du faisceau d'indices, d'une radicalisation en cours chez un de leur patient, ou dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une »* (68).

Fichier HOPSYWEB : la levée de boucliers des psychiatres français

Comme nous l'avons vu plus haut, la mesure 39 du Plan National de Prévention de la Radicalisation (PNPR), intitulé : « *Prévenir pour protéger* » (43) présenté en 2018 est relative au décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement (44), dit décret HOPSYWEB. Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH), qui a déposé un recours pour excès de pouvoir auprès du Conseil d'Etat en octobre 2018 afin de faire annuler ce décret, estime qu'il « *porte une atteinte aussi grave qu'inutile à la vie privée des personnes recevant ou ayant reçu des soins psychiatriques sans consentement* » (69).

Ce décret s'inscrit dans la continuité de l'arrêté du 19 avril 1994 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux et au secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, qui ouvrait la possibilité de créer « *dans chaque direction départementale des affaires sanitaires et sociales, un traitement automatisé d'informations nominatives dénommé Hopsy dont l'objet est le suivi des personnes hospitalisées sans consentement, en raison de troubles mentaux, et le secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques prévues à l'article L. 332-3 du code de la santé publique* », et précisait que le patient concerné ne pouvait s'opposer à la récupération des données le concernant, qui devaient être conservées jusqu'à la fin de l'année civile de l'admission en établissement hospitalier (70).

Le SPH dénonce pourtant un double discours des pouvoirs publics concernant la justification de ce décret. En effet, dans une réponse à la question écrite n°9155, publiée au Journal Officiel le 17 juillet 2018, le ministère des Solidarités et de la Santé avançait une justification administrative à la mise en place de ce décret : « *HOPSYWEB ne peut être défini comme un fichier dans la mesure où sa finalité, comme le rappelle l'article 1 du décret, est d'assurer le suivi, par les agences régionales de santé, des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, et, plus précisément, de faciliter la gestion administrative des mesures de soins sans consentement, qui associent des acteurs multiples (justice, intérieur, établissements de soins…)* » (71). Le décret serait donc motivé uniquement par la nécessité d'assurer un suivi, à des fins de gestion administrative, des personnes ayant reçu des soins sans consentement.

Cette justification est pourtant contredite par la base légale même du décret, qui se dit fondé sur la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dont l'article 26 dispose que : « *Sont autorisés par arrêté du ou des ministres compétents, pris après avis motivé et publié de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les traitements de données à caractère personnel mis en œuvre pour le compte de l'Etat et :*

> *1° Qui intéressent la sûreté de l'Etat, la défense ou la sécurité publique ;*
>
> *2° Ou qui ont pour objet la prévention, la recherche, la constatation ou la poursuite des infractions pénales ou l'exécution des condamnations pénales ou des mesures de sûreté* » (72).

Ces éléments révèlent une justification sécuritaire, et non administrative, à la mise en place de ce décret. De plus, comme nous l'avons vu, le fichier HOPSYWEB constitue le substrat de la mesure 39 du Plan National de Prévention de la Radicalisation « *Prévenir pour Protéger* », ce qui renforce encore la justification sécuritaire du décret concernant la mise en place de ce système qui, comme l'explique le SPH, tend à favoriser la stigmatisation des personnes hospitalisées en soins psychiatriques sans consentement et porte atteinte à leur droit au respect de leur vie privée (69). LE SPH avance également que le traitement des données n'est pas *« adéquat, pertinent et proportionné à sa finalité* », que la durée de conservation des données (pouvant être portée à quatre ans) est *« excessive* » et que le champ des personnes ayant accès à ces données est *« excessivement large* » (69). La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), quant à elle, a également émis des réserves concernant cette durée de conservation des données (73).

Enfin, selon le SPH, le fichier HOPSYWEB entraîne « *une violation du secret médical et porte atteinte au statut des praticiens hospitali*ers » qui « *ont en effet juré, en prêtant le serment d'Hippocrate, de taire les secrets qui leur seront confiés et se sont engagés dans cette profession en considération*

notamment de son cadre déontologique » (69). L'article 2 du décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 dispose en effet que les données qui feront l'objet des traitements HOPSYWEB regroupent :

> *1° Les données d'identification de la personne en soins psychiatriques sans consentement : nom, prénoms, domicile, sexe, date et lieu de naissance ;*
>
> *2° Les données d'identification des médecins, auteurs des certificats médicaux ou des rapports d'expertise prévus par le code de la santé publique : nom, prénoms, adresse, courriel et numéro de téléphone ;*
>
> *3° Le cas échéant, les données transmises par les autorités judiciaires concernant les personnes ayant fait l'objet d'un classement sans suite ou d'une décision d'irresponsabilité pénale pour des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens ;*
>
> *4° Les informations sur la situation administrative ou juridique des personnes en soins psychiatriques sans consentement : adresse de l'établissement de santé d'accueil, nom, prénoms, numéro de téléphone, courriel de la personne référente dans cet établissement, existence d'une mesure de protection juridique, date des certificats médicaux, date des expertises le cas échéant, date des arrêtés du représentant de l'Etat dans le département, date des sorties de courte durée, arrêté de passage en programme de soins et levée de la mesure, date de saisine du juge des libertés et de la détention, date d'audience et date des décisions ou arrêts des juridictions ;*
>
> *5° Les adresses électroniques des professionnels intervenant dans le suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement et énumérés à l'article 5 ;*
>
> *6° Les données d'identification des avocats représentant la personne en soins psychiatriques sans consentement : nom, prénoms, raison sociale, adresse, et numéro de téléphone ;*
>
> *7° Les données d'identification de la personne chargée de la protection juridique de la personne en soins psychiatrique sans consentement : nom, prénoms, adresse, courriel et numéro de téléphone* » (44).

Bien que le Conseil d'Etat n'ait, lors de la rédaction de ce mémoire, pas encore formulé de réponse à ce recours du SPH, il est à noter que l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) a à son tour déposé un mémoire en intervention volontaire auprès du Conseil d'État le 25 mars 2019 en soutien du recours du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux contre le décret HOPSYWEB (74). Des interventions volontaires ont également été déposées par la Fédération Française de Psychiatre (FFP), l'Union nationale de familles et amis des personnes malades et/ou handicapées

psychiques (UNAFAM), l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, (ASPMP) et l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP). Le CNOM et le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA) ont également déposé des recours.

Par ailleurs, de manière assez étonnante, alors même que, dans un mémoire rédigé en réponse au recours du SPH, le Ministère de la Santé a indiqué qu'il considérait que le lien entre prévention de la radicalisation et soins sans consentement n'est pas prouvé par les requérants, le gouvernement a adopté un nouveau décret. Le décret n°2019-412 du 6 mai 2019 (75) modifie ainsi le décret n°2018-383 du 23 mai 2018 et prévoit cette fois la mise en relation des données d'HOPSYWEB avec le fichier FSPRT (Fichier des Signalements pour la Prévention et la Radicalisation à caractère Terroriste) (76). Dès le 10 mai 2019, le CNOM a indiqué grâce à un communiqué de presse qu'il *« examine les voies juridiques d'un recours au Conseil d'Etat* » concernant ce nouveau décret (77).

Position des psychiatres anglais

En Grande-Bretagne, le Royal College of Psychiatrists a exposé le point de vue des psychiatres anglais concernant leur rôle éventuel en matière de radicalisation au travers de deux rapports consécutifs datant respectivement de septembre 2016 (78) et de novembre 2017 (53).

Dans le premier de ces deux rapports (78), le Royal College of Psychiatrists souligne le fait que bien qu'il puisse être nécessaire, dans certaines situations et avec ou sans le consentement du patient, de briser le secret médical dans l'intérêt du plus grand nombre, il n'en reste pas moins que le fait d'impliquer des psychiatres dans la prise en charge des individus radicalisés pourrait contribuer à l'émergence d'une défiance à l'égard de ces professionnels de santé, et ainsi pousser des personnes qui en auraient pourtant besoin à fuir les soins proposés. Il rappelle également qu'à ce jour, la radicalisation ne constitue pas une pathologie psychiatrique et que la pathologie mentale ne représente pas un facteur explicatif utile dans le cas des individus œuvrant au sein de groupes terroristes, contrairement à ce qui peut être mis en évidence chez les « loups solitaires ». Ce collège insiste par ailleurs sur le fait qu'il n'existe actuellement aucun facteur clair permettant de distinguer les terroristes du reste de la population, ni aucun outil fiable, fondé sur des preuves scientifiques, permettant de prédire le risque d'implication dans des entreprises terroristes, et ce que l'individu radicalisé présente ou non un trouble psychiatrique constitué. Il exhorte également les psychiatres anglais à la prudence, expliquant que, placés sous pression dans un milieu hermétique et sécuritaire, ils risqueraient d'être amenés à repousser les limites de leur exercice professionnel. Enfin, formulant

quelques recommandations, le Royal College of Psychiatrists souligne la nécessité d'élaborer plus de travaux de recherche sur le thème de la radicalisation et de les rendre accessibles au public, ainsi que de renforcer l'accès aux soins en santé mentale, en particulier pour les adolescents et les jeunes adultes.

Dans son second rapport (53), le Royal College of Psychiatrists revient plus longuement sur les principaux aspects éthiques liés à la question de l'implication éventuelle des psychiatres dans la prise en charge médicale des individus radicalisés. Il revient ainsi sur la question du secret médical, mettant l'accent sur la nécessité de préserver, autant que faire se peut, la relation thérapeutique établie avec les patients et leur famille. Le collège rappelle également que la maladie mentale n'est pas une condition préalable au terrorisme, et que toute personne accusée d'un crime grave est susceptible de présenter des difficultés psychologiques, incitant ainsi à ne perdre de vue la distinction entre le normal et le pathologique. Il incite les psychiatres à dispenser les soins psychiatriques nécessaires à ceux qui souffrent d'un trouble avéré, en s'appuyant sur l'état actuel des connaissances scientifiques. Le Royal College of Psychiatrists insiste également sur le risque de stigmatisation non seulement de certaines communautés mais également des malades mentaux. Enfin, le collège souligne l'existence d'un risque important, pour les médecins psychiatres, de subir des pressions, notamment de la part des autorités judiciaires, visant à leur faire dépasser le cadre de leurs compétences et de leurs devoirs professionnels, et rappelle donc combien il est important que ces médecins agissent en accord avec leurs codes éthiques et déontologiques et prêtent attention aux condition d'évaluation (contentions, présence d'autres agents, etc…) qui sont susceptibles de modifier l'état psychique du patient et l'évaluation médicale du psychiatre.

Chapitre 4 : Problématique et hypothèses de recherche

Problématique

Dans un premier travail de recherche, réalisé au cours de l'année 2017-2018 (79), nous avions tenté d'identifier les raisons qui sont susceptibles d'expliquer que les pouvoirs publics fassent appel à la psychiatrie dans la prise en charge médicale des auteurs d'attentats terroristes dits islamistes, et conclu à la nécessité de poursuivre nos recherches afin d'évaluer quelle peut être la place de la psychiatrie dans la prise en charge médicale des auteurs d'attentats terroristes dits islamistes.

Néanmoins, il nous est apparu que nous ne disposons que de très peu d'éléments scientifiques concernant ces auteurs d'attentat, pour la plupart décédés dans les suites des attaques qu'ils ont perpétrées. Nous avons donc fait le choix, à la lumière des éléments de contextualisation exposés ci-dessus, d'examiner les processus susceptibles de mener à ces attaques, et nous proposons donc désormais d'explorer la question de recherche suivante :

Comment les médecins psychiatres exerçant sur le territoire français se représentent-ils leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés » ?

Bien qu'elle constitue un objet d'étude en sciences humaines depuis le XIXème siècle, la notion de représentation a été réintroduite dans le champ de la recherche par Serge Moscovici, psychologue social et historien des sciences, au début des années 1960 (80). Comme l'explique Pierre Mannoni, maître de conférences en psychologie, « *Les représentations mentales apparaissent comme des entités de nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers extérieur à ce système. Il ne s'agit évidemment pas de reproductions de l'objet, mais de la production d'une image que le sujet élabore en utilisant ses facultés cognitives* » (81). Ce concept transdisciplinaire permet, comme le précise Serge Moscovici, « *d'étudier les comportements et les rapports sociaux sans les déformer ni les simplifier* » (82). Enfin, pour Jean Clénet, Professeur des Universités en sciences de l'éducation, « *La représentation construite par une personne (ou un collectif) est son lien, son rapport le plus intime avec l'organisation et l'environnement dans lequel elle se situe* » (83). Le concept de représentation permet donc d'aborder « *les aspects cognitifs et sociaux de :*

- *La relation entre l'individu et le monde (hommes et objets) ;*
- *La relation entre l'individu et l'action (la sienne et celle des autres) ;*
- *La relation de l'individu avec lui-même* » (84).

Hypothèses de recherche

- Les psychiatres n'ont pas tous la même représentation de la notion de radicalisation ;
- La manière dont les psychiatres se représentent la notion de radicalisation influe sur la façon dont ils se représentent leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés » ;
- Ces représentations sont influencées par l'âge du psychiatre et son expérience pratique dans la prise en charge d'individus dit « radicalisés », mais également par sa participation à des activités d'expertise psychiatrique dans le domaine pénal.

Deuxième partie : Méthodologie

Chapitre 1 : Conception du protocole de recherche

Afin de répondre à notre problématique, nous avons élaboré un protocole de recherche basé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de médecins psychiatres exerçant sur le territoire français. Les objectifs de cette étude qualitative étaient les suivants :

- **Objectif principal** : explorer de quelle manière les médecins psychiatres se représentent la notion de radicalisation ainsi que leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés » ;
- **Objectif secondaire** : explorer comment les psychiatres délimitent le champ de leur compétence et de leur activité professionnelle.

Notre problématique de recherche a été définie lors d'une entrevue organisée fin août 2018 entre l'investigatrice principale et les deux co-directrices de mémoire. L'élaboration de l'ensemble de ce projet, du choix de la question de recherche à la discussion, résulte d'un travail commun organisé sur la base des propositions de l'investigatrice principale, propositions constamment enrichies par les apports critiques des deux co-directrices dans un mouvement de va-et-vient permanent de l'investigatrice entre ses deux encadrantes.

Le principal outil mobilisé lors de ce travail d'élaboration et de construction du projet de recherche correspond au journal de bord tenu par l'investigatrice principale, matérialisé sous la forme d'un carnet. Ce journal avait pour vocation, comme l'explique Mucchielli, de permettre au chercheur de rassembler des informations « *à propos de lui-même, ses pensées, ses réflexions, ses réactions, la qualité des rapports lors de ses premiers contacts avec le/les sites de recherche ainsi qu'avec les personnes impliquées. On y retrouve aussi des notes qui ont trait à la dimension méthodologique* » (85)(p. 130). Dans ce journal, l'investigatrice a donc consigné des éléments tels que des notes de lecture, des références bibliographiques ou des questionnements méthodologiques, mais également les interrogations qui ont pu être les siennes au cours du travail de recherche et les remarques des deux co-directrices de mémoire. L'investigatrice a également rassemblé dans ce journal de bord les questions qui ont émergé au fur et à mesure de son travail de recherche, ainsi que les impressions et interrogations qui ont été les siennes lors de la rencontre avec chacun des participants, du déroulé de l'entretien puis de l'analyse des données. Enfin, le journal de bord a permis à l'investigatrice de colliger

l'ensemble des notes prises lors des Etats Généraux Psy sur la Radicalisation, qu'il s'agisse de la retranscription de données épidémiologiques, de références bibliographiques ou encore de réflexions personnelles du chercheur.

Pourtant, comme le précise Christophe Lejeune, « *Tenir un carnet de terrain ou un journal de bord aide le chercheur à se souvenir de ses observations. Mais rédiger ne procède pas seulement du transfert d'un esprit au carnet. En consignant ses impressions ou ses étonnements, le chercheur prend conscience de ses attentes et de ses préjugés. Écrire nourrit une posture réflexive. La prise de notes permet au chercheur d'initier un dialogue, ne fût-ce qu'avec lui-même* » (86). Le journal de bord permet donc au chercheur non seulement de se souvenir du déroulé de la recherche, mais également « *d'établir un dialogue entre les données et le chercheur, à la fois comme observateur et comme analyste, de se regarder soi-même comme un autre* » (87). Comme le précise Colette Baribeau, professeure en sciences de l'éducation, dans la mesure où le journal de bord « *permet de voir et d'apprécier les liens entre les données colligées et les analyses effectuées, il assure la validité interne du processus de recherche. Il en assure aussi la validité externe puisqu'on y retrouve les traces de la subjectivité du chercheur, de ses préférences, de ses valeurs, de ses choix et de ses interprétations* » (87).

Par ailleurs, si, comme nous l'avons vu, les sollicitations formulées par les pouvoirs publics à l'égard des psychiatres concernant les problématiques de radicalisation n'ont cessé de se multiplier ces dernières années, seule une minorité des médecins psychiatres exerçant en France a, jusqu'à présent, été amenée à effectuer un entretien psychiatrique auprès d'individus dits « radicalisés ». Il nous est donc apparu nécessaire, pour explorer de quelle manière les médecins psychiatres se représentent la notion de radicalisation ainsi que leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés », de pouvoir mettre les psychiatres interrogés en situation. Pour ce faire, nous avons choisi de recourir à une trame d'entretien fondée sur des cas cliniques.

Pour construire la grille d'entretien et élaborer des cas cliniques crédibles, nous avons fait le choix de procéder à un travail préparatoire de nature qualitative portant sur un corpus d'interventions issu des premiers Etats Généraux Psy sur la Radicalisation.

Notre travail de recherche s'est donc construit en deux temps :

- Premièrement, un travail préparatoire fondé sur l'analyse qualitative thématique d'un corpus de présentations et d'allocutions effectuées lors des EGPR ;
- Deuxièmement, des entretiens semi-directifs menés grâce à des vignettes cliniques et une grille d'entretien construites à partir des données issues du travail préparatoire.

Chapitre 2 : Apport des Etats Généraux Psy sur la Radicalisation

Comme nous l'avons vu, l'une des mesures du Plan National de Prévention de la Radicalisation « *Prévenir pour protéger* », présenté en février 2018, prévoyait d'« *Organiser des États généraux de la recherche et de la clinique en psychologie et en psychiatrie sur la radicalisation et favoriser la diffusion des bonnes pratiques* ». Ces premiers Etats Généraux Psy sur la Radicalisation (EGPR), dont le programme complet est présenté en **annexe 2**, se sont tenus à Paris du 7 au 10 novembre 2018, et ont rassemblé 90 intervenants.

Afin d'effectuer le travail préparatoire nécessaire à la construction de la grille d'entretien utilisée lors des entretiens semi-dirigés de notre étude qualitative exploratoire, nous avons choisi d'assister à l'intégralité de ces premiers EGPR, dont la Ministre des Solidarités et de la Santé a déclaré attendre « *l'identification de bonnes pratiques mais aussi de pistes de recherche, en vue de mieux appréhender le phénomène et de développer des approches pertinentes de prise en charge* » (45). Bien qu'à ce jour, de telles recommandations de bonne pratique n'aient pas encore été publiées, il nous est apparu que les informations communiquées lors de ces journées pourraient nous permettre d'identifier les thèmes attendus en lien avec notre question de recherche, et ainsi de construire une grille d'entretien adaptée à l'étude qualitative exploratoire que nous souhaitions mettre en place.

Choix du corpus d'interventions

Avec l'accord exprès et écrit des organisateurs des EGPR, nous avons donc enregistré l'intégralité des interventions des 90 orateurs ayant pris la parole lors de ces journées. Parmi ces 90 interventions, nous en avons ensuite sélectionné 13, qui nous ont semblé être les plus en lien avec notre problématique de recherche. La liste de ces 13 interventions ainsi que les adresses URL sur lesquelles elles peuvent être visionnées figurent en **annexe 3** de ce travail.

Ces 13 interventions, qui ont été intégralement retranscrites, sont celles de médecins psychiatres et pédopsychiatres, de psychologues cliniciens, de la Procureure adjointe au parquet de Paris, de la Ministre des Solidarités et de la Santé ou encore du vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins. La diversité de ces orateurs illustre le choix que nous avons fait de recueillir des points de vue aussi variés que possible sur la question qui nous intéresse et de croiser les regards de professionnels issus d'horizons différents (santé mentale, justice, syndicats de praticiens, etc…).

Méthode d'analyse qualitative

Pour analyser les 13 interventions sélectionnées, nous avons choisi de recourir à une méthode d'analyse thématique. Comme l'expliquent Paillé et Mucchielli (88), l'analyse thématique consiste à analyser un corpus en y recherchant des thèmes qui visent à identifier ce dont il est question, au regard de la question de recherche, dans le corpus choisi. L'analyse thématique consiste donc « *à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus* » (88).

L'analyse thématique se construit en deux temps. Le premier temps, qui a une fonction de repérage, consiste à repérer et relever l'ensemble des thèmes pertinents au sein du corpus analysé. Le deuxième temps, quant à lui, remplit une fonction de documentation, et consiste à assembler les éléments recueillis afin de repérer les divergences et recoupements entre les thèmes et de « *construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène à l'étude vont se matérialiser dans un schéma (l'arbre thématique)* » (88).

Pour aboutir à la construction de cet arbre thématique, il est possible de recourir soit à une thématisation continue, soit à une thématisation séquenciée (88). Nous avons choisi d'utiliser la thématisation continue, qui consiste à attribuer des thèmes de manière ininterrompue au fur et à mesure de l'exploration du corpus, et à construire progressivement en parallèle l'arbre thématique. Les thèmes repérés au sein du matériau analysé ont donc été notés, regroupés et fusionnés au fur et à mesure de la lecture, puis finalement « *hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires, divergents, etc*. » (88).

Enfin, comme le rappellent Paillé et Mucchielli, « *L'analyse thématique n'a pour fonction essentielle ni d'interpréter […], ni de théoriser […], ni de dégager l'essence d'une expérience. […] Elle est d'abord et avant tout une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus* » (88).

D'un point de vue pratique, notre analyse thématique a été réalisée manuellement sur le logiciel NVivo 12. NVivo est un logiciel dédié à l'analyse qualitative manuelle et/ou semi-automatique qui, comme l'indique sa page internet de présentation, permet « *d'organiser, analyser et trouver du contenu perspicace parmi des données non structurées ou qualitatives telles que des interviews, des réponses libres obtenues dans le cadre d'un sondage, des articles, des médias sociaux et des pages Web* » (89). L'analyse thématique a été réalisée grâce à l'utilisation des « Nœuds ». Chaque nœud correspond à un sous-thème, un thème ou un méta-thème. Après avoir créé et nommé un nouveau nœud, le chercheur a la possibilité d'y déposer les portions de texte qu'il souhaite relier à ce thème.

Les nœuds peuvent ensuite être réagencés, regroupés, fusionnés ou séparés. Un double clic sur le nœud choisi permet ensuite de visualiser l'ensemble des fragments de texte qui y ont été rattachés.

Par ailleurs, une fois l'analyse thématique terminée, nous avons utilisé la fonction « Graphique de l'encodage d'un document » afin de visualiser le taux de couverture par nœud pour chacune des interventions analysées. Le taux de couverture correspond au pourcentage des caractères d'un document couvert par un nœud donné. Grâce à cette fonction, nous avons donc pu déterminer le thème dominant pour chacune des interventions du corpus, le thème dominant étant défini comme le nœud possédant le taux de couverture le plus important. Ces thèmes dominants ont ensuite été intégrés à la construction des cas cliniques et de la grille d'entretien utilisés lors des entretiens semi-directifs. Ce processus de construction est détaillé plus loin (cf. « *Utilisation des résultats pour la construction de la grille d'entretien* », p. 60).

Résultats

Comme nous l'avons expliqué plus haut, afin d'effectuer le travail préparatoire nécessaire à la construction et à l'analyse de la grille d'entretien utilisée lors des entretiens semi-dirigés de notre étude qualitative exploratoire, nous avons choisi de procéder à l'analyse qualitative thématique d'un corpus de 13 interventions issues des premiers Etats Généraux Psy sur la Radicalisation, qui se sont tenus à Paris en novembre 2018.

La liste de ces 13 interventions ainsi que les adresses URL sur lesquelles elles peuvent être visionnées figurent en **annexe 3** de ce travail. Le **tableau 1** présente, pour chacune des interventions analysées, le titre, les fonctions de l'orateur ainsi que le thème dominant de l'intervention, identifiés grâce à une analyse thématique. La **figure 3**, quant à elle, représente l'arbre thématique issu de l'analyse thématique menée sur ce corpus.

Représentations de la radicalisation

Une notion complexe

Au sein du corpus d'interventions analysées, la notion de radicalisation était présentée comme une notion complexe. Le terme de radicalisation apparaissait en effet assez mal défini :

> *« Qu'est-ce qu'ils appellent radicalisation ? Et bien le vocable est suffisamment vague pour qu'on puisse y mettre tout ce qu'on veut »* (intervention n°11).

Pour les intervenants dont nous avons analysé le discours, la radicalisation constitue un processus. Par ailleurs, Mme Véronique Degermann (intervention n°13), Procureure adjointe au Parquet de Paris, a souligné que ce terme de « radicalisation » regroupe en réalité, sur le plan judiciaire, des actes très divers, tels que le recrutement pour le compte de filières djihadistes constituées, les projets d'attentats sur le territoire national ou encore la mise en œuvre effective d'attentats terroristes. Cette constatation faisait écho à un autre élément, plusieurs fois mis en avant dans les interventions analysées : toute radicalisation n'impliquerait pas nécessairement un recours à l'action violente. Il existerait donc une variabilité des actes attribués à une « radicalisation », mais d'autres éléments illustrent également la complexité de cette notion.

En effet, d'après certains des orateurs, les individus dits « radicalisés » seraient susceptibles de s'inscrire, à un même moment, dans des idéologies différentes, qui pourraient parfois sembler incompatibles voire antinomiques, ce qui tend également à souligner que toute radicalisation n'est pas nécessaire religieuse :

> *« On a tendance à considérer que vous vous radicalisez de façon violente soit avec une rhétorique d'extrême droite, soit avec une rhétorique d'extrême gauche, soit avec une rhétorique religieuse. C'est faux : nous avons, de plus en plus, une multiplication des barrières qui se combinent de façon totalement paradoxale, donc on a une certaine absurdité. Nous avons des jeunes, et je vous donnerai un exemple, qui appuient à la fois une radicalisation religieuse, une radicalisation d'extrême droite, et d'autres formes de radicalisations, donc une espèce de cocktail polysémique qui cerne l'absurde et contredit tous nos présupposés »* (intervention n°2).

De plus, pour plusieurs des orateurs dont nous avons analysé les interventions, la définition de la notion de radicalisation ne peut se concevoir que dans un contexte politique et socio-culturel donné. En effet, cette notion semble impliquer l'idée d'une contestation du pouvoir en place, et a donc longtemps été, comme nous l'avons rappelé dans la première partie de ce travail, connotée de manière positive, désignant alors des groupes (de femmes, par exemple) œuvrant pour modifier l'ordre social établi. D'autre part, comme l'a rappelé le Pr Cécile Rousseau, « *La définition de ce qui est violent varie d'une société à l'autre et certainement d'un point de vue de pouvoir à l'autre* » (intervention n°2), ce qui, là encore, tend à souligner combien la notion de radicalisation est mouvante et peu susceptible de se laisser réduire et enfermer dans une définition simpliste.

Enfin, d'après les orateurs dont nous avons analysé les interventions, aucune étiologie unique n'a pu être mise en évidence à ce jour pour expliquer l'engagement dans un processus de radicalisation, et il n'existerait pas non plus de profil-type des individus dits « radicalisés », dont le rapport à la religion, pour ce qui concerne la radicalisation dite « islamiste », serait d'ailleurs extrêmement variable.

Un sujet dicté par l'actualité

Parmi les orateurs dont nous avons analysé le discours, plusieurs ont mis en avant combien la thématique principale de ces Etats Généraux, à savoir la notion de radicalisation, était dictée par l'actualité récente. Si la notion de radicalisation est ancienne, elle semble en effet trouver un nouveau souffle depuis quelques années, notamment en France et en Europe, en raison des multiples attentats terroristes perpétrés sur le territoire national et européen. Cet ancrage dans l'actualité semble d'ailleurs expliquer que, de manière implicite, l'on ait actuellement tendance à réserver l'usage du terme « radicalisation » à ce qui n'en constitue en réalité qu'une forme parmi de nombreuses autres, à savoir la radicalisation dite islamiste. Ainsi, comme le révèle notre analyse, il a essentiellement été question, dans le corpus d'interventions que nous avons choisi de traiter, de radicalisation dite « islamiste ». Cela fait écho au choix que nous avons fait (et explicité au début de ce travail) de nous intéresser spécifiquement à cette forme de radicalisation, choix appuyé par la nette augmentation, en France, depuis quelques années, du nombre d'individus inscrits dans un processus de radicalisation dite islamiste :

> *« Le contexte général dans lequel on intervient, on en parle depuis deux jours et c'est un contexte dans lequel il s'est créé ces 3-4 dernières années une espèce de bulle, une bulle tout à fait particulière qui a été cette aimantation d'un nombre extrêmement important de jeunes et de très jeunes vers les mirages de Daesh, vers les mirages de l'Etat Islamique. […] Et c'est sans doute en ce sens que, comme vous le savez aussi, sur tous ces nouveaux radicalisés, et le nombre de radicalisés a été multiplié par 10 voire par 20 au cours de ces années, et bien il y a eu 20% de mineurs, il y a eu 30% de filles et il y a eu 35% de convertis »* (intervention n°4).

Un processus intriqué avec le processus adolescent

L'analyse du corpus choisi a également permis de mettre en évidence que, pour les orateurs dont nous avons analysé le discours, l'engagement dans un processus de radicalisation apparaît très souvent lié au processus adolescent. Ces intervenants ont proposé plusieurs éléments pour tenter d'expliquer

ce lien. Un premier élément de réponse tient à ceci que l'engagement radical pourrait répondre à la quête identitaire de l'adolescent, et lui permettre de trouver un groupe d'affiliation. La radicalisation pourrait également soutenir l'adolescent dans le processus de séparation-individuation qui caractérise ce moment de transition dans la vie du jeune, en particulier lorsqu'il exister des mécanismes d'emprise réciproque au sein de sa famille. Par ailleurs, le recours à une idéologie radicale serait susceptible de protéger l'adolescent de son questionnement sur la sexualité, ou encore de lui offrir un cadre limitant et des repères clairs et rigides. Enfin, l'engagement dans un processus de radicalisation à l'adolescence pourrait venir compenser l'existence d'une fragilité narcissique.

Peu de liens entre radicalisation et maladie mentale

Au sein du corpus d'interventions analysé, la radicalisation était présentée comme n'ayant que peu de liens avec la maladie mentale. En effet, d'après les orateurs dont nous avons analysé le discours, la radicalisation ne constituerait pas une maladie, et l'on ne retrouverait que très peu de troubles psychiatriques chez les individus dits « radicalisés ».

Un processus d'emprise psychologique

S'il n'existe que peu de liens entre radicalisation et maladie mentale, il semble toutefois que le processus de radicalisation constitue un processus d'embrigadement nourri par des mécanismes d'emprise psychologique. C'est en tout cas ce que soulignaient plusieurs des orateurs de notre panel. Selon ces intervenants, l'individu dit « radicalisé », en particulier dans le cas des adolescents, serait en réalité bien souvent la proie de recruteurs actifs qui repèreraient et embrigaderaient progressivement leurs victimes grâce, notamment, à l'utilisation d'internet et des réseaux sociaux :

> *« L'adolescent en position virtualisée n'a pas vraiment conscience des effets de sa violence et du danger de devenir une marionnette manipulée et asservie »* (intervention n°3).

Une menace

Par ailleurs, l'analyse du corpus choisi a permis de mettre en évidence que, pour les orateurs dont nous avons analysé le discours, la radicalisation constitue une menace :

> *« La radicalisation s'est affirmée en France, à l'instar d'autres pays européens et au-delà, comme une menace durable pour notre sécurité et notre cohésion sociale »* (intervention n°1).

Cette perception de la radicalisation comme une menace pesant sur la sécurité nationale trouvait d'ailleurs un écho dans le discours de certains des intervenants de notre corpus, qui soulignaient que les individus dits « radicalisés » semblent aujourd'hui incarner une nouvelle figure du monstre aux yeux de notre société :

> *« On peut même d'ailleurs dire que qu'à la fin des années 90, le délinquant sexuel était le monstre, hein, était le monstre absolu, et actuellement c'est un petit peu le radicalisé qui prend un peu sa place, même s'il y a quelquefois encore des compétitions entre les deux, malheureusement »* (intervention n°9).

Un enjeu de pouvoir

Enfin, l'un des intervenants dont nous avons analysé le discours mettait en avant que la radicalisation, justement parce qu'elle est perçue comme une menace et alimente un sentiment de peur au sein de la société, constituerait un enjeu de pouvoir :

> *« Qu'est-ce qui change, par rapport à l'histoire avant ? Tout n'est pas historique. Je m'appuierai sur Bauman, ce sociologue qui parle de modernité fluide en proposant qu'au XXème siècle le pouvoir s'exerçait par le contrôle, alors qu'au XXIème siècle, ce qui gouverne, c'est l'incertitude et la sécurité, donc la peur, qui sont utilisés pour diriger le monde »* (intervention n°2).

Demandes adressées à la psychiatrie et aux psychiatres

Demande sociétale et politique

Au sein du corpus d'interventions que nous avons analysé, plusieurs des orateurs ont souligné l'existence de demandes répétées adressées par les représentants politiques à l'intention des psychiatres et de la psychiatrie. Si certains de ces intervenants précisaient que ces demandes prennent parfois la forme d'injonctions, il paraît toutefois intéressant de noter que la Ministre des Solidarités et de la Santé, quant à elle, avançait qu'il existe également une demande sociétale à l'égard des psychiatres afin d'appuyer la demande qu'elle-même, au nom du gouvernement français, leur adressait :

> *« J'espère de tout cœur que vos échanges sont riches, qu'ils sont constructifs, qu'ils sont instructifs, car les attentes de la société française sont extrêmement importantes dans ce domaine »* (intervention n°1).

Selon les intervenants dont nous avons analysé le discours, la société et les représentants de l'autorité politique attendraient de la psychiatrie et des psychiatres non seulement qu'ils fournissent des explications permettant de rendre intelligibles le mode de fonctionnement psychique des individus dits « radicalisés » et les raisons de leur engagement dans un processus de radicalisation, mais également qu'ils construisent un savoir spécifique concernant cette thématique (cf. « *Construire un savoir spécifique sur la radicalisation* »).

Demande judiciaire

D'autre part, comme l'illustrent très bien les propos de Mme Véronique Degermann, Procureure adjoint au Parquet de Paris, les représentants de l'autorité judiciaire formulaient eux aussi une demande très claire à l'égard des psychiatres :

> *« Et je disais que nous avons besoin de vous pour mieux comprendre, bien sûr, ces phénomènes extrêmement complexes. Pour mieux comprendre, pour mieux juger, pour mieux appréhender, mais aussi pour mieux accompagner »* (intervention n°13).

Demande du patient

Au-delà des demandes adressées aux psychiatres par la société et les représentants de l'autorité politique et judiciaires, plusieurs des intervenants dont nous avons analysé le discours ont abordé la question de la demande de soins du patient. Cette question semble particulièrement problématique dans le cadre de la prise en charge psychiatrique et/ou psychologique des individus dits « radicalisés », puisque ce type de prise en charge reposerait généralement sur la demande que formule le patient lui-même :

> *« Lorsqu'un sujet dit « radicalisé » nous est orienté, a-t-il une demande ? Lorsque cela arrive, nous en sommes très heureux, mais ça reste exceptionnel, très exceptionnel. Alors comment nommer la jeune personne accueillie ou que l'on va visiter en prison, qui se voit offrir du thérapeutique alors même qu'elle ne demande rien a priori. Elle se voit offrir du thérapeutique uniquement parce qu'en parallèle,*

> *elle a d'abord eu à faire avec le sécuritaire. Cela induit d'emblée une nécessaire ambiguïté à considérer dans la façon dont s'organise la rencontre »* (intervention n°5).

Certains des intervenants de notre panel précisaient toutefois que l'engagement dans un processus de radicalisation serait susceptible de constituer en soi une demande de la part des individus dits « radicalisés » :

> *« Mais cela n'est pas vrai qu'il ne demande rien. En général, tous les sujets accueillis sont en demande, ont fait des appels à l'aide, de nombreux appels à l'aide, depuis parfois tout petit, mais dans le social »* (intervention n°5).

Enfin, les orateurs dont nous avons analysé le discours rappellaient que, lorsqu'un individu dit « radicalisé » est identifié et ne formule aucune demande de soins, le dispositif législatif français actuel permet néanmoins de lui imposer une prise en charge psychiatrique et/ou psychologique sous la forme d'une injonction de soins.

Rôle des psychiatres

Accueillir l'individu en souffrance

L'un des principaux rôles confiés aux psychiatres, comme l'évoquaient plusieurs des intervenants dont nous avons analysé le discours, consisterait à accueillir l'individu en souffrance. Or, dans l'ensemble des cas cliniques portant sur des individus dits « radicalisés » que décrivaient ces intervenants, le sujet dit « radicalisé » présentait une souffrance psychique importante qui, même si elle n'était pas toujours accessible d'emblée, finissait néanmoins par se dévoiler au fur et à mesure de la prise en charge psychothérapeutique.

Savoir

La question du savoir des psychiatres apparaissait particulièrement importante puisque, sous une forme ou sous une autre, l'ensemble des 13 intervenants dont nous avons analysé le discours l'ont évoquée.

Utiliser leur savoir clinique psychiatrique

En premier lieu, les orateurs de notre panel évoquaient le savoir clinique psychiatrique des médecins psychiatres. Selon eux, les psychiatres peuvent utiliser ce savoir, dans le cadre de la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés », pour éliminer un trouble psychiatrique constitué. Dans cette optique, la question de la frontière entre croyance et délire semblait particulièrement importante, et le psychiatre était présenté comme le mieux armé pour tenter de la dénouer en identifiant, dans le discours de l'individu dit « radicalisé », ce qui relève de ses croyances religieuses ou d'un processus délirant constitué. Certains des intervenants ont également souligné la fréquence des antécédents traumatiques chez les individus dits « radicalisés » ou encore le questionnement que soulèvent les « attentats-suicides » en termes d'intentionnalité suicidaire, et ont rappelé que les psychiatres disposent d'un savoir concernant le psychotraumatisme et la suicidalité.

Enfin, plusieurs des orateurs dont nous avons analysé les interventions ont indiqué que si la radicalisation ne semble pas constituer un trouble psychiatrique, elle s'inscrirait néanmoins dans divers processus psychopathologiques concernant lesquels, du fait de sa formation, le psychiatre possède également un savoir clinique.

Construire un savoir spécifique sur la radicalisation

Par ailleurs, neuf des treize intervenants de notre corpus ont mis en avant la nécessité, pour les psychiatres, de construire un savoir spécifique concernant la radicalisation. Selon les orateurs dont nous avons analysé le discours, ce savoir spécifique serait rendu nécessaire notamment par le fait que la radicalisation ne s'inscrit dans aucune des nosographies psychiatriques actuelles, et devrait être construit à partir des observations cliniques, dans une approche résolument pluridisciplinaire et grâce, notamment, à l'appui du savoir existant concernant la violence ou encore les processus d'emprise sectaire. Il apparaissait ainsi que la radicalisation constituerait une thématique de recherche très actuelle, et que le savoir recherché serait susceptible de se construire au contact direct des individus dits « radicalisés », dans une perspective d'inversion d'expertise :

> *« Troisième principe, nous rencontrons les sujets et leur problématique, donc, dans une posture d'inversion d'expertise. […] L'essentiel se trouve donc à ce niveau de postulat que le sujet est porteur d'un savoir d'une expertise sur lui-même, qu'il est inducteur de savoir et qu'il convient d'apprendre à l'entendre sur son terrain »* (intervention n°5).

En matière de recherche, l'un des intervenants soulignait d'ailleurs qu'il lui semble important d'accorder une attention particulière à la méthodologie utilisée, car la variabilité des résultats obtenus sur certaines questions (notamment celle des liens éventuels entre radicalisation et antécédents de délinquance) pourrait être en grande partie expliquée par les méthodes utilisées, en particulier pour constituer l'échantillon de population étudié. De plus, selon certains des intervenants de notre corpus, ce savoir spécifique qui est à construire serait susceptible d'avoir un impact majeur, notamment - mais pas seulement - en matière de politique pénale :

> *« Et la meilleure connaissance des phénomènes que nous avons grâce à vos travaux nous amène aussi à faire évoluer notre politique pénale, parce que grâce à vous et grâce à la meilleure connaissance, nous avons évolué dans notre approche judiciaire des phénomènes. Un exemple : au début, nous avons assez peu poursuivi les femmes »* (intervention n°13).

> *« Donc aujourd'hui, dans le Maghreb, les démocrates écoutent attentivement ce que nous faisons, ça il faut que nous le sachions, c'est extrêmement… Et des islamistes, aussi, sont très attentifs, au sud, à ce qui se passe aujourd'hui ici »* (intervention n°12).

Evaluer la dangerosité

Enfin, dans leurs interventions respectives, plusieurs des orateurs de notre corpus ont abordé la question de l'évaluation du risque qu'un individu dit « radicalisé » est susceptible de représenter pour lui-même et pour les autres. D'après ces intervenants, cette évaluation de la dangerosité des individus serait classiquement confiée aux psychiatres.

Protéger

Un autre des rôles attribués au psychiatre par les intervenants de notre corpus était celui de protection. Selon plusieurs de ces orateurs, le psychiatre aurait le devoir de protéger son patient, non seulement de lui-même mais également, le cas échéant, d'éventuelles dérives judiciaires et sécuritaires (cf. « *Risque de dérives* », p. 58). De plus, pour deux des intervenants de notre corpus, protéger les patients impliquerait, pour les psychiatres, d'être conscients du pouvoir qui est le leur en matière de privation de libertés :

> *« Il faut savoir que la psychiatrie est très mobilisée sur aussi deux principes constitutionnels qui sont extrêmement importants : c'est la liberté d'aller et venir,*

et la protection de la santé. Vous savez que quand on hospitalise quelqu'un, enfin les psychiatres, on a un pouvoir redoutable, c'est qu'on peut proposer la privation de liberté quelqu'un. Elle est décidée par le directeur d'établissement s'ils sont hospitalisés, elle est décidée par le Préfet etc. sur proposition d'un médecin, et puis c'est nous qui allons proposer qu'il puisse sortir de l'hôpital et retrouver sa liberté. Ce n'est pas rien ! C'est une responsabilité énorme, et tout ça, elle doit s'articuler avec la protection de la santé, hein, c'est dans le bloc de constitutionnalité de la France, c'est des principes constitutionnels extrêmement importants que nous devons respecter » (intervention n°9).

Si le psychiatre a le devoir de protéger son patient, il devrait également, selon certains des orateurs dont nous avons analysé le discours, intervenir – lorsqu'il en a la possibilité – pour protéger la sécurité nationale grâce à un signalement aux autorités :

« Le signalement d'une situation de radicalisation est utile voire nécessaire quand il permet d'une part de protéger nos concitoyens, voire la personne reçue, et d'empêcher notamment qu'il parte sur les zones de conflit » (intervention n°7).

Pourtant, comme l'a indiqué le Dr Michel David, qui s'exprimait alors en qualité de psychiatre et de vice-président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH), d'autres psychiatres considèreraient au contraire que leur rôle ne doit pas être sécuritaire :

« Nous on se dit ben non, la psychiatrie ce n'est quand même pas la police, ce n'est pas une force de sécurité » (intervention n°9).

Vers une extension du champ de compétence des psychiatres ?

D'après Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, lors de son allocution, les questions qui se posent actuellement autour de la radicalisation seraient susceptibles de conduire, à terme, à une extension du champ de compétence des psychiatres, extension que, selon elle, certains revendiquent tandis que d'autres la redoutent :

« Les psychiatres et les psychologues se sont pour la plupart montrés d'une grande prudence face aux appels à expliquer ce phénomène et à mettre surtout en œuvre des remèdes pour déprogrammer les radicalisés, je les comprends. Cette réserve est légitime, tant il convient dans ce domaine de se préserver des amalgames comme

de toute simplification. Mais tout aussi légitime est la volonté de certains d'entre eux de sortir des frontières de la clinique. Vous avez, je le crois, un rôle éminent à jouer avec l'ensemble des disciplines qui peuvent contribuer à une meilleure compréhension du phénomène » (intervention n°1).

Travail psychothérapeutique

Objectifs

Obtenir un renoncement à l'action violente

D'après les intervenants de notre panel, l'un des objectifs du travail psychothérapeutique effectué auprès des individus dits « radicalisés » serait d'obtenir non pas qu'ils renoncent à leurs croyances religieuses, ni même à leur idéologie, mais simplement à l'action violente. En effet, la religion constituerait l'une des ressources psychiques du sujet et, contrairement à une idée reçue, le fait de pratiquer une religion ne constituerait pas un facteur de risque d'engagement dans une radicalisation violente :

« La religiosité, donc la pratique d'une religion, qu'elle soit chrétienne, musulmane, bouddhiste ou hindouiste, protège de la sympathie pour la radicalisation violente, donc la religion est protectrice alors qu'elle est souvent vue et perçue uniquement comme facteur de risque » (intervention n°2).

Replacer l'individu dit « radicalisé » en tant que sujet

Selon les orateurs dont nous avons analysé le discours, un autre des objectifs du travail psychothérapeutique réalisé avec les individus dits « radicalisés » consisterait à les replacer en tant que sujet. Les idéologies totalitaires comme celle que mobilise la radicalisation dite « islamiste » tendraient en effet à dénier le « je » et à lui substituer un idéal totalitaire. Un autre risque serait de voir le sujet s'effacer derrière la figure du monstre ; pourtant, comme le rappelle l'un des intervenants :

« Il n'y a pas d'humains moins humains que les autres, même si des comportements sont inhumains » (intervention n°8).

Permettre une réaffiliation du sujet

Enfin, l'un des objectifs majeurs du travail psychothérapeutique effectué auprès des sujets dits « radicalisés » consisterait, d'après les intervenants, à permettre leur réaffiliation.

En effet, selon ces orateurs, les individus dits « radicalisés » se présenteraient le plus souvent comme des individus désaffiliés, c'est-à-dire qu'ils ne feraient plus partie d'aucun groupe social. L'un des objectifs de la prise en charge psychothérapeutique de ces individus serait donc de recréer des liens sociaux, un maillage social autour d'eux. Cela pourrait passer, par exemple, par une prise en charge sociale ou encore par une approche sociologique, soutenue par l'intervention, au sein des équipes soignantes, d'un sociologue.

Si elle n'apparaît pas suffisante à elle seule, l'approche psychothérapeutique familiale constituerait également, selon les orateurs dont nous avons analysé le discours, une composante importante du travail visant à obtenir une réaffiliation de l'individu dit « radicalisé ». Selon ces orateurs, la famille représenterait en effet le premier lieu de développement des liens sociaux dans l'histoire du sujet, si bien que le travail sur les dynamiques relationnelles intrafamiliales serait susceptible de permettre à l'individu de développer de nouveaux modes de relations avec son environnement, moins sectaires, plus ouverts vers le monde extérieur. En s'ouvrant ainsi, l'individu disposerait alors de la possibilité de rencontrer des personnes auquel il serait susceptible de s'identifier, de nouvelles « voies identificatoires » répondant à la quête identitaire qui, comme nous l'avons vu un peu plus tôt, serait fréquemment associée à l'engagement dans un processus de radicalisation, en particulier chez les adolescents.

Enfin, d'après les intervenants de notre corpus, le travail de réaffiliation de l'individu dit « radicalisé » pourrait passer par une projection dans l'avenir et une utilisation constructive de l'énergie de contestation déployée par l'individu. En effet, d'après Cécile Rousseau, pédopsychiatre canadienne :

> *« La radicalisation des personnes et des groupes sociaux (nous parlons de communautés, en Amérique du Nord, vous n'aimez pas ce terme), des familles et des communautés peut mener aussi à d'autres outcomes, à d'autres résultats, dont les solidarités sociales »* (intervention n°2).

Avec quels professionnels ?

D'après certains des intervenants de notre corpus, le travail psychothérapeutique réalisé avec les individus dits « radicalisés » devrait être effectué par des équipes spécialisées pluridisciplinaires incluant non seulement des psychiatres et des psychologues, mais également des travailleurs sociaux

ou encore des référents cultuels. L'un des orateurs dont nous avons analysé le discours formulait toutefois une mise en garde concernant le caractère pluridisciplinaire des prises en charge :

> *« Ce n'est pas uniquement pour des raisons intellectuelles que je dis ça, c'est parce qu'en faire une question philosophique, c'est peut-être le seul moyen d'avoir des réponses politiques plus complexes, parce que si on reste sur des niveaux disciplinaires qui s'interpénètrent entre la socio, l'anthropo, la psychanalyse, la psychiatrie, on va avoir des réponses disciplinaires et je trouve qu'on a des réponses trop disciplinaires (« disciplinaires », d'ailleurs, je l'emploie aussi bien au propre qu'au figuré »* (intervention n°7).

Comment procéder ?

Mais comment procéder pour permettre la mise en place de ce travail psychothérapeutique auprès des individus dits « radicalisés » ?

Tout d'abord, pour plusieurs des intervenants de notre corpus, il conviendrait de proposer une prise en charge globale de l'individu, et non uniquement psychiatrique ou psychologique, incluant notamment un accompagnement psycho-social, éducatif et cultuel. Il s'agirait également de multiplier les modalités de prise en charge proposées (entretiens individuels ou collectifs, thérapie familiale, etc…) ainsi que les voies d'accès aux soins, de sorte que les individus concernés puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée indépendamment du fait qu'ils consultent initialement aux urgences d'un hôpital, dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) ou encore chez leur médecin traitant.

Par ailleurs, plusieurs des orateurs dont nous avons analysé le discours ont insisté sur le fait que le psychiatre doit selon eux mettre en place des conditions d'échange permettant la rencontre avec le sujet dit « radicalisé », notamment en lui offrant un espace de parole bien délimité et protégé. En termes de cadre thérapeutique, si certains des intervenants du corpus sélectionné disaient trouver souhaitable de proposer le même cadre aux patients dits « radicalisés » qu'aux autres, d'autres orateurs soutenaient en revanche qu'il est nécessaire d'adapter le cadre thérapeutique à ces prises en charge, en proposant un cadre beaucoup plus souple et adaptable au sujet accompagné, afin de permettre notamment l'émergence d'une demande de soins :

> *« Bouger nos cadres habituels, transporter le cadre en nous en visite à domicile, au café du coin, au Mc Do, c'est ce qui nous a permis de ne pas laisser Chloé se perdre et faire émerger sa demande à elle »* (intervention n°5).

Plusieurs des intervenants de notre corpus ont également souligné la nécessité d'un engagement réel du psychiatre dans ces prises en charge :

> *« Pour terminer, je voudrais soutenir une posture fondamentale, finalement, qui est une posture que je nommerai une clinique engagée, une clinique engagée nécessaire face à ce à quoi nous sommes en réalité confrontés. Il en va de notre responsabilité à tous »* (intervention n°5).

Enfin, selon l'un des orateurs du panel, il conviendrait, dans la prise en charge psychothérapeutique des individus dits « radicalisés », de veiller à éviter le recours à d'éventuels contre-discours, qui ne pourraient avoir pour effet que de renforcer l'adhésion de l'individu à l'idéologie qu'il défend.

Les limites : le manque de moyens

Enfin, plusieurs des intervenants dont nous avons analysé le discours pointent le manque de moyens humains comme limite du travail psychothérapeutique susceptible d'être mené auprès d'individus dits « radicalisés », et soulignent en particulier le manque de relais psychiatriques et psychologiques disponibles dans les CMP ainsi que le manque de médecins-coordonnateurs dédiés au suivi des injonctions de soins.

Travail psychique du psychiatre

Le psychiatre en tant que personne

Comme le rappellait l'une des intervenantes de notre corpus, le psychiatre n'est pas seulement un professionnel de santé, un médecin, mais également une personne à part entière :

> *« Qui je suis, moi qui te rencontre toi, sujet dit « radicalisé » ? Qui je suis, quel rapport ai-je à l'islam ? Quel rapport ai-je avec les pertes de 2015 ? Suis-je Charlie, quand l'autre ne l'est pas ? Et donc, à quel bord politique je me réfère, en tant que citoyen ? Mes identités sont multiples, nécessairement. Je ne suis jamais seulement une psychologue, neutre et bienveillante, je suis aussi bien d'autres choses. Je suis blanche, je suis noire, je suis du Maghreb, je suis croyante, je suis athée, je suis féministe, etc. et tout ceci peut venir obscurcir mon regard, entraver mon écoute, empêcher la rencontre, même, car les inconscients communiquent »* (intervention n°5).

Ainsi, selon plusieurs des orateurs dont nous avons analysé le discours, lorsque le psychiatre fait face à un individu dit « radicalisé », il pourrait être traversé par des mouvements émotionnels plus ou moins intenses apparaissant en réaction au discours ou au comportement du patient. Si certains de ces orateurs mentionnaient des réactions telles que la stupeur ou la sidération, ils évoquaient essentiellement la peur que le psychiatre pourrait éprouver lorsqu'il rencontre un individu dit « radicalisé ».

La nécessité de travailler sur ses contre-attitudes et de déconstruire ses représentations

Pour plusieurs des intervenants de notre panel, cette composante émotionnelle implique que les psychiatres et psychologues intervenant auprès d'individus dits « radicalisés » doivent nécessairement travailler sur leurs contre-attitudes afin de disposer de l'espace psychique nécessaire à l'élaboration que demande le travail psychothérapeutique et de ne pas risquer de nuire au patient. Selon l'une des oratrices, ce travail psychique du psychiatre passerait non seulement par un travail sur les émotions qui le traversent, mais également par une déconstruction de ses représentations :

> *« Notre premier principe, en termes de posture - c'est l'intitulé de ma communication - est de se défaire de ce qui happe, via les discours ambiants, qui façonne nécessairement nos représentations collectives tout en orientant nos affects, de déconstruire à tout prix ce qui, a priori, n'est que prêt-à-penser empêchant la pensée. La pensée et la rencontre, d'ailleurs. Pour y parvenir, nous appliquons quotidiennement un travail sur notre contre-transfert, dans ces dimensions émotionnelles mais culturelles, aussi, en référence à Devereux. En gros, ne pas oublier de s'interroger sur ce qui nous traverse, nous, psychologues »* (intervention n°5).

L'émergence d'un conflit de loyauté

Ce travail psychique du psychiatre et du psychologue amenés à prendre en charge des individus dits « radicalisés » apparaît d'autant plus nécessaire que ces situations cliniques sont susceptibles de placer le thérapeute face à un potentiel conflit de loyauté entre deux de ses devoirs, parfois contradictoires : celui de protéger son patient d'une part, et celui de contribuer à la protection de la sécurité nationale d'autre part.

Risque de dérives

Plusieurs des intervenants ont mis en avant le risque de dérives que serait susceptible d'entraîner l'implication des psychiatres dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ».

Risque de stigmatisation et d'exclusion

Un premier risque de dérive, parmi ceux qui étaient exposés par les orateurs dont nous avons analysé le discours, correspondrait au risque de stigmatisation et d'exclusion non seulement des individus dits « radicalisés », mais également des personnes atteintes de troubles psychiatriques :

> *« Il y a un peu l'impression que d'une certaine manière, on nous demande de prouver que toutes les personnes qui seraient en soins sans consentement ne sont pas des terroristes en puissance »* (intervention n°9).

D'après l'une des oratrices, cette stigmatisation pourrait aller jusqu'à des refus de prise en charge de patients étiquetés « radicalisés » par les professionnels de santé mentale œuvrant au sein de CMP. Ces mécanismes de stigmatisation représenteraient, comme l'expliquait une autre des intervenantes, un moyen de se protéger de la peur suscitée par ces individus dits « radicalisés » :

> *« J'aime beaucoup les travaux de Jacques Sémelin, mais surtout son idée que la haine protège de la peur et qu'on peut observer des phénomènes d'escalade et de basculement »* (intervention n°2).

Aggravation des phénomènes de radicalisation

Ces processus de stigmatisation et d'exclusion visant les individus dits « radicalisés » pourraient, d'après plusieurs des orateurs dont nous avons analysé le discours, conduire à une aggravation des phénomènes de radicalisation en renforçant le sentiment de désaffiliation de certains individus, sentiment qui, comme nous l'avons vu un peu plus tôt, semble faire partie des facteurs de risque d'engagement dans un processus de radicalisation.

Mise en péril du secret médical

Pour de nombreux intervenants de notre panel, l'implication des psychiatres dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés », telle qu'elle est demandée et envisagée par les pouvoirs publics, met en péril le respect du secret médical. A ce sujet, s'exprimant en qualité de vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Dr Gilles Munier explique :

« Nous, médecins, avons été assaillis de questions sur la nécessité de nouvelles dérogations au secret médical - et je vous rappelle que les dérogations sont déjà nombreuses - et l'Ordre, à ce moment-là, a réfléchi. […] En conclusion, l'Ordre des Médecins, vous le comprenez, n'est pas favorable à la création d'une nouvelle dérogation » (intervention n°10).

Détérioration des relations entre les psychiatres et les pouvoirs publics

Un autre des risques de dérive exposés par les intervenants de notre corpus correspondrait au risque de dégradation des relations entre les psychiatres et les pouvoirs publics. En effet, plusieurs de ces orateurs décrivaient une méfiance croissante des psychiatres à l'égard des demandes politiques et judiciaires qui leur sont adressées, voire une opposition franche des psychiatre à certains décrets et mesures juridiques prises par les pouvoirs publics afin de lutter contre les phénomènes de radicalisation, comme c'est le cas notamment pour le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 (dit « décret HOPSYWEB »), que nous avons longuement évoqué dans la première partie de ce travail. Cette détérioration progressive des relations entre les psychiatres et les pouvoirs publics serait, pour certains des intervenants de notre corpus, susceptible d'aboutir à des conflits potentiellement dommageables à tous.

Instrumentalisation du psychiatre

Enfin, les orateurs dont nous avons analysé le discours exposaient leurs craintes concernant un risque d'instrumentalisation des psychiatres par les responsables politiques. Pour Madame Véronique Degermann, s'exprimant alors en qualité de Procureure adjointe au Parquet de Paris, en charge de la division antiterrorisme, affaires pénales militaires, crimes de guerre et crimes contre l'humanité, les psychiatres seraient susceptibles de permettre aux magistrats de distinguer le vrai du faux dans le discours des individus dits « radicalisés » faisant l'objet de poursuites judiciaires, et le savoir construit par les psychiatres concernant la radicalisation pourrait permettre, comme cela a déjà été le cas, d'adapter la politique pénale de notre pays :

« Et la meilleure connaissance des phénomènes que nous avons grâce à vos travaux nous amène aussi à faire évoluer notre politique pénale, parce que grâce à vous et grâce à la meilleure connaissance, nous avons évolué dans notre approche judiciaire des phénomènes. Un exemple : au début, nous avons assez peu poursuivi les femmes » (intervention n°13).

Cette instrumentalisation du savoir et du savoir-faire des psychiatres apparaîtrait donc, comme l'ont souligné plusieurs des intervenants, comme susceptible de permettre une escalade sécuritaire des politiques de gestion du risque terroriste sur le territoire français.

D'autre part, qu'ils exercent en France ou à l'étranger, pour plusieurs des orateurs dont nous avons analysé le discours, le savoir psychiatrique concernant la radicalisation est susceptible d'être instrumentalisé à des fins de normativité politique :

> *« Je pense que l'amalgame entre radicalisation et radicalisation violente n'est pas seulement empirique et théorique, il est aussi et avant tout politique, c'est-à-dire qu'en fait, en s'attaquant à la radicalisation violente, nos sociétés nous donnent aussi un certain mandat de questionner, d'exclure, de psychopathologiser des formes de rébellion, en tous cas en Amérique du Nord »* (intervention n°2).

> *« Les départs en Syrie, on n'a même plus cet acte-là, contestable mais cet acte-là à se mettre sous la dent pour définir ce que c'est un radicalisé, alors qu'il y avait au moins ça qui permettait de dire ça, ce n'est pas uniquement un délit d'opinion - et je vous le répète, c'est discutable »* (intervention n°11).

Utilisation des résultats pour la construction de la grille d'entretien

Grâce au logiciel Nvivo 12 plus, sur lequel nous avons réalisé l'analyse qualitative thématique du corpus d'interventions issus des Etats Généraux Psy sur la Radicalisation, nous avons pu dégager le thème dominant pour chacune des 13 interventions analysées. Pour rappel, le thème dominant était défini comme celui présentant le plus grand taux de couverture du texte de l'intervention à l'issue de l'analyse.

Le **tableau 1** présente, pour chacune des interventions analysées, le titre, les fonctions de l'orateur ainsi que le thème dominant de l'intervention. La **figure 3**, quant à elle, représente l'arbre thématique issu de l'analyse thématique menée sur ce corpus.

A l'exception du thème « Demande politique adressée aux psychiatres », l'ensemble des thèmes dominants ont été inclus dans la grille d'entretien (présentée en **annexe 9**) lors de sa construction. Les thèmes concernant le savoir du psychiatre et le travail psychothérapeutique réalisé auprès des individus dits « radicalisés » ont été inclus grâce au choix-même du recours à des vignettes cliniques et grâce à la formulation de questions invitant le psychiatre à indiquer comment il procèderait s'il était

amené à prendre en charge le patient présenté dans le cas clinique correspondant (questions 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10 et 11).

Le thème concernant l'emprise psychologique a été intégré à l'ensemble des trois cas cliniques utilisés grâce à l'introduction, sous différentes formes, d'un individu représentant le recruteur du patient dit « radicalisé ». Les thèmes portant sur les relations entre les psychiatres et la justice ainsi que sur le risque de mise en péril du secret médical ont été inclus grâce à la question 10, dans laquelle le psychiatre interrogé est invité à indiquer ce qu'il répondrait à un magistrat demandant des informations concernant le suivi et l'état psychique du patient présenté. Nous avons également souhaité illustrer, à travers les trois vignettes cliniques proposées, trois situations distinctes en termes de judiciarisation :

- Dans la première vignette, il n'est question d'aucune forme de judiciarisation ;
- Dans la deuxième vignette, il n'est pas directement question de judiciarisation mais la mère de la jeune fille a contacté le numéro vert dédié à l'accueil des familles confrontées à la radicalisation d'un proche. Comme le précise la page web destinée à expliciter la fonction de ce numéro vert, « *En cas de risque de radicalisation violente, le signalement est transmis aux services de renseignement et au Préfet du département de résidence de l'individu pour permettre sa prise en charge et l'accompagnement de sa famille* » (90) ;
- Dans la dernière vignette, le psychiatre est sollicité pour assurer le suivi, dans le cadre d'une injonction de soins, d'un patient déjà condamné pour des actes terroristes et placé sous contrôle judiciaire.

Enfin, bien qu'elle n'apparaisse pas dans les thèmes dominants, la question du travail psychique du psychiatre confronté à des patients dits « radicalisés », qui nous a semblé particulièrement importante, a été abordée grâce aux questions 5, 8 et 12, dans lesquelles le psychiatre était interrogé sur l'existence, dans le cas clinique proposé, d'éléments l'interpellant particulièrement ou susceptibles de le mettre en difficulté.

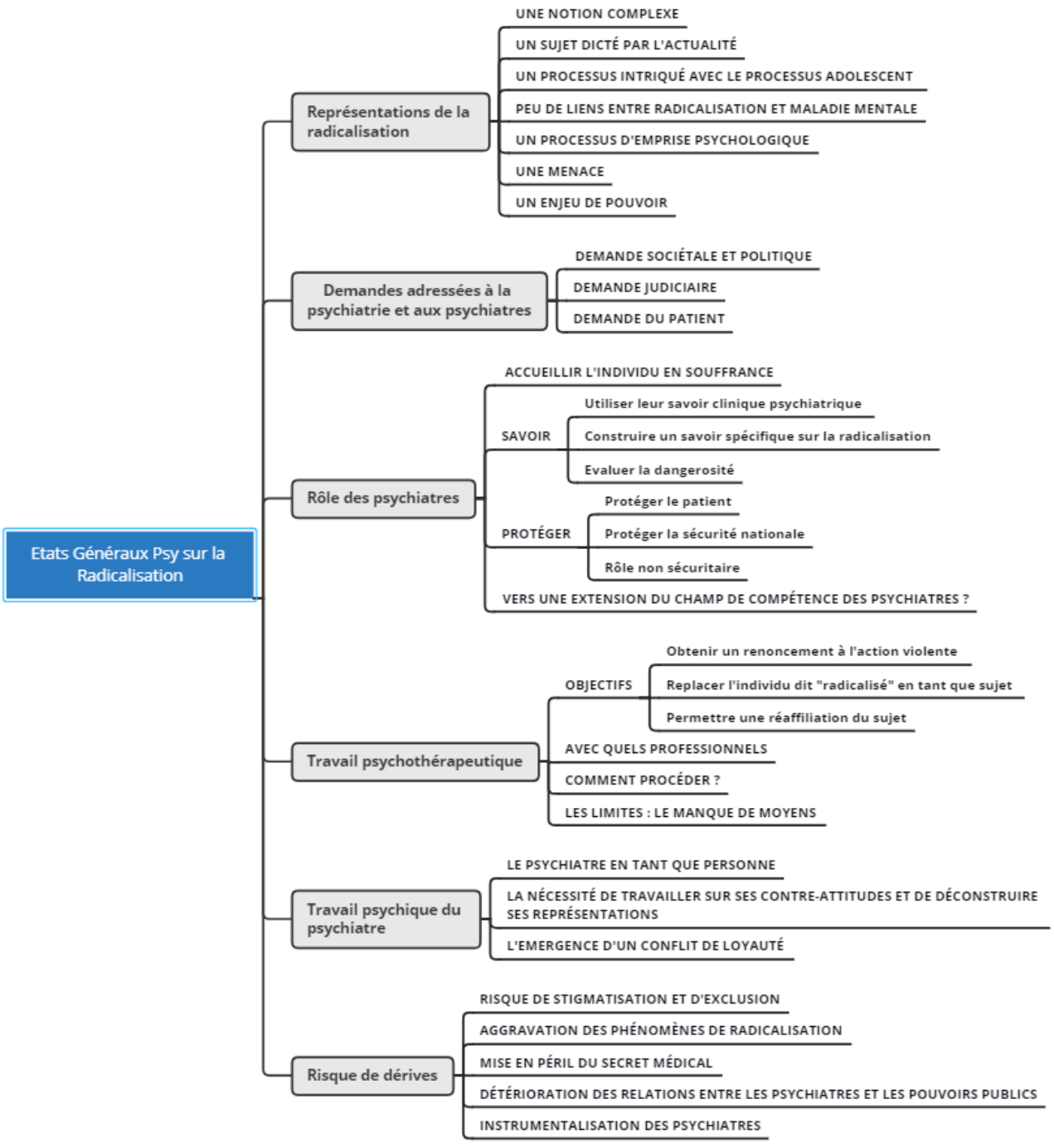

Figure 3 : Arbre thématique résultant de l'analyse menée sur le corpus issu des Etats Généraux Psy sur la Radicalisation

	Titre	Fonctions de l'orateur	Thèmes dominants
N°1	Allocution de Mme Agnès Buzyn	Ministre des Solidarités et de la Santé	**Demande politique adressée aux psychiatres**
N°2	« Souffrance sociale et haine de l'Autre »	Pédopsychiatre, Université McGill (Montréal)	**Rôle du psychiatre : savoir**
N°3	« Accueillir la radicalité adolescente et le radicalisé : comment et à quelles conditions ? »	Pédopsychiatre, psychanalyste, vice-président de l'AFPEP-SNPP (Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé & Syndicat National des Psychiatres Privés)	**Radicalisation = processus d'emprise psychologique**
N°4	« L'adolescence sous l'emprise de Daesh, retour sur deux ans d'activité d'une consultation de pédopsychiatrie »	Psychiatre, psychanalyste, responsable d'une unité de thérapie familiale	**Radicalisation = processus d'emprise psychologique**
N°5	« Penser les postures cliniques face aux radicales réalités adolescentes »	Maîtresse de conférences en psychologie, psychologue clinicienne en protection de l'enfance	**Comment mettre en place un travail psychothérapeutique ?**
N°6	« La prise en charge clinique des radicalisés et des jihadistes en milieu carcéral »	Psychiatre, pédopsychiatre, responsable de la consultation de santé mentale de la maison d'arrêt	**Rôle du psychiatre : savoir**
N°7	« La place des psys dans un dispositif de désengagement de la violence extrémiste dans le cadre d'une procédure judiciaire, en pré- et post-sentenciel »	Deux intervenants : • Psychologue • Psychiatre	**Avec quels professionnels mettre en place un travail psychothérapeutique ?**
N°8	« Notre déontologie est-elle à géométrie variable ? »	Psychologue, secrétaire général du Syndicat National des Psychologues (SNP)	**Risque de dérives : mise en péril du secret médical**
N°9	« Psychiatrie et radicalisation : une présence vigilante et discrète »	Psychiatre, vice-président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)	**Risque de dérives : détérioration des relations entre les psychiatres et la justice**
N°10	« Quid du secret médical face à la radicalisation ? Aspects éthiques, légaux et déontologiques »	Vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins	**Risque de dérives : mise en péril du secret médical**
N°11	« Radicalisation et psychiatrie : une géométrie très variable »	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	**Rôle du psychiatre : savoir**
N°12	« Celui qui criait Daech »	Psychiatre	**Objectifs du travail psychothérapeutique**
N°13	Allocution de Mme Véronique Degermann	Procureure adjointe au Parquet de Paris, en charge de la division antiterrorisme, affaires pénales militaires, crimes de guerre et crimes contre l'humanité	**Rôle du psychiatre : savoir**

Tableau 1 : Thème dominant pour chacune des interventions du corpus issu des Etats Généraux Psy sur la Radicalisation

Construction des trois vignettes cliniques

Il nous a paru souhaitable, pour obtenir des éléments de réponse à notre question de recherche, de construire notre grille d'entretien sur la base de trois vignettes cliniques illustrant les trois étapes décrites par le Groupe de recherche belge Governance of Security (5) dans le processus de radicalisation : radicalisme, extrémisme et terrorisme.

Afin d'élaborer des vignettes cliniques crédibles et de coller au plus près aux situations auxquelles les psychiatres exerçant en France sont susceptibles d'être confrontés dans l'exercice de leurs fonctions, nous avons choisi de construire les cas fictifs présentés aux personnes interrogées à partir des données de différents rapports portant sur les caractéristiques des individus dits radicalisés identifiés en France et en Europe. Nous avons donc, sur la base de ces données statistiques, élaboré trois cas cliniques rassemblant des éléments qui correspondent à ceux qui ont été le plus fréquemment observés dans l'histoire de vie et le parcours des personnes radicalisées. Les données épidémiologiques utilisées sont celles qui sont détaillées dans la première partie de ce travail (cf. « *Données épidémiologiques concernant la radicalisation en France et en Europe* », p. 12). Le **tableau 2** résume l'ensemble des caractéristiques utilisées pour élaborer chacune des trois vignettes cliniques présentées aux praticiens interrogés.

D'autre part, comme nous l'avons expliqué plus haut, les cas cliniques soumis aux praticiens interrogés ont été construits de manière à y intégrer les principaux thèmes relevés lors de l'analyse thématique du corpus d'interventions issues des EGPR.

Enfin, les propos prêtés aux patients fictifs de ces trois cas cliniques ainsi que les éléments concernant leur histoire de vie (antécédents traumatiques, questionnement sur le genre et la sexualité, rupture dans le parcours scolaire, consommation de toxiques, dynamiques familiales, etc…) et leur processus de radicalisation individuel (utilisation d'internet, phénomène d'emprise, processus d'embrigadement) sont tirés directement des différents cas cliniques présentés par les professionnels étant intervenus lors des EGPR. La grille d'entretien a été testée auprès de deux praticiens tests sans qu'il apparaisse nécessaire de la modifier ; les deux entretiens-tests ont donc été intégrés au corpus de données analysées.

	Vignette n°1	Vignette n°2	Vignette n°3
Degré de radicalisation	Radicalisme	Extrémisme	Terrorisme
Sexe	Homme	Femme	Homme
Age	< 16 ans	16 ans ≤ x ≤ 18 ans	> 18 ans
Famille :			
Statut familial	Célibataire	Mariée religieusement	Célibataire
Fratrie	4 enfants	Fille unique	8 enfants
Origines des parents	Maghreb	France	Maghreb
Religion des parents	Islam	Athéisme	Islam
Nationalité	Française	Française	Franco-algérienne
Milieu socio-professionnel :			
Niveau socio-économique	Défavorisé	Moyen	Défavorisé
Plus haut diplôme obtenu	Aucun	Brevet des collèges	Aucun
Statut professionnel	Age scolaire	Age scolaire	Sans emploi
Antécédents criminels	Vols, violences	Aucun	Vols et trafic de stupéfiants
Processus de radicalisation :			
Durée	9 mois	1 an	2 ans
Moyens	Internet, proches	Internet	Internet, lieu de culte, proches
Dynamique de groupe	Oui	Oui	Oui
Participation à des combats en Syrie	Non	Non	Non
Groupe de rattachement	Non spécifié	Daech	Daech
Introduction dans les réseaux djihadistes par …	Amis	Recruteur actif	Amis, frère
Processus initié en prison	Non	Non	Oui
Mesure de sûreté	Non	Non	Contrôle judiciaire suite détention provisoire

Tableau 2 : Elaboration des vignettes cliniques

Chapitre 3 : Réalisation des entretiens semi-directifs

Population étudiée

Critères d'inclusion

- Médecins psychiatres diplômés exerçant sur le territoire français ;
- Civils ou militaires ;
- Exerçant en milieu hospitalier ou libéral ;
- Ayant ou non une expérience clinique auprès d'individus dits « radicalisés » et des auteurs d'attentats terroristes dits islamistes ;
- Acceptant, après information, de participer à ce projet de recherche.

Critères de non-inclusion

- Médecins non psychiatres ou non diplômés ;
- Praticiens exerçant hors du territoire français ;
- Refus de participation à ce projet de recherche.

Constitution de l'échantillon

L'échantillon de population a été constitué à partir d'une liste de contacts établie par l'une des deux co-directrices de recherche, elle-même psychiatre et pédopsychiatre, à laquelle ont été ajoutés, avec son accord, quelques noms fournis par l'investigatrice principale. L'objectif, lors de la création de cette liste, était de constituer un échantillon de population aussi hétérogène que possible, car il nous a semblé que ce n'est qu'en croisant des regards aussi diversifiés que possible que nous pourrions espérer dégager des éléments de réponse concernant notre question de recherche.

Les praticiens figurant sur cette liste ont donc été sélectionnés en fonction des particularités de leur approche clinique (par exemple, formation en psychiatrie transculturelle) ou de leur milieu (milieu carcéral ou militaire, par exemple), région géographique ou modalités (libéral, hospitalier, etc.) d'exercice. L'ensemble des praticiens sélectionnés étaient soit connus personnellement de la co-directrice et/ou de l'investigatrice principale, soit reconnus pour leur investissement dans les travaux de recherche récemment menés en France sur la thématique de la radicalisation.

La liste obtenue était donc composée de praticiens satisfaisant aux critères d'inclusion définis, en diversifiant le recrutement selon le sexe, la durée d'expérience clinique, les lieux d'exercice, le statut civil ou militaire, l'âge des patients accueillis par ces praticiens (de la périnatalité à la gérontopsychiatrie), la pratique ou non de l'expertise pénale et le contexte de pratique (libéral, universitaire, en secteur, mixte...).

Modalités de recrutement de la population étudiée

L'ensemble des praticiens figurant sur la liste constituée en collaboration avec l'une des deux co-directrices de mémoire ont été contactés par mail. Ce courriel, dont le modèle figure en **annexe 4**, contenait une note d'information (**annexe 5**) concernant notre projet de recherche. Par mail ou par téléphone, selon leurs préférences, un rendez-vous a ensuite été fixé avec les praticiens acceptant de participer à notre protocole.

Dès le premier contact pris par mail, nous avons assuré les praticiens sollicités de la confidentialité des données recueillies et leur avons fourni une information écrite claire sur notre projet de recherche.

Recueil de données

Données qualitatives : entretiens semi-directifs

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons effectué un entretien semi-directif individuel auprès de chacun des praticiens ayant accepté de participer à ce projet. Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits manuellement dans leur intégralité sur le logiciel Word. Toutes les données recueillies ont été anonymisées selon les modalités décrites plus bas (cf. « *Dispositions relatives à la protection des données recueillies* »).

Les entretiens ont été réalisés entre janvier et mars 2019, en présentiel, en fonction des disponibilités des participants et de nos possibilités. Tous les entretiens ont été réalisés par un seul et même investigatrice, Mme Marion GRENON, interne en psychiatrie et étudiante en Master 2 d'Éthique Médicale et de Bioéthique dans l'équipe de recherche universitaire ETRES, composante du Centre de Recherche des Cordeliers (UMRS 1138). A l'exception de deux entretiens, réalisés respectivement (à la demande des participants) au domicile du participant et dans les locaux du laboratoire d'Éthique

Médicale et de Médecine Légale de l'université de Paris-Descartes, l'ensemble des entretiens ont été menés sur le lieu de travail des participants (à leur demande également).

Une attention particulière a été apportée à la mise en place d'une atmosphère bienveillante et respectueuse de la personne. Le déroulement de l'entretien s'appuyait sur la grille d'entretien, articulée autour de trois cas cliniques et constituée de questions ouvertes, dont la construction a été explicitée plus haut.

Chaque participant a été encouragé à parler librement, à associer et à développer ses idées. Le guide d'entretien constituait une trame indicative permettant de favoriser la mise en récit mais l'ordre des questions pouvait être modifié, selon le déroulement de l'entretien, afin de fluidifier l'échange et ne pas gêner le recueil de données.

Le rythme de l'entretien n'était pas trop rapide, afin de ne pas entraver les associations d'idées qui venaient au participant. Aucune interprétation de l'investigatrice n'était exposée au cours de l'entretien, mais l'investigatrice pouvait reprendre ou reformuler les termes du participant afin de relancer son propos ou pour s'assurer qu'il ait bien perçu l'idée formulée.

Données quantitatives : questionnaires d'enquête

En fin d'entretien (afin de ne pas influer sur la qualité du récit), nous avons systématiquement procédé au recueil de quelques données concernant le participant, destinées à une analyse de type démographique. Chaque participant a ainsi été invité à remplir un questionnaire d'enquête anonymisé (**annexe 7**) précisant :

- Son âge ;
- Son sexe ;
- Son service ou mode d'exercice actuel (hospitalier/libéral, civil/militaire…) ;
- Le nombre d'années écoulées depuis l'obtention de son diplôme d'état de Docteur en médecine ;
- Son éventuel exercice hospitalo-universitaire ;
- Sa surspécialité (psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, autre) ;
- Son éventuelle expérience dans le domaine de l'expertise psychiatrique pénale ;
- Son éventuelle expérience dans l'évaluation et/ou la prise en charge d'individus dits « radicalisés » ;
- Son éventuelle participation antérieure à des projets de recherche concernant la radicalisation et/ou les individus dits « radicalisés ».

Analyse des données recueillies

Analyse des données qualitatives : analyse phénoménologique interprétative

Les données recueillies feront l'objet d'une analyse phénoménologique interprétative *(Interpretative Phenomenological Analysis* ou IPA), méthode classique d'exploitation des récits. L'analyse réalisée a été effectuée selon les trois niveaux successifs traditionnellement définis dans les analyses qualitatives : niveau descriptif, niveau thématique et interprétatif, et niveau matriciel (91).

La phase « descriptive » (ou niveau 1) débute par le fait de « lire et relire » les données en s'en s'imprégnant progressivement. La transcription fait partie intégrante de ce temps, et permet une imprégnation en profondeur. Sont alors notés :

- Les commentaires descriptifs, qui portent sur le contenu de ce que le participant énonce ;
- Les commentaires linguistiques, qui explorent les spécificités langagières utilisées par le participant (répétitions, fluences, métaphores, pauses, rires...) ;
- Les commentaires conceptuels, qui s'engagent dans un niveau plus interrogatif et conceptuel ;
- La déconstruction, qui permet de se départir des a priori et d'une lecture simple.

La phase « thématique » (ou niveau 2), quant à elle, permet d'identifier les thèmes émergents et récurrents. On tente alors de généraliser les thèmes singuliers qui émergent en les reliant entre eux. Ces thèmes sont contextualisés afin d'en éclairer le sens : la fréquence avec laquelle ils reviennent, la fonction qu'ils prennent dans le discours du participant, son intentionnalité et ce qui est adressé, sont autant de paramètres pris en compte pour affiner la compréhension (91).

Enfin, dans **la phase « matricielle »** (ou niveau 3), les thèmes sont agencés les uns par rapport aux autres selon une organisation matricielle hiérarchisant et organisant les données (91).

L'ensemble des analyses (niveau 1, 2 et 3) ont été effectuées manuellement sur le logiciel NVivo 12. Pour l'analyse de niveau 1, nous avons utilisé la fonction « annotation », qui permet d'ajouter un commentaire à la portion de texte sélectionnée. Les analyses de niveaux 2 et 3 ont ensuite été menée grâce à l'utilisation des « Nœuds », dont nous vous avons décrit le mode de fonctionnement plus haut.

Une triple cotation des données a été mise en place pour accroître la rigueur de l'analyse (91). L'identité de chacun des cotateurs est précisée plus bas (cf. « *Dispositions relatives à la protection des données recueillies* »). Des réunions de concertation ont eu lieu régulièrement (après les premier, deuxième et troisième entretiens analysés, puis suite à la triple cotation du 5ème et du 10ème entretien) entre les cotateurs, afin de confronter, discuter et approfondir la pertinence des résultats.

Le reporting de la conduite de l'ensemble de l'étude suit les critères définis par la COREQ 32 (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*), présentée en **annexe 8** (92).

Analyse des données quantitatives

Les données démographiques recueillies grâce au questionnaire d'enquête ont été reportées et résumées dans un tableau (**tableau 3**). Ces données ont ensuite été mises en perspective avec les résultats issus de l'analyse des données qualitative.

Dispositions réglementaires

Soumission du protocole de recherche à un Comité d'Ethique

Cette étude répond à la qualification d'« *expérimentation en science humaines et sociales dans le domaine de la santé* ». Elle n'entre pas dans les conditions fixées par le paragraphe 2° de l'article L1121-1 (Loi Jardé), modifié par décret du 9 mai 2017, N° 2017-884, du code de Santé Publique (93). En effet, la recherche sur la manière dont les médecins psychiatres se représentent leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés » ne comporte aucun aspect médical ou biologique, ni aucun aspect qui vise à évaluer le mécanisme de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique, et ne comporte pas non plus directement d'évaluation psychiatrique. Par ailleurs, la réponse aux questions posées ne comporte pas de risque évident.

Ce projet de recherche constitue donc une « *recherche n'impliquant pas la personne humaine* » (RNIPH) au sens de la loi relative aux recherches impliquant la personne humaine (94). Situées en dehors de l'article L1121-4 du code de la santé publique, les expérimentations en science humaines et sociales dans le domaine de la santé ne relèvent pas de l'avis d'un comité de protection des personnes.

Néanmoins, au vu du contexte récent des modifications de la loi et des visées de publications envisagées pour cette recherche, l'avis d'un comité d'éthique a été requis. Notre protocole a donc été soumis au Comité des Expérimentations Cliniques de l'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre de Brest (Finistère, France) du 10 décembre 2018, qui a rendu un avis favorable et recommandé que l'ensemble des entretiens soient réalisés en présentiel du fait des risques de mise en alerte des dispositifs de renseignements lié au caractère sensible du sujet traité et de ses implications éventuelles pour la sécurité nationale.

Dispositions relatives à la protection des données recueillies

Le traitement des données à caractère personnel recueillies a été fait conformément au Règlement 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 17 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (95).

Conformément aux recommandations de bonne pratique de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), les retranscriptions d'entretiens ont été effectuées sur un ordinateur protégé par un mot de passe. De plus, l'ensemble des enregistrements réalisés seront supprimés après publication des résultats finaux de la recherche. Les données recueillies, quant à elle, seront stockées sous forme cryptée (cryptage effectué grâce à l'application Boxcryptor) sur un serveur privé. Ces données seront conservées pour une durée de deux ans à compter de la publication des résultats finaux de l'étude.

Par ailleurs, les données ont été anonymisées dès la retranscription. Aucun des éléments susceptibles d'entraîner un risque de réidentification de la personne interrogée (nom, prénom, lieu d'exercice, titre d'ouvrage, nom de collègue, etc.) n'a donc été retranscrit. L'anonymisation des données a été effectuée en utilisant un numéro d'inclusion, attribué selon l'ordre de passage des participants. Les centres dans lesquels les participants exercent leur activité principale ont également été codés au moyen d'un numéro attribué selon l'ordre de passage des participants.

Les données recueillies n'ont été rendues accessible qu'à Mme Marion GRENON (investigatrice principale), Mme le Dr Marie-Aude PIOT (co-directrice du travail de mémoire), Mme le Pr Marie-France MAMZER (co-directrice du travail de mémoire) ainsi qu'aux deux étudiantes en Master 2 d'Ethique Médicale et Bioéthique qui sont intervenues pour la double cotation du premier niveau d'analyse, à savoir Mme Delphine BROWN et Mme Lucie DE RAUGLAUDRE. A l'exception de Mme Marion GRENON, qui a procédé au recueil des données, l'ensemble des personnes mentionnées ci-avant n'ont eu accès aux données qu'une fois celles-ci anonymisées.

Enfin, les participants ont été informés par écrit de leur droit d'accès, de rectification, et d'opposition au traitement des données les concernant et de leur possibilité d'exercer ce droit auprès de Mme Marion GRENON, dont l'adresse mail leur a été communiquée (cf. « *Note d'information* », **annexe 5**).

Modalités d'information et recueil du consentement éclairé des participants

Une note d'information (**annexe 5**) et un formulaire de non-opposition (**annexe 6**) ont été remis en main propre à chaque participant par l'investigatrice avant la réalisation de l'entretien semi-directif. Le formulaire de non-opposition, daté et signé par chaque participant, stipule explicitement, son droit de rectification et d'accès aux données recueillies le concernant, ainsi que son droit de retrait et d'opposition à figurer dans un fichier, en vue d'une diffusion, d'une transmission ou bien d'une conservation.

Les participants ont été invités à signer le formulaire de non-opposition en deux exemplaires qui ont également été signés par l'investigatrice principale (Mme Marion GRENON), ; un exemplaire a été conservé par le participant, et le second par l'investigatrice principale. Ce formulaire de consentement a été scanné. La version papier en a été physiquement détruite et la version dématérialisée sera stockée, au même titre que les données issues de la recherche, en version cryptée (cryptage effectué grâce à l'application Boxcryptor), sur un serveur privé. Ces documents de consentement seront conservés durant 2 ans après publication des résultats finaux de l'étude.

Troisième partie : Résultats

Au total, 33 psychiatres ont été contactés par mail. Quatre praticiens ont refusé de participer, deux faute de disponibilités, un car il estimait être trop impliqué dans le travail de recherche mené par la Fédération Française de Psychiatrie concernant la radicalisation, et un car il n'avait aucune expérience clinique en matière de radicalisation (et bien qu'il lui ait été précisé que cela n'était pas nécessaire). Onze psychiatres n'ont jamais répondu au mail de contact. Parmi les 21 praticiens restants, deux ont initialement fait part de leur accord pour participer mais ont cessé de répondre avant qu'un rendez-vous ait pu être programmé, et deux autres ont demandé des informations supplémentaires (sur la durée de l'entretien et la possibilité d'accéder à la grille d'entretien avant la rencontre) sans donner suite. Un praticien n'a donné ni réponse claire ni explication, mais nous a suggéré de contacter l'un de ses collègues.

Un rendez-vous a ainsi été prévu avec 13 praticiens. L'un d'entre eux a malheureusement dû être annulé en raison d'un imprévu. Au total, 12 entretiens ont donc été réalisés en face-à-face entre janvier et mars 2019, dans plusieurs villes de France. Nous ne présentons toutefois ici que des résultats intermédiaires, portant sur 8 de ces douze entretiens. Les huit entretiens analysés pour ce travail ont été sélectionnés grâce à un tirage au sort effectué par l'investigatrice principale.

La durée moyenne d'entretien était de 58.6 minutes [24 – 97]. Notre échantillon comptait 5 femmes et trois hommes. Sur ces huit psychiatres, cinq avaient déjà eu à prendre en charge des individus dits « radicalisés ». Cette expérience clinique était toutefois très variable en termes de nombre de patients pris en charge (moins de cinq à plusieurs dizaines). Enfin, sur les huit praticiens interrogés, quatre avaient d'ores et déjà participé à un projet de recherche concernant la radicalisation et/ou les individus dits « radicalisés », un en tant que participant et trois en qualité d'investigatrice.

Le **tableau 3** présente les caractéristiques démographiques des psychiatres interrogés, ainsi que la durée de l'entretien réalisé. Le **tableau 4** résume les résultats de l'analyse qualitative menée sur les entretiens semi-directifs réalisés.

N°	Age (ans)	Sexe	Durée de l'entretien	Mode(s) d'exercice	Nombre d'années d'exercice	Exercice hospitalo-universitaire	Surspécialité(s)	Expérience dans le domaine de l'expertise psychiatrique pénale	Expérience dans l'évaluation et/ou la prise d'individus dits « radicalisés »	Participation antérieure à des projets de recherche concernant la radicalisation et/ou les individus dits « radicalisés »
1	56	F	1h30	Mixte : hospitalier (civil), CMP, médico-social et libéral	30	Non	Pédopsychiatrie	Non	Non	Non
2	38	F	1h37	Hospitalier (militaire)	9	Non	Psychiatrie adulte Psychotraumatologie	Non	Non	Non
3	53	H	1h16	Milieu carcéral	15	Non	Pédopsychiatrie Psychiatrie carcérale	Oui	Oui	Oui (sujet inclus)
5	68	H	0h40	Hospitalier (civil)	39	Non	Psychiatrie adulte	Oui	Oui	Oui (investigatrice)
6	47	F	0h41	Hospitalier (civil)	20	Oui	Gérontopsychiatrie	Non	Non	Non
7	57	F	0h57	Hospitalier (civil)	27	Oui	Pédopsychiatrie Psychotraumatologie	Oui	Oui	Non
9	48	H	0h24	Hospitalier (civil)	18	Oui	Pédopsychiatrie	Oui	Oui	Oui (investigatrice)
10	39	F	0h44	Hospitalier (civil)	10	Oui	Pédopsychiatrie Psychiatrie transculturelle Psychotraumatologie	Non	Oui	Oui (investigatrice)

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques des participants et durée des entretiens réalisés

Représentations de la radicalisation	La rencontre du patient dit « radicalisé »	Le psychiatre dans le réseau institutionnel	Le psychiatre au sein de la société
Une notion assez floue ▪ Une définition complexe ▪ Des liens variables entre radicalisation et religion ▪ Existence éventuelle de profils et/ou de parcours types **La radicalisation comme construit clinique extérieur à la nosographie psychiatrique** **La radicalisation comme symptôme** ▪ Réponse à une problématique d'ordre psychopathologique ▪ Désaffiliation et recherche d'un ailleurs fantasmatique ▪ Processus révélateur d'un besoin psychique lié à la nature-même de l'être humain **Une situation d'emprise** **Une transgression** ▪ Crime ▪ Rupture avec la société dans laquelle l'individu évolue ▪ « Modèle d'inconduite » **Une étiquette stigmatisante** **Croyances erronées autour de la radicalisation**	**Une situation somme toute assez banale** ▪ Accueillir le patient radicalisé comme tout autre patient ▪ Le sujet radicalisé comme sujet en souffrance ▪ Utiliser son savoir pour procéder à une évaluation psychiatrique ▪ Le langage comme outil de travail ▪ Risque lié à la banalisation **Permettre au patient de s'approprier la prise en charge qui lui est proposée** ▪ Nécessité d'une demande de soins de la part du patient ▪ Permettre l'élaboration d'une demande de soins propre de la part du patient ▪ Importance de la présence de la famille ▪ La barrière du silence ▪ Soins sous contrainte **Entreprendre un travail psychothérapeutique auprès de l'individu dit « radicalisé »** ▪ Les doutes sur la possibilité de mettre en œuvre un travail psychothérapeutique efficace ▪ Permettre une réaffiliation du sujet et obtenir un renoncement à l'action violente ▪ Une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée dispensée dans des structures de soins classiques par des professionnels disposant d'un savoir spécifique ▪ La temporalité : agir dans l'urgence ▪ Une prise en charge globale, centrée sur l'individu en tant que sujet ▪ Assurer la diffusion du savoir et des informations sur la radicalisation	**Des relations complexes entre le psychiatre et l'institution judiciaire** ▪ Distinguer la prise en charge médicale de la procédure judiciaire ▪ Le psychiatre : un professionnel soumis à une loi qu'il connaît mal ▪ Le risque d'instrumentalisation du psychiatre ▪ Ne pas perdre de vue le patient **L'exercice professionnel du psychiatre : un cadre défini par l'institution de soins** ▪ Travail en réseau et pluridisciplinarité ▪ Limites liées à l'organisation des soins ▪ De la nécessité de dissocier la prise en charge des individus dits « radicalisés » de celle des victimes d'actes terroristes **Psychiatres militaires : entre engagement au service de la sécurité nationale et loyauté envers les camarades blessés**	**Le psychiatre en tant que personne** ▪ Affects ▪ Mécanismes de défense ▪ Représentations stigmatisantes ▪ Croyances religieuses ▪ Convictions politiques ▪ Désir du psychiatre ▪ Limites personnelles **Dépasser l'émotion : le travail d'élaboration du psychiatre** ▪ Motivations de la décision médicale : l'émotion au premier plan ▪ Un travail de supervision nécessaire… pour les équipes de soin **La répartition des responsabilités** ▪ Responsabilité du psychiatre : protéger le patient et la sécurité nationale ▪ Responsabilité de l'individu dit « radicalisé » ▪ Responsabilité de la famille de l'individu dit « radicalisé » ▪ Responsabilité de l'institution scolaire ▪ Responsabilité de la société

Tableau 4 : Résultats de l'analyse qualitative menée sur les entretien semi-directifs réalisés

Chapitre 1 : Représentations de la radicalisation

La radicalisation : une notion assez floue

Une définition complexe

Au sein de notre échantillon, la notion de radicalisation était présentée comme une notion particulièrement difficile à définir. Plusieurs des psychiatres interrogés ont en effet indiqué qu'il s'agit selon eux d'un processus, plus ou moins rapide, plus que d'un état. Certains d'entre eux indiquaient par ailleurs que la définition de la notion de radicalisation leur semble susceptible de varier en fonction du milieu socio-culturel et de l'époque dans lesquels elle s'inscrit, ainsi qu'en fonction de la personne ou de l'institution qui l'énonce, ce qui expliquerait notamment les différences qui existent entre la définition qui peut en être faite par les psychiatres et celle qui est utilisée par la justice. Enfin, l'un des praticiens interrogés précisait que toute radicalisation n'implique pas nécessairement un recours à l'action violente.

Des liens variables entre radicalisation et religion

Pour plusieurs des psychiatres de notre échantillon, toute radicalisation ne serait pas nécessairement religieuse. A cela, l'un d'entre eux ajoutait que même dans le cas d'une radicalisation religieuse dite « islamiste », les sujets concernés présenteraient en réalité des connaissances et un attachement très variable à la religion qu'ils revendiquent.

Existence éventuelle de profils et/ou de parcours types

Bien que plusieurs des praticiens interrogés ait indiqué qu'il n'existe selon eux pas de profils types ni de parcours types chez les individus dits « radicalisés », certains des psychiatres de l'échantillon (parfois les mêmes, d'ailleurs), lorsqu'ils se trouvaient face aux cas cliniques proposés, ont toutefois procédé en comparant le patient présenté à des profils et/ou à des parcours d'individus dits « radicalisés » qui leur semblaient familiers. Ce recours aux profils types et/ou au parcours types ne concernait, au sein de notre échantillon, que des psychiatres ayant une expérience clinique de prise en charge d'individus dits « radicalisés », sans toutefois que cela concerne l'ensemble des praticiens disposant d'une telle expérience.

L'un des psychiatres interrogés a par ailleurs indiqué que la radicalisation n'épargne selon lui aucun milieu socio-professionnel et n'entretient que peu de liens avec la protection de l'enfance, dans le sens où les individus dits « radicalisés » ne seraient en réalité qu'une minorité à avoir été pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) au cours de leur vie.

La radicalisation comme construit clinique extérieur à la nosographie psychiatrique

Les liens entre radicalisation et maladie mentale décrits par les praticiens de notre échantillon étaient variables. Pour l'un d'entre eux, la radicalisation constituerait un construit clinique qui, du fait de son caractère extrêmement mouvant, comme en témoigne la complexité et l'évolutivité de sa définition, ne serait pas compatible avec une inscription dans la nosographie psychiatrique. Plusieurs des psychiatres interrogés établissaient pourtant des parallèles entre la radicalisation et des troubles psychiatriques constitués, parmi lesquels le plus fréquemment cité était l'addiction :

> *« Face à cette réticence, et sur son parcours, etc., je me dis… qu'il y a une addiction au langage radical. [Rires] D'une addiction aux produits toxiques, on passe à une addiction au langage radical »* (entretien n°1).

Par ailleurs, d'après certains des praticiens interrogés, la radicalisation serait susceptible d'être favorisée par un trouble psychiatrique sous-jacent, en particulier par un trouble dépressif ou un trouble de la personnalité. Enfin, l'un des psychiatres de notre échantillon soulignait que parmi les individus dits « radicalisés » qu'il a été amené à prendre en charge, seule une minorité présentait des troubles psychiatriques constitués.

La radicalisation comme symptôme

La radicalisation comme réponse à une problématique d'ordre psychopathologique

A l'exception de l'un d'entre eux, tous les psychiatres interrogés décrivaient l'engagement dans un processus de radicalisation comme une réponse apportée par l'individu concerné à une problématique d'ordre psychopathologique. Au sein de notre échantillon, la radicalisation était ainsi décrite tantôt comme une consolation narcissique, tantôt comme un cadre limitant offrant des repères fixes et rigides à l'individu, comme la recherche d'un idéal, comme une surenchère culturelle face à une famille ayant décidé de rompre avec sa propre culture ou encore comme une soif de vengeance envers un pays d'accueil que l'individu jugerait maltraitant envers lui-même et/ou envers ses proches.

Certains des praticiens de notre échantillon décrivaient également l'engagement dans un processus de radicalisation comme la conséquence de multiples psychotraumatismes ou encore, pour ce qui concerne les femmes dites « radicalisées », comme une forme d'évitement de la sexualité.

Par ailleurs, à l'exception de l'un d'entre eux, l'ensemble des psychiatres que nous avons interrogés se représentaient la radicalisation comme étant très intriquée avec le processus adolescent, dans lequel elle se présenterait comme une forme de prétexte permettant de mener à bien le processus de séparation-individuation compliqué par l'absence de tiers-séparateur ou de figure identificatoire satisfaisante.

La radicalisation comme réponse à une désaffiliation et à la recherche d'un ailleurs fantasmatique

Pour certains des praticiens que nous avons interrogés, l'engagement dans un processus de radicalisation répondrait à la quête de réaffiliation d'individus se percevant comme désaffiliés, c'est-à-dire exclus de tout groupe social. Ces individus trouveraient ainsi, en se radicalisant, une nouvelle identité et un groupe auquel s'identifier et appartenir dans un ailleurs fantasmatique :

> *« Ils se disent "Bon ben cette famille je n'en veux pas, j'en veux une autre, donc je me barre très très loin et je vais... Et le copain avec qui j'y vais, je vais retrouver une nouvelle famille et je vais avoir des copains qui sont mes frères et mes sœurs, et un mari, une femme, etc., tout sera pur et beau et merveilleux". Ce qui est un fantasme complet »* (entretien n°3).

La radicalisation comme processus révélateur d'un besoin psychique lié à la nature humaine

Enfin, pour l'un des psychiatres de notre échantillon, la radicalisation constituerait un processus révélant un besoin psychique lié à la nature-même de l'être humain, et repris par l'ensemble des mythes fondateurs :

> *« On voyait des gamins qui partaient en rupture complète avec leur famille et tout le reste, et moi je m'étais dit "Mais qu'est-ce qui fait qu'un gamin va quitter sa famille, éventuellement le boulot quand il a un boulot, sa formation, le tout où il va bien, pour partir dans un pays où il ne connaît rien, sous l'appel du message de*

Dieu ?". Bon cette question-là, quand elle est formulée comme ça - je ne sais pas si vous avez fait votre catéchisme jadis, moi je l'ai fait -, et dans la Genèse il y a… il y a, à un moment donné, Dieu qui dit à Abraham - le truc archi connu de tous, etc. - : "Tu quitteras ton pays, ta famille, la maison de ton père, et tu partiras dans le pays que je te montrerai". Ces gamins refont exactement le même processus. Et si c'est écrit dans la Bible à 2000 ans d'intervalle, ce n'est pas du hasard, c'est qu'il y a des fondements, des fonctions psychiques de l'être humain » (entretien n°3).

La radicalisation comme situation d'emprise psychique

A l'exception de l'un d'entre eux, l'ensemble des praticiens qui constituent notre échantillon décrivaient le processus de radicalisation comme un processus d'embrigadement conduisant à une situation d'emprise psychique. Pour deux des psychiatres interrogés, ce processus d'embrigadement passerait d'ailleurs notamment par l'acquisition d'un nouveau langage :

« Dès qu'on touche au vocabulaire, et dès que les gens commencent à vous expliquer… Enfin ils sont pris dans leur langage par d'autres mots qui ne sont pas ceux qu'ils ont appris par leurs parents … Euh… ben là, on est dans quelque chose qui devient très grave » (entretien n°1).

La radicalisation comme transgression

L'analyse que nous avons menée montre que plusieurs des psychiatres interrogés se représentaient la radicalisation comme une transgression voire, pour certains, comme un crime. Pour certains des praticiens qui constituent notre échantillon, l'engagement dans un processus de radicalisation acterait une rupture entre l'individu dit « radicalisé » et la société dans laquelle il évolue. Pour d'autres, enfin, la radicalisation représenterait ce que l'un d'entre eux a explicitement nommé « *un modèle d'inconduite* » (entretien n°5).

La radicalisation comme étiquette stigmatisante

D'après certains des praticiens de notre échantillon, la notion de radicalisation constituerait une étiquette très stigmatisante pour les individus auxquels elle est attribuée. Cette « étiquette » conduirait d'ailleurs, selon certains des psychiatres que nous avons interrogés, à une stigmatisation

touchant non seulement les individus dit « radicalisés » eux-mêmes, mais également les personnes de religion musulmane ainsi que, plus globalement, les populations d'origine maghrébine résidant en France.

Les croyances erronées autour de la radicalisation

Enfin, l'analyse que nous avons réalisée a permis de mettre en évidence des croyances erronées concernant la radicalisation chez l'un des psychiatres interrogés. Ce praticien se représentait en effet la radicalisation comme étant une problématique exclusivement religieuse et exclusivement liée à l'islam, mais également comme la conséquence directe d'erreurs éducatives commises par les parents. D'autre part, d'après ce psychiatre, la radicalisation épargnerait certains milieux socio-professionnels et socio-culturels.

Chapitre 2 : La rencontre du patient dit « radicalisé »

Une situation somme toute assez banale

Pour l'ensemble des praticiens qui constituent notre échantillon, la rencontre du patient dit « radicalisé » apparaissait comme une situation somme toute assez banale. En effet, ils estimaient devoir accueillir le patient dit « radicalisé » comme tout autre patient, sans distinction ni discrimination. Cela semblait faire écho au fait que la plupart d'entre eux se représentait l'individu dit « radicalisé » qui leur était présenté à travers les vignettes cliniques comme un sujet en souffrance.

Passé le premier temps de la rencontre, tous les psychiatres que nous avons interrogés et mis en situation faisaient appel à leur savoir clinique pour procéder à une évaluation psychiatrique visant non seulement à éliminer un trouble psychiatrique constitué, mais également à identifier d'éventuelles problématiques d'ordre psychopathologique. Ce savoir était également mobilisé par la plupart des praticiens de notre échantillon pour tenter de circonscrire, face au discours du patient, la frontière entre croyance et délire.

Dans ce contexte de mise en situation, plusieurs des praticiens interrogés ont également indiqué qu'ils utilisaient leur outil de travail habituel, à savoir le langage.

Enfin, si tous les psychiatres que nous avons interrogés s'accordaient à dire que la rencontre du patient dit « radicalisé » constitue une situation finalement assez banale, plusieurs d'entre eux ont toutefois

souligné que cette banalisation est susceptible de représenter un risque, en ceci qu'elle pourrait conduire le praticien à passer à côté d'une situation nécessitant une attention et une vigilance particulières.

Permettre au patient de s'approprier la prise en charge qui lui est proposée

Mis en situation grâce aux trois vignettes cliniques proposées, tous les praticiens qui constituent notre échantillon abordaient la question de la demande du patient. Pour plusieurs d'entre eux, la prise en charge de l'individu dit « radicalisé » nécessite que celui-ci s'approprie l'accompagnement proposé en parvenant à élaborer et à formuler une demande de soins qui lui soit propre. Certains des psychiatres que nous avons interrogés repéraient ainsi d'éventuels freins à l'élaboration de cette demande par le patient, et soulignaient notamment que la barrière du silence, lorsque le patient reste mutique et refuse d'échanger avec le professionnel de santé, pourrait constituer un frein majeur.

Pour la plupart des praticiens interrogés, il est important, pour permettre l'élaboration d'une demande par le patient, de permettre la rencontre du psychiatre et du sujet dit « radicalisé », ce qui passerait essentiellement par le fait d'offrir au patient un espace de parole protégé et qui lui soit propre, dans lequel il puisse, avec ses propres mots, raconter son histoire et verbaliser ses ressentis. D'après certains des praticiens de notre échantillon, pour que cette rencontre puisse se produire, il serait primordial que le patient établisse un lien de confiance avec le psychiatre. Plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés indiquaient également qu'il leur paraissait nécessaire de ne pas se montrer trop intrusifs et de veiller à tenir à distance l'inquiétude que pouvaient exprimer les personnes (famille, responsables de l'établissement scolaire, etc.) qui entouraient l'individu dit « radicalisé ».

Par ailleurs, tous les praticiens de notre échantillon ont souligné qu'il leur semblerait très important de pouvoir compter sur la présence des proches de l'individu dit « radicalisé » qu'ils seraient amenés à prendre en charge, car la famille apparaissait à ces psychiatres comme susceptible de formuler elle-même une demande de soins pour l'individu dit « radicalisé ». En effet, dans le cas des sujets mineurs, ce sont les tuteurs légaux de l'enfant qui sont amenés à décider de la mise en place des soins, et dans le cas des sujets majeurs, les membres de la famille peuvent éventuellement être sollicités pour formuler une demande de soins sous contrainte pour leur proche. Plusieurs des psychiatres interrogés envisagaient d'ailleurs d'éventuels soins sous contrainte pour les patients décrits dans nos trois vignettes cliniques, certains allant jusqu'à verbaliser l'idée de demander une ordonnance de placement provisoire (OPP) afin de pouvoir prodiguer des soins psychiatriques à un mineur malgré l'opposition de ses parents à ces soins, le cas échéant.

Entreprendre un travail psychothérapeutique auprès de l'individu dit « radicalisé »

Les doutes sur la possibilité de mettre en œuvre un travail psychothérapeutique efficace

Si la plupart des psychiatres que nous avons interrogés estimaient qu'un travail psychothérapeutique pouvait être envisagé auprès des individus dits « radicalisés » présentés, d'autres verbalisaient en revanche des doutes importants quant à l'éventuelle efficacité de ce type de prise en charge. Ces doutes, chez les praticiens qui les formulaient, étaient le plus souvent présentés comme étant liés au parcours de vie antérieur du patient considéré :

> *« Franchement je… je doute que là… enfin vu le parcours de vie antérieur, enfin c'est quand même quelqu'un qui est tellement tellement tellement fragile que… [Souffle] …enfin qu'il peut… il peut basculer à tout moment, rebasculer à tout moment, enfin je veux dire… »* (entretien n°2).

Permettre une réaffiliation du sujet et obtenir un renoncement à l'action violente

Pour ceux qui, parmi les psychiatres que nous avons interrogés, envisageaient un tel travail, l'un des objectifs majeurs du travail psychothérapeutique était de permettre une réaffiliation de l'individu dit « radicalisé ». Pour certains des praticiens de notre échantillon, cette réaffiliation passait notamment par un travail de réinsertion visant à recréer un maillage social autour du sujet pris en charge et à lui permettre d'élaborer et de mener à bien un projet de vie qui lui convienne.

Pour plusieurs des psychiatres interrogés, la réaffiliation du sujet passerait également par l'ouverture de nouvelles voies identificatoires pour le sujet, en particulier pour ce qui concerne les adolescents. L'idée serait ici de permettre à l'individu dit « radicalisé » de rencontrer de nouvelles personnes auxquelles s'identifier, de nouveaux modèles. Dans le même ordre d'idée, certains des praticiens qui constituent notre échantillon pensaient pouvoir jouer un rôle de tiers séparateur auprès de ceux qui, parmi les sujets dits « radicalisés » présentés, apparaissaient pris dans des dynamiques relationnelles intra-familiales particulièrement fusionnelles.

Par ailleurs, pour l'un des praticiens que nous avons interrogés, l'un des objectifs majeurs du travail psychothérapeutique susceptible d'être mené auprès d'individus dits « radicalisés » consisterait à obtenir un renoncement de cet individu à l'action violente.

Une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée dispensée dans des structures de soins classiques par des professionnels disposant d'un savoir spécifique

D'après plusieurs des psychiatres qui constituent notre échantillon, il serait nécessaire, pour pouvoir prendre en charge des individus dits « radicalisés », de disposer d'un savoir spécifique concernant la radicalisation. Il paraît d'ailleurs intéressant de noter que, parmi ces psychiatres, certains possédaient une expérience clinique en matière de radicalisation, alors que d'autres non. Certains des praticiens que nous avons interrogés ont par ailleurs indiqué qu'il leur semble nécessaire, pour assurer ce type de prise en charge, de disposer d'un savoir théologique leur permettant d'aborder la question religieuse avec le patient dit « radicalisé ».

D'autre part, s'agissant de la question des structures de soins, plusieurs des psychiatres de notre échantillon ont précisé qu'il ne leur semble pas opportun de créer des centres ou des services spécifiquement dédiés à la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ».

Concernant le profil des professionnels auxquels la prise en charge psychothérapeutique des individus dits « radicalisés » devrait être confiée, plusieurs des praticiens interrogés ont indiqué qu'il leur semble plus pertinent, de manière générale, de faire intervenir des pédopsychiatres que des psychiatres car l'abord pédopsychiatrique s'inscrit moins, à leurs yeux, dans un recours systématique à la nosographie que l'approche utilisée en psychiatrie adulte :

> *« Je pense que la pédopsychiatrie est plus adaptée que la psychiatrie adulte, parce que là du coup tout de suite ça rentre dans la pathologie donc c'est euh... c'est déjà euh... stigmatisant, et on n'est pas sûrs que ce soit dans le cadre d'une pathologie »* (entretien n°10).

Enfin, plusieurs des psychiatres interrogés présentaient la pluridisciplinarité comme étant l'une des clés de la prise en charge psychothérapeutique des individus dits « radicalisés ». L'un des psychiatres interrogés, amené à rencontrer régulièrement des individus dits « radicalisés » dans le cadre de sa pratique clinique, indiquait par exemple qu'il s'efforce de toujours assurer la première consultation de ces prises en charge en binôme avec un psychologue, afin notamment de minimiser le risque de sidération lié au discours du patient. D'autres praticiens, parmi ceux que nous avons interrogés, ont également indiqué qu'il leur semble pertinent d'impliquer dans ce type de prise en charge des psychiatres disposant d'une formation en psychiatrie transculturelle. Enfin, certains des psychiatres de notre échantillon ont souligné qu'il leur paraît essentiel d'associer des représentants du culte à l'accompagnement psychothérapeutique des individus dits « radicalisés ». En effet, selon ces praticiens, il ne s'agirait pas de conduire le sujet à renoncer à ses croyances religieuses, qui

constitueraient en réalité l'une des ressources psychiques de l'individu, mais de lui permettre de bénéficier d'un éclairage autre que radical sur sa religion :

> *« Mais [emphase] **pour toi**, les sept piliers c'est quoi ? Et là au bout d'un moment il y a quelque chose qui est que du coup, le gamin s'autorise à vous parler religion ou pas. Et pas de l'interprétation de religion. Parce que l'interprétation de la religion, [emphase] **ça** c'est dangereux »* (entretien n°7).

La temporalité : agir dans l'urgence

La plupart des psychiatres que nous avons interrogé verbalisaient, lors de la confrontation aux trois vignettes cliniques proposées, le sentiment d'une urgence à agir. Selon les cas, cela pouvait les conduire à proposer un nouveau rendez-vous dans les jours suivants ou une hospitalisation immédiate. Plusieurs d'entre eux ont également indiqué que, confrontés à une situation réelle identique à celles présentées lors de la mise en situation, ils donneraient priorité à ces consultations dédiées à des patients dits « radicalisés », quitte à annuler ou à repousser les rendez-vous prévus pour d'autres patients, à prendre sur leur temps de repas ou de repos, ou encore à sacrifier leur temps de formation et de recherche.

Une prise en charge globale, centrée sur l'individu en tant que sujet

Plusieurs des praticiens qui constituent notre échantillon ont mis l'accent sur l'importance que revêt, à leurs yeux, le fait de définir le cadre thérapeutique mis en place pour l'accompagnement psychothérapeutique d'individus dits « radicalisés ». Pour certains d'entre eux, ce cadre doit pouvoir être adapté, si nécessaire, aux besoins du patient pris en charge. Cela s'est manifesté, par exemple, par la proposition faite par l'un des psychiatres interrogés d'hospitaliser la jeune Camille, 17 ans, en unité mère-enfant avec sa maman, alors même que les services de ce type accueillent généralement plutôt des nourrissons.

Par ailleurs, bien que plusieurs d'entre eux aient souligné combien il leur semble important que l'individu dit « radicalisé » puisse établir un lien de confiance avec le psychiatre chargé de son suivi, certains des praticiens que nous avons interrogés indiquaient qu'il leur paraissait souhaitable de ne pas accorder une confiance aveugle au patient et de pouvoir remettre son discours en question, même

s'ils ne faisaient pas part au patient concerné de leurs doutes concernant son authenticité. D'autres praticiens, en revanche, faisaient le choix de croire leur patient par principe, mais se saisissaient alors de son discours pour lui proposer les soins qu'ils jugaient adaptés et nécessaires :

> *« Il ne critique pas les attentats terroristes, bon. Il me dit qu'il n'a rien renoué avec ses anciens contacts, il est effaré au vu des événements récents. Ben moi, je le crois, hein ! Moi, je le crois mon patient. Si c'est… Bah oui, je ne peux faire que le croire, donc je propose un traitement antidépresseur »* (entretien n°6).

Concernant le travail psychothérapeutique effectué auprès d'individus dits « radicalisés », les psychiatres que nous avons interrogés insistaient lourdement sur la nécessite, à leurs yeux, de replacer cet individu en tant que sujet. Cela implique notamment, selon eux, de pouvoir proposer à ces patients une prise en charge globale, qui ne soit pas uniquement centrée sur la problématique de la radicalisation et puisse tenir compte non seulement de leur parcours de vie dans son ensemble, mais également, si nécessaire, de leurs besoins en termes de prise en charge sociale ou encore somatique. Cela impliquerait également de réinscrire l'étape de l'engagement radical dans l'histoire de vie de l'individu et de questionner ses désirs pour l'avenir, ce qui pourrait passer notamment par le fait d'interroger les origines et la religiosité de la famille du patient.

Pour les praticiens qui constituent notre échantillon, la recherche d'un discours propre de l'individu constituerait également l'un des aspects majeurs du travail psychothérapeutique visant à replacer l'individu dit « radicalisé » en tant que sujet. Cela impliquerait notamment d'évaluer le degré d'adhésion du patient au discours radical, de l'aider à repérer les étapes du processus d'embrigadement auquel il a été soumis et de questionner, le cas échéant, l'ambivalence de son discours. Cette ambivalence, lorsqu'elle était identifiée par les praticiens dans les vignettes cliniques proposées, était d'ailleurs perçue comme une demande cachée du patient.

Enfin, la plupart des praticiens de notre échantillon ont insisté sur l'importance que revêt, pour eux, le travail sur les émotions, émotions que le processus d'embrigadement tendrait à supprimer :

> *« Sans compter qu'être confronté aux vidéos, machin, décapitations, patin-couffin, j'ai envie de te dire, euh… Parler des [emphase] **contenus** des vidéos, c'est aussi parler des émotions qu'il a pu avoir ou ne pas avoir… Pas d'émotion m'embête plus que s'il a des émotions »* (entretien n°7).

« Parce que généralement, au début ils sont dégoûtés, ils ont hon-… et puis petit à petit, ils se forgent une espèce de carapace en s'identifiant à une espèce de virilité très… très cruelle, qui les conforte dans leur position » (entretien n°5).

Par ailleurs, pour plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés, il était primordial de proposer un accompagnement à la famille des individus dits « radicalisés » présentés, notamment des parents. D'après ces praticiens, la famille du sujet concerné serait en effet susceptible d'être mise en difficulté à la fois par les accusations de radicalisation pesant sur leur proche, par la stigmatisation qui pourrait en découler, par les reproches qui pourraient leur être adressés par la société, qui estimerait qu'ils ont failli à leur tâche de parents, ou encore par le déroulement de l'enquête judiciaire, lorsqu'elle a lieu. Pour certains des participants, le soutien à la parentalité proposé aux parents de l'individu dit « radicalisé » fait également partie intégrante du processus de réaffiliation de cet individu, que nous avons évoqué plus haut. D'autres considéraient quant à eux qu'il est d'autant plus important d'accompagner les proches du patient qu'ils constituent un soutien essentiel de l'individu tout au long du travail psychothérapeutique entrepris.

D'autre part, si certains des praticiens de notre échantillon estimaient qu'il était nécessaire, dans le cadre du travail psychothérapeutique proposé à l'individu dit « radicalisé » présenté, de faire appel à la rationalité de ce patient, plusieurs des psychiatres interrogés affirmaient toutefois qu'il leur paraissait inutile et vain de tenter de recourir à d'éventuels contre-discours. Pour l'un d'entre eux, bénéficiant d'une expérience clinique importante en matière de radicalisation, il s'agirait de parvenir à mobiliser la rationalité du patient, à le faire réfléchir, mais cela ne lui paraît envisageable qu'en passant d'abord par le registre des émotions.

Assurer la diffusion du savoir et des informations sur la radicalisation

Enfin, d'après l'un des praticiens que nous avons interrogés, il serait primordial d'assurer une bonne diffusion de l'information concernant la radicalisation auprès des professionnels de santé mais également des familles, ce qui, pour ce psychiatre, passerait notamment par l'affichage obligatoire dans tous les lieux de soin du numéro vert destiné à l'accueil des familles confrontées à la radicalisation d'un proche et par la formulation de recommandations de bonnes pratiques dédiées à la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ».

Chapitre 3 : Le psychiatre dans le réseau institutionnel

Des relations complexes entre le psychiatre et l'institution judiciaire

Distinguer la prise en charge médicale de la procédure judiciaire

Lorsqu'ils étaient mis en situation grâce aux trois vignettes cliniques proposées, plusieurs des psychiatres de notre échantillon tendaient à séparer le soin de la justice et à les opposer comme deux entités qui semblaient inconciliables :

> *« C'est-à-dire euh… ouais, voilà, essayer de faire [emphase] **contrepoids** et de lui faire entendre [emphase] **raison**. [Court silence] S'il est accessible… [Hésite] S'il est [emphase] **encore** accessible. S'il ne l'est plus, ben là effectivement peut-être que… [Hésite] …c'est à la justice d'en décider »* (entretien n°2).

Pour eux, il y aurait ainsi deux temps distincts dans la prise en charge et l'accompagnement de l'individu dit « radicalisé » : un temps médical et psychiatrique, lors duquel le patient serait encore accessible aux soins et susceptible d'évoluer vers un processus de désengagement, puis un temps judiciaire lors duquel l'individu, trop engagé dans son processus de radicalisation pour être accessible à un travail psychothérapeutique (voire ayant déjà recouru à l'action violent), devrait être confié à la justice.

C'est pourtant parfois l'institution judicaire qui fait appel aux psychiatres, comme c'est le cas lorsqu'une expertise psychiatrique est demandée ou qu'une injonction de soins est prononcée. Plusieurs des psychiatres qui constituent notre échantillon ont d'ailleurs insisté sur le fait qu'il leur semble essentiel de bien distinguer ces différents rôles, l'expertise et l'injonction de soins devant être, lorsqu'elles sont toutes les deux nécessaires, confiées à deux praticiens différents.

Pour plusieurs des psychiatres interrogés, l'injonction de soins constitue une situation particulière. Certains d'entre eux estiment en effet que la mise en place d'une injonction de soins fait disparaître la question de la demande du patient, qui serait pourtant centrale dans les prises en charge psychiatriques habituelles. De plus, lors des mises en situation, plusieurs des praticiens de notre échantillon vivaient cette mesure comme une injonction non seulement pour le patient, mais également pour eux-mêmes, et ne se sentaient dès lors pas autorisés à refuser la prise en charge qui leur était confiée. Cela pouvait d'ailleurs les conduire à envisager de dépasser le champ de leur compétence, par exemple en acceptant de répondre à des questions portant sur l'évaluation de la dangerosité potentielle du patient alors même qu'ils n'y étaient pas formés :

> *« Après peut-être que je m'aiderais des grilles, je sais qu'ils ont fait des grilles à la… Il y a des grilles qui ont été pensées. Je n'aime pas trop mettre dans des cases mais bon, s'il faut vraiment estimer un risque de dangerosité, peut-être que je citerais une grille et que je mettrais "Sur ce plan-là, il y a ça ; sur ce plan-là, il n'y a pas ça" pour m'aider »* (entretien n°10).

Le suivi socio-judiciaire dans le cadre duquel était prononcée l'injonction de soins dans la vignette n°3 était également susceptible de constituer un cadre rassurant pour les psychiatres auquel cette injonction était confiée. En effet, pour plusieurs des praticiens que nous avons interrogés, ce suivi offrait un cadre ferme et limitant pour le patient, et permettait un partage des responsabilités qui soulageait le psychiatre dans sa prise en charge. Pour d'autres, le fait que le patient soit contraint de se soumettre à ce suivi représentait une opportunité pour lui d'accéder à des soins et d'élaborer une demande qui lui soit propre afin d'amorcer un réel travail psychothérapeutique.

Enfin, lors de la mise en situation liée à la vignette clinique numéro 3, l'un des psychiatres interrogés présentait l'hospitalisation du patient comme une alternative à une incarcération :

> *« Vous n'allez pas l'incarcérer, lui, merde ! Il est à haut risque mais… On est psychiatre là, c'est un peu notre cœur de métier au sens émotion »* (entretien n°7).

Le psychiatre : un professionnel soumis à une loi qu'il connaît mal

Si plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés ont rappelé, lors des mises en situation proposées, qu'ils étaient soumis à un certain nombre de dispositions légales concernant les injonctions de soins, la protection des mineurs, le signalement des individus dangereux et le respect du secret médical, certains des praticiens ont toutefois indiqué qu'ils n'avaient pas connaissance de certaines des dispositions susceptibles de les concerner. Ils s'interrogeaient ainsi sur l'existence d'éventuelles mesures législatives spécifiques à la situation des individus dits « radicalisés », sur les sanctions judiciaires encourues par ces individus ainsi que sur le fonctionnement des injonctions de soins.

Le risque d'instrumentalisation du psychiatre par l'institution judiciaire

Pour l'un des psychiatres que nous avons interrogés, tout risque d'instrumentalisation du psychiatre par l'institution judiciaire serait désormais écarté car, selon, lui, les représentants de l'autorité judiciaire auraient bien compris qu'il n'existe que peu de liens entre radicalisation et maladie mentale.

Pourtant, à l'exception de l'un d'entre eux, tous les autres praticiens de notre échantillon ont verbalisé des inquiétudes quant à un risque d'instrumentalisation du psychiatre par l'institution judiciaire, à l'égard de laquelle ils se montraient donc particulièrement méfiants, insistant alors fortement sur la séparation des rôles :

> *« C'est le Juge qui décide, hein, ce n'est pas le pédopsy qui juge de quoi que ce soit »* (entretien n°1).

Les inquiétudes de ces praticiens touchaient notamment à la question de l'évaluation du risque que l'individu dit « radicalisé » était susceptible de représenter pour la sécurité nationale. Si, lors de la mise en situation, la majorité des psychiatres interrogés repérait et soulignait spontanément les éléments qui, selon eux, marquaient la dangerosité du patient présenté, tous les psychiatres de notre échantillon ont toutefois indiqué combien il leur paraissait difficile d'évaluer cette dangerosité, et trois d'entre eux ont posé clairement leur refus de procéder à une telle évaluation. Plusieurs d'entre eux s'interrogeaient également quant aux situations justifiant ou non de signaler le patient aux représentants de l'autorité judiciaire :

> *« Je suis très embêtée. Je suis très embêtée, parce que je ne sais pas comment on fait quand quelqu'un vient nous donner ça, nous livrer ça en entretien. Je ne sais pas si on appelle la [emphase]* ***police****, je ne sais pas ce qu'on fait. Euh… [A voix basse] peut-être qu'il faut appeler la police »* (entretien n°6).

Par ailleurs, les inquiétudes des praticiens qui, dans notre échantillon, exprimaient leurs craintes concernant un risque d'instrumentalisation des psychiatres par l'institution judiciaire concernaient également la question du secret médical :

> *« Le secret médical il est fictif, hein. Moi j'ai déjà eu des expertises, le… le… le… le Juge des Enfants, je dis "Je vous envoie le dossier médical", mais une boîte comme ça une fois [Montre la taille de la boîte], un truc hallucinant, une boîte comme ça ! Non, les dossiers de commission rogatoire, ils saisissent les dossiers de gamin depuis l'enfance. Bon il est en taule à ***[Ville]***. Le secret médical, pour la justice, il est fictif, hein. Il n'y a même pas besoin de justifier le bien-fondé d'une commission rogatoire. "Je veux le dossier", point. Pourquoi ça ? "Parce que je suis le Juge, vous n'avez pas le droit de refuser". Bon bah ok. Donc le secret médical... pour la justice, hein »* (entretien n°3).

Ces interrogations autour de la préservation du secret médical concernaient tous les praticiens de notre échantillon, à l'exception de l'un d'entre eux.

Ne pas perdre de vue le patient

Enfin, plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés estiment qu'ils risquent, dans leurs rapports avec l'institution judiciaire, de perdre de vue le patient qu'ils prennent en charge, qui est pourtant directement concerné par les décisions prises. Certains des praticiens de notre échantillon insistent sur le fait que, pour parer à ce risque, le psychiatre doit avoir conscience du poids accordé à sa parole par les responsables de l'institution judiciaire, et plus généralement par la société :

> *« Et à partir du moment où on a dit "On a vu un psy", euh… enfin… [Hésite] Oui, c'est que ce psy ait suffisamment [emphase]* ***de temps*** *pour que l'importance [emphase]* ***qu'on lui donne*** *ne soit pas dévoyée, hein. Parce que si tu analyses en un quart d'heure et puis qu'en un quart d'heure tu dis "Bah voilà, je… je n'ai rien perçu… voilà, qui puisse être de mon registre", après il faut savoir que c'est quand même pris comme parole d'évangile, donc je veux dire c'est quand même une [emphase]* ***sacrée responsabilité*** *de dire que tu estimes que ce n'est pas… de ton domaine »* (entretien n°2).

Par ailleurs, plusieurs des praticiens que nous avons interrogés ont indiqué qu'il leur paraissait nécessaire d'être transparents envers le patient présenté concernant les informations communiquées ou non le concernant aux représentants de l'autorité judiciaire.

Enfin, l'un des psychiatres de notre échantillon a souligné qu'il lui semblait primordial de prendre le temps d'expliquer ses conclusions au magistrat qui les demandait et de ne pas hésiter à lui confier ses doutes :

> *« C'est mieux de douter à plusieurs que d'avoir des certitudes à plusieurs. Au moins on pense à l'individu qu'il y a en face de nous, et ça permet de mettre du sens à notre métier. Le sien comme le nôtre »* (entretien n°7).

L'exercice professionnel du psychiatre : un cadre défini par l'institution de soins

Travail en réseau et pluridisciplinarité

La plupart des psychiatres que nous avons interrogés ont souligné, lors de la mise en situation, combien il leur semblait important de s'inscrire dans un travail en réseau et d'élaborer des prises en charge pluridisciplinaires pour les individus dits « radicalisés » présentés, en y associant non seulement des professionnels de santé (psychiatres, médecins coordonnateurs des injonctions de soins,

psychologues, infirmiers), mais également des éducateurs, des travailleurs sociaux, des représentants du culte et, lorsque c'est nécessaire, des membres de l'institution judiciaire (Préfet, magistrats, Protection Judiciaire de la Jeunesse).

Les mises en situation proposées ont toutefois fait apparaître un risque de dilution des responsabilités lié à ce travail en réseau. Deux des psychiatres interrogés se sont en effet refusés à assumer la responsabilité d'une décision (de signalement pour l'un [vignette n°1], d'hospitalisation sous contrainte pour l'autre [vignette n°2]), mettant alors en avant que cette décision relevait selon eux d'un autre des intervenants (établissement scolaire pour l'un [vignette n°1], Préfet pour l'autre [vignette n°2]) impliqués dans la prise en charge de ce patient.

Limites liées à l'organisation des soins

Par ailleurs, plusieurs des psychiatres interrogés ont indiqué, lors des mises en situation réalisées, qu'ils seraient limités, du fait de problématiques liés à l'organisation des soins, dans leurs possibilités de prise en charge du patient présenté. D'après ces praticiens, ce type de prise en charge serait en effet extrêmement chronophage, donc peu compatible avec la réalité de leur exercice quotidien et le rythme de travail qui leur est imposé. L'une d'entre eux se sentait également limitée par son mode d'exercice, l'activité libérale lui semblant peu propice à ce type de prise en charge car impliquant un accès plus difficile à un réseau pluridisciplinaire. Enfin, l'un des praticiens interrogés expliquait qu'il formulerait à contrecœur une demande d'hospitalisation sous-contrainte pour l'un des patients présentés, car une telle mesure impliquerait que le patient soit adressé à l'hôpital psychiatrique du CHU dont il dépend, établissement qui, du fait du manque de moyens humains et financiers dont il souffre, lui semblait plus propice à une mise l'écart du patient dans un lieu sécurisé qu'à un réel travail psychothérapeutique.

De la nécessité de dissocier la prise en charge psychiatrique des individus dits « radicalisés » de celle des victimes d'actes terroristes

Enfin, il est apparu que plusieurs des psychiatres de notre échantillon aveaient déjà été amenés à prendre en charge à la fois des individus dits « radicalisés » et des victimes d'attentat terroriste. D'après ces praticiens, il serait possible pour un même médecin de recevoir ces deux types de patients, mais cela impliquerait de pouvoir cloisonner leur pratique de manière à bénéficier d'un temps et d'un

espace dédiés à ces deux populations. Interrogés sur la justification de ce cloisonnement, l'un des praticiens interrogés mettait en avant son désir de limiter le risque de survenue d'un état de dissociation chez le psychiatre, état qu'il avait eu l'occasion d'expérimenter lorsqu'il avait eu à prendre en charge en l'espace de deux jours à la fois des victimes d'attentat et un individu dit « radicalisé ». Une autre des psychiatres interrogés expliquait quant à elle que ce cloisonnement dans le temps (et si possible dans l'espace) visait à éviter que des victimes d'actes terroristes et des individus dits « radicalisés » ne soient amenés à se croiser sur le lieu de soins, ce qui, selon cette praticienne, ne pourrait qu'alimenter l'incompréhension mutuelle et mettre en difficulté les uns et les autres. Evoquant un film qu'elle avait récemment visionné, elle expliquait ainsi :

> *« C'était très intéressant sur le quiproquo réciproque, qui en fait est basé juste sur une chose, c'est la peur de mourir. Et de perdre son identité. Son identité de militaire et son identité de… Voilà. Et c'est la même chose si on les met dans la salle d'attente. C'est une incompréhension. Voilà »* (entretien n°7).

Psychiatres militaires : entre engagement au service de la sécurité nationale et loyauté envers les camarades blessés

L'un des praticiens interrogés est une psychiatre militaire. L'analyse de son discours a permis de mettre en évidence quelques particularités intéressantes. Tout d'abord, tout au long de l'entretien, cette psychiatre s'est volontiers prêtée à l'exercice proposé et mettait en avant la nécessité de s'engager dans la prise en charge des patients qui lui étaient confiés. Cette valeur d'engagement occupait une place prépondérante dans son discours. Elle indiquait donc qu'elle accepterait de recevoir des individus dits « radicalisés », ce qui, selon elle, irait dans le sens de son engagement au service de la sécurité nationale.

Elle se montrait toutefois assez réticente à l'idée d'avoir à prendre en charge ces patients au sein d'un hôpital militaire. Cela nécessiterait en effet, selon elle, de disposer d'un lieu dédié au sein de l'hôpital afin d'éviter que des individus dits « radicalisés » ne soient amenés à croiser des patients militaires qui pourraient avoir été blessés sur des théâtres d'opérations extérieures :

> *« Alors après… là où ce serait peut-être un peu plus compliqué, c'est sûr que… [Souffle] C'est toujours pareil, hein, faire attendre dans la même salle d'attente un… [Soupire] … un militaire qui revient de mission euh… qui… [Hésite] …enfin voilà, des gens quand même qui font partie, certains, de commandos… enfin de commandos quand même*

[emphase] très engagés sur un plan opérationnel, enfin voilà qui… qui vraiment vont… au combat [emphase] ***corps à corps****, et puis le faire attendre dans la salle d'attente avec quelqu'un qui… n'a pas forcément [emphase]* ***envie*** *de dissimuler son appartenance religieuse… - parce que bon ça… ça s'inscrit quand même dans une forme de [emphase] prosélytisme -, ça je pense que ce serait quand même compliqué, hein. Enfin ce serait même euh… même plus que compliqué, ce serait [emphase]* ***manquer de respect*** *aux patients militaires. Non. […] Je ne vois pas comment on pourrait [emphase]* ***donner du sens*** *à ce… à ce mélange des genres »* (entretien n°2).

Cette psychiatre verbalisait également un intense sentiment de loyauté à l'égard de ses camarades militaires. Elle indiquait en effet que si elle-même pourrait accepter de prendre en charge des individus dits « radicalisés », elle concevait néanmoins parfaitement que ce ne soit pas le cas de tous ses camarades :

« Mais bon après je [emphase] ***comprends*** *que… certains qui ont été blessés [emphase]* ***dans leur chair*** *euh… puisse avoir euh… [Tout bas] …des idées plus… [Claquement de langue] …comment dire euh… plus radicales sur la question »* (entretien n°2).

Chapitre 4 : Le psychiatre au sein de la société

Le psychiatre en tant que personne

Affects

Les mises en situation proposées ont entraîné l'émergence de nombreux affects chez les psychiatres interrogés. Le plus représenté de ces affects, au sein de notre échantillon, était la peur. L'ensemble des praticiens que nous avons mis en situation ont en effet déclaré éprouver des affects du registre de la peur, à différents degrés (inquiétude, peur, terreur, effroi), en lien avec les vignettes cliniques qui leur étaient présentées.

Viennent ensuite le sentiment d'impuissance et le sentiment d'incompétence. Ces affects étaient verbalisés par l'ensemble des psychiatres de notre échantillon, à l'exception de deux d'entre eux. Il paraît d'ailleurs intéressant de noter que les deux praticiens n'ayant pas fait mention d'un sentiment d'incompétence lors des mises en situation sont ceux qui, dans leur pratique clinique quotidienne, ont eu à prendre en charge le plus d'individus dits « radicalisés ». Les autres affects éprouvés par les

praticiens interrogés lors de la confrontation aux trois vignettes cliniques que nous avons construites sont la stupeur, la fascination, le désarroi, la tristesse, la frustration, la rancœur, la culpabilité et l'agacement.

Le seul affect positif verbalisé par les participants lors des mises en situation était un sentiment de sécurité. Ce sentiment était verbalisé à un moment donné au cours de l'entretien, mais s'effaçait rapidement tandis que le psychiatre progressait dans l'exercice proposé.

Mécanismes de défense

Les mises en situation proposées ont également eu pour effet de mobiliser un certain nombre de mécanismes de défense chez les psychiatres interrogés, parmi lesquels les plus représentés sont le recours à l'humour noir et au cynisme. Viennent ensuite les manifestations de rejet à l'égard du patient, l'évitement (de la prise de décision et du contact direct avec le patient), la méfiance ou encore l'agressivité, qui pouvait être adressée à l'individu dit « radicalisé » lui-même, à son recruteur, à ses parents ou au discours radical, mais également à la justice, à la société, au pouvoir en place ou encore à l'investigatrice qui réalisait l'entretien de recherche.

Les autres mécanismes de défense mobilisés par les participants étaient la sidération, la dissociation, le besoin de contrôle, la rationalisation, le déni de toute difficulté, le fatalisme et le sentiment de devoir/d'obligation. Enfin, la mise à distance était particulièrement utilisée, et prenait alors la forme d'un clivage du type « eux » (les individus dits « radicalisés ») versus « nous ».

Représentations stigmatisantes

Par ailleurs, les mises en situation proposées ont eu pour effet de révéler l'existence, chez certains des psychiatres qui constituent notre échantillon, des représentations stigmatisantes visant les religions (musulmane, catholique, juive et protestante), la société française, les usagers de drogues, la délinquance ou encore les femmes et leur sexualité :

> *« Non mais là c'est vrai, enfin… C'est un univers qui ne m'est pas suffisamment familier. Peut-être que oui, j'ai… j'ai trop de préjugés dessus. Tu sais les histoires de drogue et tout ça, moi ça me… [Souffle] Oui ça… [Hésite longuement] Ouais, il faut avoir [emphase]* ***la foi****, quand même, hein, là-dedans »* (entretien n°2).

Croyances religieuses et convictions politiques du psychiatre

D'autre part, au cours des mises en situation proposées, plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés ont évoqué leurs convictions politiques et leurs croyances religieuses. Certains d'entre eux ont ainsi expliqué comment ils avaient pu, dans le cadre de leur activité clinique, être pris à partie par des patients ou des proches de patients concernant leur croyances religieuses personnelles, ou plus exactement celles que ces individus leur prêtaient :

> *« Mhhh c'était une situation de radicalité qui me revient, par rapport à une mère qui monopolisait la parole. Je n'avais même pas le temps d'en placer une qu'elle m'avait dit "De toute manière vous allez être du côté de ma fille parce que vous êtes musulmane, vu votre nom". [Rires] "Et que vous êtes [Origine géographique]", ce qui n'est pas le cas d'ailleurs mais... [Rires] »* (entretien n°10).

D'autres praticiens, parmi ceux que nous avons interrogés, ont quant à eux indiqué comment les situations de radicalisation et les patients dits « radicalisés » les interrogent, du fait de leurs propres croyances religieuses, ou encore le sens qu'ils donnent à ces situations à la lumière de leurs convictions politiques.

Désir du psychiatre

Par ailleurs, lors des mises en situations réalisées, plusieurs des psychiatres interrogés ont spontanément s'ils souhaitaient ou non être amenés à prendre en charge des individus dits « radicalisés » dans le cadre de leur exercice quotidien :

> *« Ça, [Montre le cas clinique proposé] je ne le donnerais pas à quelqu'un d'autre »* (entretien n°7).

> *« C'est très compliqué, quand on est dans un cabinet en libéral, de faire ce genre de choses. [Emphase]* ***C'est pour ça*** *que je pense qu'il faut que ce soit plutôt pris en charge dans un centre avec un réseau, parce que là… Là, c'est trop compliqué pour moi dans mon petit cabinet »* (entretien n°1).

> *« Là dans l'état actuel des choses, comme ce n'est pas le cas, j'entretiens… une certaine [emphase]* ***distance****, on va dire, hein, euh… donc ça ne me paraîtrait pas impossible… [Claquement de langue] …de… de m'en occuper. Maintenant il faudrait*

que j'ai l'envie, le temps, la disponibilité euh… de m'intéresser quand même à la question et de ne pas faire ça comme ça en amateur, quoi. Parce que je pense que ça, on ne peut pas se le permettre. [Ton très hésitant] Et euh… donc c'est… la question elle serait plus là, c'est-à-dire que… là j'estime que je suis… [Rires] …au maximum de ce que… voilà de ce que je peux faire pour que ma vie garde un sens [Rire gêné] …par rapport à… ma charge [emphase] ***familiale*** *»* (entretien n°2).

« Et bien je ne suis pas très contente de recevoir cette injonction de soins dans ma consultation. [Rires] Je me dis que c'est une tannée, j'essaie de la refiler à quelqu'un. [Rires] » (entretien n°6).

Limites personnelles

Enfin, au cours des entretiens que nous avons réalisés, plusieurs des praticiens interrogés nous ont fait part de ce qu'ils posaient comme étant leurs limites personnelles. L'une des psychiatres a par exemple indiqué qu'elle aurait probablement tendance à éviter tout échange concernant des vidéos de décapitation ou de torture (vignette n°2) avec un patient dit « radicalisé », car cela lui serait insupportable. Une autre des praticiennes de notre échantillon, quant à elle, déclarait ne pas se sentir en capacité d'accueillir des patients dits « radicalisés » faisant l'objet d'une injonction de soins, et ce quand bien même elle disposerait de la compétence nécessaire pour le faire :

« Mais là aussi, je pense que… [Souffle] Je pense qu'on ne peut pas demander ça… [Souffle] Moi je sais qu'avec [psychiatre spécialisé en criminologie] parfois j'étais rendue destinataire de… comme ça d'injonctions de soin parce que finalement, en tant que psychiatre… ça ne nécessite pas de spécificité particulière, mais moi là [emphase] ***franchement****… [Souffle] …moi je ne me sentirais pas de porter ça »* (entretien n°2).

Dépasser l'émotion : le travail d'élaboration du psychiatre

Motivations de la décision médicale : l'émotion au premier plan

Au cours des mises en situation que nous leur avons proposées, les psychiatres qui constituent notre échantillon ont tous été amenés, du fait de la structure de notre grille d'entretien, à poser des décisions médicales concernant les patients présentés dans les trois vignettes cliniques que nous leur avons soumises. Il est ainsi apparu que la majorité des praticiens interrogés ont, à un moment ou à un autre au cours de l'entretien, posé des décisions médicales qu'ils justifiaient dans un premier temps en verbalisant l'émotion qu'ils éprouvaient face à la situation proposée puis éventuellement, dans un deuxième temps seulement, en énumérant les éléments cliniques soutenant cette décision.

Il semble intéressant de noter que seuls trois des psychiatres que nous avons interrogés n'ont, à aucun moment au cours de l'entretien, justifié leur décision par les affects qu'ils éprouvaient au moment de la prendre. Ces trois psychiatres sont ceux qui, au sein de notre échantillon, disposaient de l'expérience clinique la plus importante en matière de radicalisation. L'un d'entre eux a d'ailleurs posé les choses très clairement, et rebondi sur l'énoncé suggestif précédant la question n°11 de notre trame d'entretien :

> *« Pourquoi est-ce que je suis inquiet ? [Rires]*
>
> ***[Rires] Ça ne vous inquiète pas ?***
>
> *Non. Ben non ce n'est pas ça, je n'ai pas être inquiet. Je suis médecin, ce n'est pas mon boulot d'être inquiet !*
>
> ***C'est le boulot de qui alors ?***
>
> *Bah la justice, la police, la famille, les copains, la femme, lui… Mais ce n'est pas le boulot du médecin d'être inquiet, ensuite on fait des mauvaises décisions »* (entretien n°3).

Un travail de supervision nécessaire… pour les équipes de soin

Bien que, comme nous venons de le voir, la confrontation à des individus dits « radicalisés » ait mobilisé chez les psychiatres interrogés de nombreux affects et mécanismes de défense, qui étaient d'ailleurs susceptibles d'influencer leur décision médicale, et puisse venir questionner leurs croyances religieuses, représentations stigmatisantes et convictions politiques personnelles, un seul des praticiens de notre échantillon a mentionné combien il lui semble important que les professionnels intervenant dans la prise en charge d'individus dits « radicalisés » puissent bénéficier d'une supervision. Il semble également intéressant de préciser que ce psychiatre a alors indiqué qu'il

intervient lui-même en qualité de superviseur auprès d'équipes de soins, sans toutefois bénéficier lui-même d'une supervision :

> *« Et puis notre deuxième activité dans le cadre de cette recherche c'est beaucoup des euh.....des… j'allais dire supervisions mais ce n'est pas un terme qu'on aime bien en réalité dans… dans… dans ce milieu-là. [Rires] On va beaucoup à la PJJ pour faire des [emphase]* ***partages d'expériences****, voilà on nous raconte des situations voilà avec des éducateurs qui sont au plus près de ces situations-là, et du coup on les fait travailler sur leur contre-transfert, en fait. Voilà. Avec une réflexion bien élaborée c'est vraiment des partages intéressants, ouais... »* (entretien n°10).

Pour plusieurs des psychiatres interrogés, la prise en charge d'individus dits « radicalisés » implique une charge mentale lourde, susceptible de conduire à une usure psychique du praticien concerné. Deux d'entre eux ont également indiqué qu'il leur paraît essentiel que les équipes de soin qui sont amenées à prendre en charge des individus dits « radicalisés » puissent travailleur sur leur contre-transfert, en particulier lorsque ces équipes exercent dans des lieux de soins particulièrement éprouvés par la survenue d'attentat terroristes de grande ampleur.

En parallèle, il semble intéressant de noter qu'à l'exception de l'un d'entre eux, l'ensemble des praticiens que nous avons interrogés nous ont donné à voir, au cours de la mise en situation, la mise en marche de leur réflexivité. Ils se questionnaient, s'interrogeaient, se sondaient, se regardaient parfois penser et élaborer leur pensée petit à petit, au fur et à mesure de leur progression dans le cas clinique proposé :

> *« Après, j'essaierai de lui montrer une position moins choquée, moins jugeante, donc là plus en tant que psy, où je vais m'efforcer d'être… d'avoir un peu plus de recul »* (entretien n°9).

> *« [Relit la question à haute voix à toute vitesse après l'avoir lu en silence] Tiens c'est marrant je relis la question à voix haute pour euh... intégrer qu'il faut que je parle de mes difficultés. [Rires] »* (entretien n°10).

> *« Enfin je pense que j'aurais envie de… de peut-être lui dire que ah oui, il est très très déprimé, ce n'est pas que "un peu", que je ne peux pas… que je ne peux [emphase]* ***vraiment pas*** *en ambulatoire lui proposer quoi que ce soit, qu'il faut faire un bilan d'évaluation à l'hôpital. Quelque chose comme ça, voilà. Voilà, vous voyez ma pensée se mettre en forme au fur et à mesure, hein. [Rires] »* (entretien n°1).

La répartition des responsabilités

Responsabilité du psychiatre : protéger le patient et la sécurité nationale

Pour les praticiens que nous avons interrogés, le psychiatre a la responsabilité de protéger le patient qu'il prend en charge. Pour plusieurs d'entre eux, dans le cas particulier des individus dits « radicalisés », cela implique une véritable notion d'engagement de la part du médecin, qui ne pourrait se permettre de faire les choses à moitié :

> *« Euh… [Ton hésitant] Là dans l'état actuel des choses, comme ce n'est pas le cas, j'entretiens… une certaine [emphase]* ***distance****, on va dire, hein, euh… donc ça ne me paraîtrait pas impossible… [Claquement de langue …de… de m'en occuper. Maintenant il faudrait que j'ai l'envie, le temps, la disponibilité euh… de m'intéresser quand même à la question et de ne pas faire ça comme ça en amateur, quoi. Parce que je pense que ça, on ne peut pas se le permettre »* (entretien n°2).

Pour plusieurs des praticiens qui constituent notre échantillon, le psychiatre aurait notamment le devoir de protéger ses patients dits « radicalisés » de toute forme de stigmatisation et de discrimination. D'après certains d'entre eux, le psychiatre constitue d'ailleurs parfois le dernier lien de l'individu dit « radicalisé » avec la société dans laquelle il évolue, le dernier rempart contre son exclusion.

Par ailleurs, pour l'un des participants, le psychiatre se doit également de respecter l'autonomie de son patient, quel que soit le regard et le jugement qu'il porte sur ses choix de vie :

> *« [Rires] Si elle veut partir rejoindre Daesh elle y va. Nous notre rôle - je veux dire on est médecin - ce n'est pas d'empêcher les gens de faire des choix, c'est de les aider à ce qu'ils prennent une décision en ayant une information claire, compréhensible, objective, etc. etc. La personne ne veut pas de chimiothérapie ? Ok, on ne va pas lui mettre l'aiguille dans les veines, on va lui expliquer quels sont les intérêts et quels sont les problèmes »* (entretien n°3).

Par ailleurs, l'ensemble des praticiens qui constituent notre échantillon, à l'exception de l'un d'entre eux, ont déclaré estimer que le psychiatre a également pour responsabilité de protéger la sécurité nationale. Pour certains des praticiens interrogés, cela impliquait que le psychiatre peut être chargé, à travers la mise en place d'une injonction de soins, de la surveillance, ordonnée par l'institution judiciaire, d'un individu dit « radicalisé ».

D'autre part, lors des mises en situations proposées, plusieurs des praticiens interrogés ont exprimé le fait qu'il leur semblait devoir s'impliquer dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés » présentés non seulement du fait de leur statut de psychiatre, mais également du fait de leur statut de citoyen, avec comme objectif clairement verbalisé de préserver la sécurité nationale.

Enfin, il est apparu que, du fait de cette double responsabilité dont les participants se sentaient investis de protéger à la fois le patient présenté et la sécurité nationale, plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés se sentaient pris dans une forme de conflit de loyauté. Pour l'un de ses praticiens, ce conflit de loyauté impliquait de hiérarchiser ses valeurs personnelles afin de décider auxquelles donner la priorité :

> *« Pour une fois, il a le risque de se soigner ! Soit de se suicider et de faire péter le reste, ou de se soigner. Rien que par le fait que tu y as pensé, tu ne peux pas ne pas le proposer. Moi en tout cas, en médecin… à partir du moment où tu penses que tu sers à quelque chose…Tu sers à quelque chose, il [emphase]* ***faut*** *le faire. Parce que sinon on change de métier, quoi, parce que le nombre de fois où on n'a pas de… enfin je ne sais pas, moi… Moi ça fait plus de 30 ans que je fais le même métier et je vous promets, des doutes j'en ai tout le temps, tout le temps, tout le temps… J'étais plus sûre quand j'étais interne. Je pensais que je savais »* (entretien n°7).

Responsabilités autres que celles du psychiatre

Si l'ensemble des praticiens de notre échantillon s'interrogeaient sur les responsabilités qui étaient les leurs, à la fois en tant que psychiatres et en tant que citoyen, plusieurs d'entre eux ont toutefois souligné qu'à leurs yeux, en matière de radicalisation, des responsabilités incombent également à d'autres qu'à eux.

Ainsi, l'un des psychiatres que nous avons interrogés estimait que l'individu dit « radicalisé » porte lui-même la responsabilité de ses actes et ne saurait, tant qu'il ne met personne d'autre que lui-même en danger, être privé de sa liberté d'agir :

> *« Et puis les gens sont libres, ils ont le droit de se suicider, ils ont le droit de se shooter à l'héroïne, ils ont le droit de partir rejoindre Daech. Ce n'est pas une bonne idée mais ils ont le droit, les gens sont libres »* (entretien n°3).

Pour plusieurs des praticiens qui constituent notre échantillon, il est également de la responsabilité des proches de l'individu dit « radicalisé » de le protéger, en particulier lorsqu'il s'agit d'un mineur. Ces psychiatres s'attachaient donc, lors des mises en situation concernant des patients mineurs, à fournir aux parents de ces jeunes toutes les informations nécessaires pour solliciter les personnes et institutions qui étaient susceptibles de leur venir en aide pour protéger, sans toutefois accepter ou proposer d'effectuer ces démarches à leur place.

Par ailleurs, l'un des psychiatres que nous avons interrogés soulignait, concernant la vignette clinique numéro 2, que si les responsables d'un établissement scolaire formulent des inquiétudes concernant une éventuelle radicalisation d'un de leurs élèves, il leur appartient d'effectuer eux-mêmes un signalement auprès des autorités judiciaires s'ils l'estiment nécessaire.

Enfin, d'après plusieurs des participants, la société française porterait elle-même un certain nombre de responsabilités face à la multiplication des individus dits « radicalisés ». En effet, pour plusieurs des psychiatres interrogés, les filières de radicalisation seraient alimentées par l'exclusion et la stigmatisation de certains individus, victimes de racisme et de discriminations ou encore enfermés dans une situation d'échec scolaire, qui se mettraient alors en quête d'une nouvelle affiliation. Deux autres des praticiens interrogés soulignaient quant à eux la responsabilité des médias, qui ont selon eux longtemps opéré sans s'en rendre compte une véritable campagne de propagande pour le compte du groupe terroriste Daech. L'une d'entre eux insistait également sur l'infiltration progressive de notre langage quotidien par un langage autre, infiltration contre laquelle la société dans son ensemble se doit selon elle de lutter :

> *« Enfin ce qui est un petit peu différent, par rapport à d'autres -non va dire - [emphase]* ***mouvements d'emprise*** *sur la psyché humaine… c'est que c'est une emprise qui se fait… *Hésite longuement*… à beaucoup de niveaux. Par exemple, là, je suis frappée, par rapport à vos deux premiers…cas, les deux personnes vont employer des mots arabes. Le kâfir, le Cham, le... Bon, bref... Et ça, c'est des mots, franchement, il y a 10 ans, pfuit... Je vous aurais dit « Mais qu'est-ce que vous me racontez, c'est quoi ces mots ? », voilà. Là, je ne vous ai pas… enfin je ne vous ai [emphase]* ***pas*** *interrogée là-dessus. Pourquoi ? Parce que c'est des mots qui sont compréhensibles… du [emphase]* ***presque*** *tout venant, aujourd'hui, vous voyez ? Et c'est [emphase]* ***dramatique****, quelque part, c'est-à-dire qu'ils ne vont pas dire « mécréants »… Enfin « mécréants » ils le disent, mais ils ne disent pas que « mécréants ». Ils disent des mots comme ça, qui viennent dans notre [emphase]* ***vocabulaire****, qu'on est censé tout à coup [emphase]* ***comprendre*** *parce qu'on se renseigne, parce qu'ils font presque partie - on va dire – du langage [emphase]* ***commun*** *»* (entretien n°1).

Enfin, pour l'une des participantes, l'expansion des phénomènes de radicalisation chez les adolescents serait en partie liée à une complexification de la société dans laquelle ils évoluent, société qui les contraindrait à effectuer des choix de plus en plus complexes :

> *« On voit en tout cas [emphase] **à quel point** la société se [emphase] **complexifie** quoi, haaan… C'est-à-dire que nos jeunes, là, ils ne sont pas aidés, hein, quand même ! Alors qu'avant on leur disait d'aller à la messe le dimanche et point barre. *Rires* Maintenant c'est quand même… *Rires* Ils ont… entre Snapchat, Instagram, Facebook, LGBT… *Rires* Le cannabis, la cocaïne… des choix quand même pfiouuu… »* (entretien n°2).

Quatrième partie : Discussion

Chapitre 1 : Discussion de la méthodologie

Limites de l'étude

Concernant l'analyse menée sur les interventions réalisées lors des Etats Généraux Psy sur la Radicalisation, l'une des principales limites de notre étude tient au caractère partiel de l'exploitation des données, puisque nous n'avons analysé qu'une partie des interventions réalisées lors de ces quatre journées. La sélection de ces interventions a été opérée de manière à conserver les interventions qui étaient le plus en lien avec notre question de recherche.

De plus, les discours analysés avaient été préparés pour l'occasion par les différents orateurs, si bien que les interventions exploitées ne contenaient que très peu de discours spontané et étaient généralement ciblées sur une thématique précise.

Concernant les entretiens semi-directifs, l'une des principales limites de notre étude tient au faible nombre de psychiatres inclus dans notre échantillon, qui ne constitue pas un échantillon représentatif de l'ensemble des psychiatres exerçant sur le territoire français. Néanmoins, l'objectif n'était pas de viser une représentativité de l'échantillon, et sa composition est cohérente au regard de la nature et de l'objectif qualitatifs de notre projet de recherche. Une autre limite tient à ceci que nous ne présentons ici que des résultats intermédiaires puisque, par manque de temps, seuls huit des douze entretiens réalisés ont été exploités jusqu'à présent. Avec ces huit entretiens, la saturation des données n'a pas été atteinte.

D'autre part, il existe un biais de recrutement manifeste dans notre étude, puisque la plupart des praticiens recrutés étaient des connaissances de l'une des directrices de recherche.

Enfin, la présence d'un enregistreur audio lors des consultations a pu influencer en partie le contenu des réponses des psychiatres interrogés. Pour la plupart, les participants ont toutefois semblé se livrer avec beaucoup d'authenticité, et n'ont notamment pas dissimulé combien l'exercice proposé avait pu les mettre en difficulté, le cas échéant.

Forces de l'étude

Si notre étude présente un certain nombre de limites, elle possède également des points forts. Tout d'abord, concernant l'analyse des interventions réalisées lors des EGPR, nous avons pu exploiter les discours de professionnels particulièrement impliqués dans la prise en charge des individus dits « radicalisés » et les travaux de recherche actuellement menés sur la radicalisation. Ces professionnels étaient d'ailleurs issus d'horizons très variés. Il convient également de souligner qu'il s'agissait là des tout premiers EGPR, ce qui confère un aspect assez inédit à notre travail.

D'autre part, concernant les entretiens semi-directifs que nous avons réalisés, l'échantillon constitué était particulièrement varié, associant des psychiatres dont les milieux d'exercices, les surspécialités et l'expérience clinique en matière de radicalisation étaient très diversifiés. De plus, ces praticiens étaient issus à la fois des milieux civils hospitalier et carcéral, libéral et militaire, et exerçaient dans plusieurs régions de France.

Par ailleurs, l'ensemble des praticiens bénéficiant d'une expérience clinique en matière de radicalisation ont souligné la qualité, la pertinence et la crédibilité des vignettes cliniques que nous leurs avons présentées.

Enfin, chacun des deux matériaux analysés l'a été grâce à une méthode d'analyse adaptée. Les interventions issues des EGPR ont en effet fait l'objet d'une analyse qualitative thématique ; le choix de cette méthodologie a été justifié plus tôt dans ce travail (cf. « *Elaboration de la grille d'entretien* »).

Les données recueillies dans le cadre des entretiens semi-directifs, quant à elles, ont fait l'objet d'une analyse phénoménologique interprétative *(Interpretative Phenomenological Analysis* ou IPA), méthode classique d'exploitation des récits, et l'ensemble des entretiens a fait l'objet d'une double cotation ainsi que d'une triangulation des données.

La phénoménologie interprétative correspond à « *l'étude approfondie de l'expérience individuelle vécue, basée sur la formulation propre qu'en fait la personne* » (96). L'IPA s'intéresse plus spécifiquement à la signification personnelle des expériences de la personne et constitue ainsi une « *approche qualitative de recherche engagée dans l'examen de la manière dont les gens donnent sens à leurs expériences de vie principales* » (91). Elle reprend à cette fin l' « *épochè* », attitude phénoménologique de suspension des préjugés. Il s'agit donc d'une méthode d'analyse des données qui assume la position épistémologique que les données échangées lors de l'entretien de recherche permettent de dire des choses de la manière dont le participant s'engage et s'oriente dans le monde, ainsi que de la manière dont il donne du sens à ce qu'il vit, si tant est que l'entretien permette

d'accéder à un niveau raisonnablement riche et réfléchi de mesures personnelles. Sa démarche est fondamentalement inductive et interprétative. Elle est phénoménologique dans la mesure où elle explore l'expérience avec ses propres termes. Elle est herméneutique dans la mesure où elle est une « théorie de l'interprétation ». Son herméneutique est double : celle d'un chercheur qui cherche à faire sens à la recherche de sens d'un sujet (97).

Retours sur les mises en situation réalisées

Comme nous l'avons explicité plus haut, nous avons fait le choix, pour mener notre étude qualitative exploratoire, de procéder à des mises en situation clinique des professionnels interrogés grâce à l'utilisation de trois vignettes cliniques. Dans l'ensemble, tous les praticiens de notre échantillon se sont prêtés à l'exercice proposé. Quelques différences sont toutefois apparues dans la manière dont les différents psychiatres interrogés ont procédé. En effet, les praticiens ne bénéficiant d'aucune expérience clinique en matière de radicalisation se sont montrés très consciencieux et soucieux de répondre aux questions posées, argumentant leurs réponses sur la base des éléments contenus dans les vignettes cliniques qui leur été soumises. Les psychiatres ayant déjà eu à prendre en charge un certain nombre d'individus dits « radicalisés », quant à eux, se saisissaient moins des éléments contenus dans les cas cliniques présentés, et tendaient à livrer un discours plus « professoral », moins spontané et plus général ; cet aspect était particulièrement prégnant chez les hommes, qui ont parfois fait preuve d'une certaine condescendance à l'égard de l'investigatrice principale.

D'autre part, bien que les orateurs dont nous avons analysé les interventions ainsi que plusieurs des praticiens interrogés aient déclaré qu'il n'existe pas, à leur sens, de profils-types ou de parcours-types d'individus dits « radicalisés », plusieurs des psychiatres de notre échantillon qui bénéficiaient d'une expérience clinique importante dans la prise en charge de ces individus ont procédé, lors des mises en situation proposées, en tentant de rapprocher les cas présentés de profils et/ou de parcours correspondant à ceux qu'ils ont l'habitude de rencontrer dans le cadre de leur pratique clinique. Il paraît d'ailleurs intéressant de noter que certains des praticiens procédant ainsi faisaient partie de ceux qui déclaraient qu'il n'existe pas de profils types chez les individus dits « radicalisés ».

Par ailleurs, l'ensemble des praticiens interrogés ont cheminé de manière visible entre la première et la dernière vignette clinique, déconstruisant peu à peu leurs représentations. Ce mouvement était toutefois bien plus évident chez les praticiens ne disposant d'aucune expérience clinique en matière de radicalisation que chez les autres. L'une d'eux a d'ailleurs indiqué en toute fin d'entretien qu'elle était surprise de constater combien son positionnement par rapport à notre question de recherche

avait évolué au cours de cet entretien, s'éloignant grandement de la position qui était la sienne lorsqu'elle avait accepté de nous recevoir.

Enfin, la qualité et la richesse des entretiens réalisés et des données qui en ont été extraites semblent témoigner de la confiance que les praticiens interrogés ont accordée à l'investigatrice principale, à laquelle la plupart ont spontanément confié leurs émotions, leurs convictions politiques et/ou leurs croyances religieuses.

Chapitre 2 : Aspects cliniques

La radicalisation : un objet de langage

Le psychiatre comme « traducteur » de l'individu dit « radicalisé »

Comme l'a explicité l'un des psychiatres que nous avons interrogés, la radicalisation dite « islamiste » peut être perçue comme un « modèle d'inconduite ». La notion de modèle d'inconduite, introduite par Ralph Linton (98) et reprise par Georges Devereux, psychanalyste et anthropologue, décrit « *des symptômes pour ainsi dire "prêts à porter", c'est-à-dire qui nous sont directement proposés en cas de crise individuelle par la société dont on est issu. Ils sont nourris et façonnés par le poids de la culture dont nous faisons partie. Ce sont des expressions – on serait tenté de dire des solutions – culturelles à des souffrances et à des conflits intrapsychiques* » (99). Le modèle d'inconduite constituerait ainsi un canal sémantique commun qui, au sein d'une société donnée, permettrait l'expression de souffrances très différentes. Charge ensuite au psychiatre, semble-t-il, de déterminer de quelle souffrance il s'agit et comment l'apaiser, comme en témoigne l'appel lancé aux psychologues et aux psychiatres par Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé lors des EGPR :

> *« Vous avez, je le crois, un rôle éminent à jouer avec l'ensemble des disciplines qui peuvent contribuer à une meilleure compréhension du phénomène »* (intervention n°1).

Confrontés aux vignettes cliniques que nous leur avons soumises, les psychiatres de notre échantillon se sont d'ailleurs livrés très spontanément à cette quête de sens en tentant d'identifier les éléments qui, dans l'histoire des sujets qui leur étaient présentés, leur paraissaient susceptibles d'expliquer leur engagement dans un processus de radicalisation. Cela tend à souligner, comme nous l'indiquions dans un travail antérieur que « *si, bien sûr, la description des actes terroristes perpétrés en France pétrifie*

ceux qui y sont exposés, soulevant alors effroi et dégoût, la question principale ne semble néanmoins plus tourner autour des exactions commises. Au contraire, après chaque nouvel attentat, il s'agit de déterminer non pas quels sont les actes qui ont été posés, mais plutôt ce qui explique qu'ils aient pu l'être et, bien plus encore, qui est l'individu qui s'est rendu coupable de telles atrocités » (79). Si ce mouvement semble particulièrement évident en ce qui concerne les auteurs d'attentats terroristes dits « islamistes », il survient également lorsqu'il est question d'individus dits « radicalisés » mais aussi d'autres types de criminels. En effet, comme l'explique Ferri, « *Quoiqu'il ait son importance au cours d'un procès, peu importe, au fond, l'acte accompli. Ce qui compte dorénavant, du moins au premier chef, c'est le criminel lui-même, l'intention ou la motivation qui a présidé à l'accomplissement de son acte. Si le criminel fait aujourd'hui tant l'objet d'un déchaînement populaire et médiatique, c'est qu'il représente cette figure emblématique de l'individu qui ou bien résiste au processus de médicalisation de la société, ou bien n'entre dans aucune taxinomie médicale* » (100). En cela, l'individu dit « radicalisé », au même titre que les auteurs d'attentats terroristes dits « islamistes », tend donc à incarner une nouvelle figure du monstre au regard de la société.

D'autre part, comme nous l'avons vu, d'après les intervenants des EGPR dont nous avons analysé le discours, la société et les représentants de l'autorité politique attendraient de la psychiatrie et des psychiatres qu'ils fournissent des explications permettant de rendre intelligibles le mode de fonctionnement psychiques des individus dits « radicalisés » ainsi que les raisons de leur engagement dans un processus de radicalisation. C'est en tout cas l'une des composantes de la manière dont les psychiatres que nous avons interrogés se représentent leur rôle dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés » puisque, lors des mises en situations qui leur ont été proposées, la plupart d'entre eux accueillaient ces individus comme des sujets en souffrance. Le psychiatre serait ainsi mandaté pour donner du sens aux actes et au discours de l'individu dit « radicalisé » et procéder à une forme de traduction de la souffrance de cet individu pour la rendre intelligible à l'ensemble de la société.

Cette approche rejoint l'idée de la radicalisation comme « modèle d'inconduite », que nous évoquions plus haut. En effet, l'engagement dans un processus de radicalisation dite « islamiste » représenterait la traduction comportementale, agie, d'une souffrance indicible de l'individu dit « radicalisé », souffrance que le psychiatre aurait pour mission de rendre intelligible. Cela fait écho aux propos de Roland Jaccard, psychologue, selon lequel ce que nous qualifions de « maladie mentale » ne serait en réalité que l'expression comportementale d'une souffrance du sujet : « *En d'autres termes, quand notre objet d'amour ignore nos plaintes et nos requêtes verbales et omet d'y répondre, nous sommes contraints ou au moins tentés de recourir à une stratégie oblique, c'est-à-dire à une communication*

indirecte visant à modifier les règles du jeu. Nous avons fini par qualifier ce phénomène général, qui peut prendre des formes très variées, de maladie mentale » (101).

Le langage comme source d'affiliation

Comme nous l'avons explicité, plusieurs des psychiatres de notre échantillon se représentent la radicalisation comme le symptôme d'une désaffiliation de l'individu dit « radicalisé ». De plus, comme l'a montré notre analyse thématique, plusieurs des orateurs étant intervenus lors des EGPR ont également insisté sur cette notion de désaffiliation, et en particulier sur son intrication avec le processus adolescent et la quête d'identité qu'il implique.

Pour Claude Martin, qui reprend alors les travaux de Robert Castel, « *En somme, pour définir la désaffiliation, il est tentant de recourir à deux figures : déficit de filiation et déficit d'affiliation. La première figure renvoie au déficit d'inscription dans des liens sociaux primaires (notamment familiaux) et donc de protection rapprochée (par des proches). La deuxième, la dés-affiliation, renvoie au déficit d'inscription dans des formes collectives de protection et, en particulier, la protection issue des collectifs de travail* » (102).

La composante de déficit de filiation fait écho, bien sûr, au discours de certains des psychiatres que nous avons interrogés et pour lesquels la radicalisation est susceptible de constituer une surenchère culturelle face à une famille ayant décidé de rompre avec sa propre culture. La seconde composante décrite par Claude Martin trouve quant à elle un écho dans le discours des praticiens de notre échantillon selon lesquels la société française porterait elle-même un certain nombre de responsabilités face à la multiplication des individus dits « radicalisés », en ceci que les filières de radicalisation seraient alimentées par l'exclusion et la stigmatisation de certains individus, victimes de racisme et de discriminations ou encore enfermés dans une situation d'échec scolaire. Ces résultats concordent d'ailleurs avec ceux obtenus par la FFP dans le cadre de son récent projet de recherche « Psychiatrie et radicalisation » (103).

Selon Patrick Charaudeau, linguiste français, « *Il est clair que la langue est nécessaire à la constitution d'une identité collective. Il est clair qu'elle garantit la cohésion sociale d'une communauté et qu'elle en constitue d'autant plus le ciment qu'elle s'affiche. C'est par elle que se fait l'intégration sociale et c'est par elle que se forge la symbolique identitaire. Il est également clair que la langue nous rend comptables du passé, créé une solidarité avec celui-ci, fait que notre identité est pétrie d'histoire*

et que, de ce fait, nous avons toujours quelque chose à voir avec notre propre filiation, aussi lointaine fut-elle » (104). La langue pourrait donc apparaître comme un élément essentiel dans le processus d'affiliation et de réaffiliation des individus. Pourtant, d'après plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés, tous les individus dits « radicalisés » ne parleraient pas l'arabe, loin s'en faut. La pratique d'une langue commune ne serait donc pas indispensable à l'affiliation d'un individu à un groupe et à l'élaboration d'une identité collective. A ce sujet, Patrick Chauraudeau explique que ce n'est peut-être pas réellement la langue qui a un rôle identitaire, mais plutôt le langage dans son ensemble, c'est-à-dire le langage en tant qu'association d'une langue, d'un discours et d'une culture (104). Cela implique que ce n'est pas la langue à proprement parler qui constituerait un vecteur d'affiliation, mais plutôt le langage, défini comme la « *faculté que les hommes possèdent d'exprimer leur pensée et de communiquer entre eux au moyen d'un système de signes conventionnels vocaux et/ou graphiques constituant une langue* » (105).

En matière de radicalisation dite « islamiste », le langage pourrait ainsi constituer une source d'affiliation en ceci qu'il représente un vecteur identitaire. Cela permettrait notamment d'expliquer la lutte lexicale existant entre les individus dits « radicalisés » et ceux qui les désignent ainsi. En effet, ces individus dits « radicalisés » recourent eux-mêmes à un langage qui, de manière toute aussi binaire, distingue leurs alliés de leurs ennemis, alors appelés « mécréants », « kafir » (« *Nom donné par les musulmans dans le Coran à l'infidèle, et, en théologie islamique, au musulman hétérodoxe* » (106)) ou encore « infidèles ». Bien sûr, cela n'est pas sans rappeler le double effet miroir que nous évoquions dans un travail antérieur et via lequel, à la violence de ceux dont les crimes sont jugés monstrueux, répond celle de ceux qui les jugent (79). Ces appellations auraient ainsi pour fonction de distinguer un groupe d'un autre, d'opérer un clivage en opposant un « nous » à un « eux ». En effet, selon Sériot, « *Le nom est un objet symbolique qui donne existence à un groupe* » (107). Pour Patrick Charaudeau, c'est la perception de la différence de l'autre, de l'autre comme différent de soi, qui ferait naître la conscience identitaire (104).

Le langage comme source d'emprise

Dans cette hypothèse, il semble toutefois que le langage développé par l'idéologie salafo-djihadiste, en offrant à des individus désaffiliés une source de réaffiliation, les enferme également dans un processus d'emprise. C'est en tout cas l'avis de la plupart des psychiatres que nous avons interrogés, qui se représentait la radicalisation dite « islamiste » comme une situation d'emprise psychique. Cela rejoint d'ailleurs le propos de Philippe Bessoles, Docteur en psychopathologie clinique, selon lequel

« *L'adhésivité idéologique du fanatisme est une variante de la relation d'emprise* » (108). D'après lui, la particularité du fanatisme tiendrait à ceci que le sujet fanatique, contrairement à ce qui se produit dans d'autres processus d'emprise, ferait le choix de se soumettre à cette emprise (108).

Selon la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (MIVILUDES), la dérive sectaire est définie comme « *un dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte à l'ordre public, aux lois ou aux règlements, aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes. Elle se caractérise par la mise en œuvre, par un groupe organisé ou par un individu isolé, quelle que soit sa nature ou son activité, de pressions ou de techniques ayant pour but de créer, de maintenir ou d'exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre, avec des conséquences dommageables pour cette personne, son entourage ou pour la société* » (109). Or, selon Fethi Benslama, l'idéologie salafo-djihadiste présente le meurtre et le suicide comme une obligation morale (110)(p. 104). A ce titre, l'idéologie salafo-djihadiste semble donc représenter une dérive sectaire.

Comme l'explique la MIVILUDES, toute dérive sectaire implique un « *état de sujétion psychologique ou physique* » de la personne qui en est victime. D'autre part, selon Pierre De Visscher, la manière dont on se représente les personnes et le monde qui nous entourent dépend de la manière dont on les nomme (111). L'une des psychiatres que nous avons interrogées insistait d'ailleurs sur cette infiltration progressive du langage commun, et établissait un parallèle entre l'idéologie salafo-djihadiste et l'idéologie nazie :

> *« Enfin ce qui est un petit peu différent, par rapport à d'autres - on va dire - [emphase]* ***mouvements d'emprise*** *sur la psyché humaine… c'est que c'est une emprise qui se fait… [Hésite longuement]… à beaucoup de niveaux. Par exemple, là, je suis frappée, par rapport à vos deux premiers…cas, les deux personnes vont employer des mots arabes. Le kâfir, le Cham, le... Bon, bref... Et ça, c'est des mots, franchement, il y a 10 ans, pfuit... Je vous aurais dit « Mais qu'est-ce que vous me racontez, c'est quoi ces mots ? », voilà. Là, je ne vous ai pas… enfin je ne vous ai [emphase]* ***pas*** *interrogée là-dessus. Pourquoi ? Parce que c'est des mots qui sont compréhensibles… du [emphase]* ***presque*** *tout venant, aujourd'hui, vous voyez ? Et c'est [emphase]* ***dramatique****, quelque part, c'est-à-dire qu'ils ne vont pas dire « mécréants »… Enfin « mécréants » ils le disent, mais ils ne disent pas que « mécréants ». Ils disent des mots comme ça, qui viennent dans notre [emphase]* ***vocabulaire****, qu'on est censé tout à coup [emphase]* ***comprendre*** *parce qu'on se*

> *renseigne, parce qu'ils font presque partie - on va dire – du langage [emphase]* ***commun****. Je mets un petit « presque », quand même, pour un petit peu atténuer, mais n'empêche que c'est très grave ça, parce que moi ça me fait penser à des histoires de LTI »* (entretien n°1).

La LTI, à laquelle cette psychiatre fait référence, est la Langue du Troisième Reich. Viktor Klemperer, philosophe et linguiste, écrit à ce sujet : « *Elle imprègne les mots et les formes syntaxiques de son poison, elle gagne avec la langue son moyen de propagande le plus puissant, le plus public et le plus secret* » (112)(p.41). Il précise également : « *Mais la langue ne se contente pas de poétiser et de penser à ma place, elle dirige aussi mes sentiments, elle régit tout mon être moral d'autant plus naturellement que je m'en remets inconsciemment à elle. Et qu'arrive-t-il si cette langue cultivée est constituée d'éléments toxiques ou si l'on en fait le vecteur de substances toxiques ? Les mots peuvent être comme de minuscules doses d'arsenic : on les avale sans y prendre garde, elles semblent ne faire aucun effet, et voilà qu'après quelques temps l'effet toxique se fait sentir. Si quelqu'un, au lieu d'"héroïque et vertueux", dit pendant assez longtemps "fanatique", il finira par croire vraiment qu'un fanatique est un héros vertueux et que, sans fanatisme, on ne peut être un héros* » (112)(p. 38).

L'exercice psychiatrique : au-delà des troubles mentaux

Le champ de la psychopathologie

Comme le rappelle Micoulaud-Franchi et al., en 1980, la publication de la troisième version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM) a marqué un tournant majeur dans l'histoire de la psychiatrie (113). Ce manuel représentait en effet le premier système de classification des troubles mentaux fondé sur une liste de critères cliniques permettant de définir chaque trouble mental (113). Toutefois, si cet ouvrage représente un élément essentiel dans l'histoire de la classification des troubles mentaux, c'est également car il a été le premier à proposer une définition générale de la notion de trouble mental (114)(p. 9).

Dans la dernière édition du DSM, c'est-à-dire le DSM-5, paru en mai 2013, le trouble mental est défini comme « *un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-*

tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement » (115). Le manuel précise également que « *les réponse attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux* », et que « *Les comportements déviants sur le plan social (par exemple sur les plans politique, religieux ou sexuel) ainsi que les conflits qui concernent avant tout le rapport entre l'individu et la société ne constituent pas des troubles mentaux, à moins que ces déviances ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement individuel, tel que décrit plus haut* » (115).

Ces différents éléments rejoignent l'idée, avancée par la plupart des psychiatres que nous avons interrogés, selon laquelle la radicalisation constituerait une réponse à une problématique d'ordre psychopathologique. Ils appuient également les propos de ceux qui, au sein de notre échantillon, déclaraient estimer que la radicalisation dite « islamiste » ne représentait pas un trouble mental et que si l'engagement dans un processus de radicalisation pouvait être favorisé par l'existence d'un trouble psychiatrique, seule une minorité des individus dits « radicalisés » présenterait toutefois de tels troubles.

Enfin, ils soutiennent le propos de l'un des praticiens que nous avons interrogés, qui indiquait que la radicalisation représente à ses yeux un construit clinique qui, du fait de son caractère extrêmement mouvant, comme en témoigne la complexité et l'évolutivité de sa définition, ne serait pas compatible avec une inscription dans la nosographie psychiatrique. Ce point de vue rejoint d'ailleurs celui des psychiatres interrogés lors du travail de recherche menée par la FFP sous la coordination du Dr Jean Chambry (103). Ce positionnement soutient l'idée que le champ d'exercice des psychiatres ne se limite pas à celui que tracent les classifications nosographiques actuelles, et s'étend au champ beaucoup plus large de la psychopathologie. A ce titre, la radicalisation dite « islamiste », même si elle ne constitue pas un trouble mental, ne serait donc pas située en dehors du champ d'exercice des psychiatres : « *La radicalisation intéresse aussi la psychiatrie dans la mesure où la description ou la compréhension des mécanismes psychologiques qu'elle implique (le comment) ne peut se priver de l'apport de la psychologie ou de la psychopathologie ; encore faut-il préciser que ce dernier terme ne renvoie ici qu'à une méthodologie d'abord de ces phénomènes, dont elle ne préjuge en rien du caractère pathologique* » (103).

Un savoir utile mais insuffisant : le psychiatre et la religion

En matière de radicalisation dite « islamiste », l'une des questions qui peut venir questionner le savoir psychiatrique est celle de la frontière entre croyance et délire. Il apparaît en effet que, lors des mises en situation clinique que nous leurs avons proposées, l'ensemble des psychiatres que nous avons interrogés ont fait appel à leur savoir clinique pour procéder à une évaluation psychiatrique visant notamment à éliminer un trouble psychiatrique constitué, en particulier un trouble délirant.

Le DSM-5 définit l'idée délirante comme « *une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire* ». Il précise également qu' « *Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement acceptée par les autres membres d'un groupe ou sous-groupe culturel sur le sujet (ex. un article de foi religieuse)* » et que « *Quand une croyance erronée implique un jugement de valeur, elle n'est considérée délirante que si le jugement est tellement excessif qu'il dépasse toute crédibilité* » (115). Comment, dès lors, distinguer chez un individu dit « radicalisé » l'idée fanatique, qui relève ici d'une croyance religieuse, de l'idée délirante ?

Le fanatisme se définit comme un « *Comportement, état d'esprit d'une personne ou d'un groupe de personnes qui manifestent pour une doctrine ou pour une cause un attachement passionné et un zèle outré conduisant à l'intolérance et souvent à la violence* » (116). Pour Litinetskaia et Guelfi, ce qui distinguerait l'idée délirante de l'idée fanatique, ce serait donc tout d'abord leur origine par rapport au sujet (116). En effet, si l'idée délirante provient de l'intérieur-même du psychisme du sujet, l'idée fanatique, quant à elle, proviendrait de l'extérieur. Par ailleurs, contrairement à l'idée délirante, l'idée fanatique ne résulterait d'aucune forme d'interprétation (116). Enfin, les idées délirantes seraient individuelles, alors que les idées fanatiques seraient partagées par plusieurs membres d'un même groupe (116).

Si, comme nous venons de le voir, la distinction entre idée fanatique et idée délirante n'est pas simple à opérer, elle apparaît pourtant nécessaire à plusieurs titres.

En effet, la question de la frontière entre croyance et délire conditionne nécessairement la prise en charge proposée à l'individu dit « radicalisé ». Si le psychiatre conclut à l'existence d'un trouble délirant sous-jacent, la mise en place de thérapeutiques médicamenteuses antipsychotiques, par exemple, pourrait se révéler bénéfique pour le patient. Si, en revanche, il n'existe aucune symptomatologie délirante, le recours à de tels traitements exposerait le sujet concerné à des risques non justifiés.

Par ailleurs, l'existence d'un éventuel processus délirant sous-jacent soulève nécessairement la question de la responsabilité pénale de l'individu examiné. Conformément aux dispositions prévues par l'article 122-1 du Code Pénal, si les psychiatres venaient à considérer la radicalisation dite « islamiste » comme un trouble délirant, il en résulterait que les individus dits « radicalisés » ne pourraient être considérés comme pénalement responsables de leurs actes (117). L'enjeu pour les psychiatres, comme le soulignent Litinetskaia et Guelfi, serait donc ici d'« *évaluer un individu, sans l'assimiler à l'acte "fou" qu'il a pu commettre en l'absence des éléments objectivables d'une "folie" suspectée* » (116).

Enfin, pour plusieurs des praticiens de notre échantillon, le psychiatre ne pourrait éviter de tenir compte des croyances religieuses de l'individu dit « radicalisé » et de la fonction qu'elles remplissent chez ce sujet, car ces croyances religieuses seraient susceptibles de représenter de véritables ressources psychiques pour le sujet. Cela fait écho à la notion de « coping religieux » développée par Huguelet, selon lequel la religion impacterait la vision du monde que nourrit un sujet (118). D'après lui, cet impact pourrait se révéler positif ou négatif (118). En cas de coping positif, la religion pourrait ainsi soutenir la quête d'identité d'un patient. En cas de coping négatif, en revanche, les croyances religieuses du sujet seraient susceptibles d'alimenter les angoisses ou le sentiment de culpabilité de l'individu, ou encore de le conduire à adopter des comportements inadaptés. Selon le même auteur, s'il existe un coping religieux négatif, comme c'est le cas chez les individus engagés dans un processus de radicalisation dite « islamiste », il peut être nécessaire de faire appel à un référent cultuel, car le psychiatre n'aurait ni les compétences ni le droit de commenter les croyances religieuses de ses patients (118). Cela rejoint le propos de plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés, selon lesquels la prise en charge psychiatrique d'individus dits « radicalisés » nécessiterait de disposer d'un savoir théologique voire de pouvoir compter sur l'appui d'un référent cultuel.

Il paraît toutefois intéressant de noter que s'ils ne se sentaient pas en capacité d'aborder seuls la composante religieuse de la problématique de radicalisation lors des mises en situations qui leur ont été proposées, la plupart des psychiatres de notre échantillon abordaient toutefois la question des croyances religieuses du patient de manière claire. Ces données vont donc à l'encontre de celles, nettement plus générales, obtenues par Curlin et al., selon lesquels les psychiatres porteraient un faible intérêt aux croyances religieuses de leurs patients (119). Selon Huguelet, les psychiatres auraient d'ailleurs tout intérêt à s'intéresser aux croyances religieuses de leurs patients, car celles-ci influenceraient leurs représentations et modèles explicatifs de leur maladie et de ses traitements, donc l'adhésion aux soins, mais également le sens qu'ils donnent à leur propre existence.

Ces recommandations semblent particulièrement pertinentes concernant la radicalisation dite « islamiste », qui apparaît liée au moins en partie à une composante d'ordre religieux. En effet, le fait de tenir compte de cette composante pourrait permettre au psychiatre de mener une évaluation et une analyse plus fine, évitant ainsi, comme le soulignent Litinetskaia et Guelfi, toute confusion entre une croyance religieuse constituant une ressource psychique du sujet et un délire constitué, même si délire et religion peuvent selon eux tous deux occasionner une perte du lien avec la réalité (116). Ce positionnement va dans le sens de celui adopté par l'Association Mondiale de Psychiatrie, selon laquelle il est particulièrement utile de considérer les aspects culturels dans lesquels les troubles psychiatriques s'inscrivent (120). Ces éléments soutiennent également le propos de ceux qui, parmi les psychiatres que nous avons interrogés, ont indiqué qu'il leur semble pertinent de recourir à un abord psychiatrique transculturel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ».

Chapitre 3 : Aspects déontologiques

De l'absence de demande du patient…

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie de ce travail, l'injonction de soins a été créée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs et peut être prononcée par un juge dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire (56). Alors que le suivi socio-judiciaire était initialement destiné exclusivement aux auteurs de violences sexuelles, depuis la loi du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale (59), la possibilité de prononcer une injonction de soins a été étendue aux auteurs d'actes terroristes (60).

Grâce à la troisième vignette clinique que nous leur avons proposée, les psychiatres que nous avons interrogés ont été amenés à s'exprimer sur le thème de l'injonction de soins. Parmi eux, plusieurs ont souligné combien l'existence d'une demande de soins de la part du patient constituait pour eux un préalable essentiel à la mise en place de tout travail psychothérapeutique :

> *« De façon théorique, si la demande ne vient pas du patient, j'ai du mal à accepter une demande d'entretien psychothérapique. Voilà »* (entretien n°1).

Ce propos rejoint celui du Docteur Bernard Odier, psychiatre, qui évoque « *Une conception étroite de la demande, que l'on résumait par le paradigme : "Il n'y a pas de traitement possible sans demande du sujet lui-même"* » (121). Ces éléments rejoignent également le point de vue de Chagnon et Houssier,

selon lesquels « *L'impossibilité de verbaliser une demande* », en particulier chez les adolescents, « *ne signifie pas qu'elle n'existe pas, en creux* » (122).

Néanmoins, bien qu'ils aient souligné la nécessité d'une demande de soins propre au patient, les psychiatres que nous avons interrogés ne se sont pas arrêtés à l'absence de cette demande et ont, lors de la mise en situation à laquelle ils se sont prêtés, mis en place différentes stratégies visant à permettre au patient de s'approprier la prise en charge qu'ils lui proposaient. Ces psychiatres ont ainsi souligné combien il leur semblait primordial de permettre la rencontre du psychiatre et du sujet dit « radicalisé », ce qui, à leurs yeux, passait essentiellement par le fait d'offrir au patient un espace de parole protégé et qui lui soit propre, dans lequel il puisse, avec ses propres mots, raconter son histoire et verbaliser ses ressentis. Pour certains des praticiens de notre échantillon, cela impliquait que le cadre thérapeutique mis en place pour l'accompagnement psychothérapeutique des individus dits « radicalisés » devait pouvoir être adapté, si nécessaire, aux besoins du patient pris en charge.

Plusieurs des praticiens de notre échantillon ont par ailleurs précisé que pour que cette rencontre puisse se produire, il était nécessaire que le patient dit « radicalisé » établisse un lien de confiance avec le psychiatre, ce qui impliquait notamment, selon eux, de ne pas se montrer trop intrusifs et de veiller à tenir à distance l'inquiétude que pouvaient exprimer les qui entouraient l'individu dit « radicalisé » personnes (famille, responsables de l'établissement scolaire, etc.). Cette nécessité, verbalisée par les psychiatres que nous avons interrogés, de pouvoir procéder à des aménagements du cadre thérapeutique habituellement proposé dans le cadre des prises en charge psychiatriques, rejoint les propos du Pr Jean-Louis Senon (123).

Par ailleurs, d'après Lionel Chudzik, Docteur en psychologie, la prise en charge des individus faisant l'objet de soins pénalement ordonnés est souvent considérée comme impossible voire risquée par les psychothérapeutes, qui craindraient notamment d'être manipulés par le patient (124). Les psychiatres de notre échantillon semblent en accord avec cet auteur puisque, bien que plusieurs d'entre eux aient souligné combien il leur semble important que l'individu dit « radicalisé » puisse établir un lien de confiance avec le psychiatre chargé de son suivi, certains ont indiqué qu'il leur paraissait souhaitable de ne pas accorder une confiance aveugle au patient et de pouvoir remettre son discours en question, même s'il leur semblait légitime de ne pas faire part au « patient » de leurs doutes concernant son authenticité.

Si la question de l'authenticité du discours du patient est susceptible de concerner l'ensemble des psychiatres et des patients qu'ils prennent en charge, elle semble particulièrement importante pour ce qui concerne la radicalisation dite « islamiste », et ce à deux titres. Premièrement, comme le soulignent plusieurs des praticiens que nous avons interrogés, si l'individu dit « radicalisé » se montre faussement rassurant en utilisant le mensonge pour manipuler le psychiatre qui le prend en charge et que celui-ci ne s'en aperçoit pas, il est possible que le patient passe à l'acte et mette en péril la sécurité nationale :

> *« [Raclement de gorge] Ben oui, je veux dire le… le… méfiance en ce sens où euh... il pratique sa religion de manière adaptée et aucun trouble du comportement, je pense qu'il a peur de retourner en taule, je pense que pour le coup, lui ça peut effectivement être le type qui tout d'un coup, du jour au lendemain, il est parti en Syrie, en tout cas il a essayé »* (entretien n°3).

Par ailleurs, comme le soulignent Bazex et Mensat, il apparaît d'autant plus difficile d'identifier les individus dits « radicalisés » et d'évaluer le risque qu'ils sont susceptibles de représenter pour la sécurité nationale qu'au moins une partie d'entre eux pratiquerait la taqîya, stratégie de défense consistant à dissimuler sa foi aux non-musulmans (125). Le psychiatre, en tant que professionnel réputé avoir accès au récit de vie des personnes, est donc susceptible d'être perçu comme le plus à même de démêler le vrai du faux dans le discours des individus dits « radicalisés ». Pourtant, comme le soulignait l'une des psychiatres que nous avons interrogées, l'authenticité du discours du patient constitue l'une des limites majeures de l'exercice professionnel du psychiatre :

> *« Alors après, moi, si les patients nous mentent, les patients nous mentent »* (entretien n°6).

… au désir du psychiatre

Comme nous l'avons explicité plus haut, pour l'ensemble des praticiens qui constituent notre échantillon, la rencontre du patient dit « radicalisé » apparaît comme une situation somme toute assez banale. En effet, ces psychiatres estiment avoir le devoir d'accueillir le patient dit « radicalisé » comme tout autre patient, sans distinction ni discrimination. Se faisant, ces praticiens se conforment aux dispositions prévues par l'article R4127-7 du Code de la Santé Publique (article 7 du Code de Déontologie Médicale)(126).

Pourtant, bien qu'ils aient signalé qu'ils ne refuseraient pas de recevoir un individu dit « radicalisé » qui leur demanderait des soins, plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés ont indiqué qu'ils ne souhaitaient pas s'investir dans ce type de prises en charge :

> *« Et bien je ne suis pas très contente de recevoir cette injonction de soins dans ma consultation. [Rires] Je me dis que c'est une tannée, j'essaie de la refiler à quelqu'un. [Rires] »* (entretien n°6).

> *« Euh… [Ton hésitant] Là dans l'état actuel des choses, comme ce n'est pas le cas, j'entretiens… une certaine [emphase] distance, on va dire, hein, euh… donc ça ne me paraîtrait pas impossible… [Claquement de langue] …de… de m'en occuper. Maintenant il faudrait que j'ai l'envie, le temps, la disponibilité euh… de m'intéresser quand même à la question et de ne pas faire ça comme ça en amateur, quoi. Parce que je pense que ça, on ne peut pas se le permettre. [Ton très hésitant] Et euh… donc c'est… la question elle serait plus là, c'est-à-dire que… là j'estime que je suis… [Rires] au maximum de ce que… voilà de ce que je peux faire pour que ma vie garde un sens [Rire gêné] par rapport à… ma charge [emphase]* ***familiale*** *»* (entretien n°2).

Or, si le Code de la Santé Publique dispose que le médecin ne doit opérer aucune forme de discrimination entre les patients qui sollicitent ses soins, son article R4127-27 lui réserve toutefois la possibilité, de refuser d'octroyer ses soins « *pour des raisons professionnelles ou personnelles* » (127).

Ces dispositions ont par ailleurs été complétées par celles prévues par l'article L. 1110-3 du Code de la Santé Publique (128). Au regard de la loi, un médecin peut donc refuser d'octroyer ses soins au patient qui les lui demande, mais ce refus ne peut reposer sur un motif discriminatoire ni être opposé à un patient nécessitant des soins urgents. L'article 225-1 du Code Pénal rappelle que constitue une discrimination toute distinction fondée sur des éléments tels que l'origine, le sexe, les convictions politiques ou encore les croyances religieuses des personnes (129). De plus, le refus de soin doit être justifié par « *une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins* » et doit obligatoirement être communiqué au patient. Enfin, la continuité des soins doit impérativement être assurée.

Sous certaines conditions, il est donc possible pour un médecin de refuser de prodiguer des soins à un patient qui le sollicite. Comme le précise l'article R4127-70 du Code de la Santé Publique, c'est même un devoir, pour le médecin, de refuser de dispenser des soins lorsqu'il n'est pas compétent dans le

domaine pour lequel le patient le sollicite (130). C'est d'ailleurs ce qu'a fait l'une des psychiatres de notre échantillon au cours de la mise en situation qui lui a été proposée :

> *« Pfuit. Je ne sais pas. Je ne suis pas compétente, je ne sais pas vous répondre, sur ce que je dois faire ou pas »* (entretien n°6).

La loi française prévoit également que le médecin peut refuser de prodiguer certains soins en invoquant une clause de conscience. Comme le rappelle le CNOM, « *La clause de conscience, c'est, pour le médecin, le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques* » (131). Pour que le médecin puisse faire valoir cette clause de conscience, il est toutefois nécessaire qu'il respecte les dispositions que nous avons détaillées plus haut, notamment son devoir d'assurer la continuité des soins et d'avertir clairement le patient qu'il se dégage de sa mission, ainsi que de lui fournir toutes les informations et moyens nécessaires afin qu'il bénéficie d'une prise en charge adaptée.

Comme le souligne le CNOM, en l'état actuel des choses, le principe de la clause de conscience du médecin n'est clairement exprimé que dans le cadre du refus de stérilisation (article L.2123-1 du Code de la Santé Publique), de l'IVG (article L.2212-8 du Code de la Santé Publique) et de la recherche sur embryon (article L.2151-7-1 du Code de la Santé Publique). Ce principe pourrait pourtant être invoqué dans d'autres situations, et notamment, comme cela a été le cas avec certains des psychiatres que nous avons interrogés, si un médecin ne souhaite pas être amené à prendre en charge des individus dits « radicalisés ». Pour le CNOM, les choses sont claires : l'article 47 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-47 du Code de la Santé Publique), qui évoque des « *raisons personnelles* », offre la possibilité au médecin d'invoquer le principe de la clause de conscience pour refuser des soins à un patient qui le sollicite, aussi longtemps du moins qu'il se plie aux obligations prévues pour lui par les trois articles que nous évoquions plus haut (articles L. 1110-3, R4127-27 et R4127-7 du Code de la Santé Publique) et que l'invocation de la clause de conscience ne peut être « *interprétée comme une supposée discrimination* » (131). Mais comment s'assurer que le refus de prise en charge d'un patient dit « radicalisé » par un psychiatre ne puisse être interprété « *comme une supposée discrimination* » ? Cela semble d'autant plus compliqué que la radicalisation dite « islamiste » représente, comme nous l'avons évoqué à maintes reprises dans ce travail, un sujet éminemment politique et très marqué sur le plan religieux. Pourtant, peut-on concevoir qu'un psychiatre puisse prodiguer des soins efficaces et consciencieux à un patient auprès duquel il se sentirait en danger, menacé, ou à l'égard duquel il nourrirait un sentiment de rejet ? Un cas particulier soulève toutes ces questions : celui de l'injonction de soins.

L'injonction de soins : une contrainte pour le patient comme pour le psychiatre

Comme nous l'avons explicité plus haut, l'injonction de soins constitue une situation particulière pour plusieurs des psychiatres interrogés. Selon certains d'entre eux, la mise en place d'une injonction de soins ferait en effet disparaître la question de la demande du patient, qui serait pourtant centrale dans les prises en charge psychiatriques habituelles. Lors des mises en situation proposées, cette problématique de la demande apparaissait toutefois comme un enjeu partagé à la fois par le patient et le psychiatre pour plusieurs des praticiens de notre échantillon, qui vivaient cette mesure comme une injonction non seulement pour le patient, mais également pour eux-mêmes, et ne se sentaient dès lors pas autorisés à refuser la prise en charge qui leur était confiée :

> *« Bon. D'abord, je n'ai pas à accueillir ou pas accueillir, c'est une injonction. Donc c'est une injonction, donc il est là. Je lui explique que ce n'est [emphase]* ***ni de mon fait****, ni du sien, mais que c'est une indication judiciaire et qu'on va… [Hésite] [emphase]* ***tenter*** *de s'emparer au mieux de ce qui a été en quelque sorte [emphase]* ***imposé*** *pour en faire quelque chose dans son intérêt et voilà… et que je suis tout à sa disposition pour accueillir son… son… sa démarche »* (entretien n°5).

Ces observations vont dans le même sens que celles effectuées par d'autres chercheurs dont les travaux sont consacrés à la mise en œuvre de soins pénalement ordonnés, comme Jean Chami (132). Dans un travail consacré à des psychologues, Ventéjoux et Hirschelmann écrivent quant à eux : « *L'élément prégnant du discours des psychologues quant à ces suivis est l'évocation de la contrainte, qu'ils détournent des patients concernés pour la considérer au regard de leurs propres positionnements* » (133). Au sein de notre échantillon comme dans celui de Ventéjoux et Hirschelmann, les professionnels interrogés mettaient d'ailleurs la contrainte qu'ils percevaient en lien avec une stratégie judiciaire de prévention de la récidive.

> *« Il y a quand même mise à l'épreuve, quoi, et donc en général, quand il y a une injonction de soins, c'est qu'on demande en gros au psychiatre, voilà… de donner un petit peu des indications sur ce qui pourrait remettre en cause… ou en tout cas compliquer cette mise à l'épreuve. [Rires] Du coup on sent déjà que ça ne part quand même pas super bien. Ils ne sont déjà [emphase]* ***pas hyper sereins****, quoi. [Rires] Et là tu te dis [emphase]* ***putain****, il y a quand même une [emphase]* ***sacrée responsabilité*** *qui [emphase]* ***pèse*** *quand même sur le psychiatre, là ! Haan… »* (entretien n°2).

Chez les praticiens de notre échantillon, la dimension de prévention de la récidive se présentait de manière un peu particulière. Elle était en effet évoquée par le biais de la prise en charge psychothérapeutique envisagée pour l'individu dit « radicalisé », prise en charge dont l'un des principaux objectifs consistait, pour plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés, à obtenir un renoncement de l'individu à l'action violente. Ces éléments font écho au risque d'instrumentalisation du psychiatre par l'institution judiciaire dont s'inquiète la plupart des psychiatres que nous avons interrogés. Les inquiétudes des praticiens que nous avons interrogés touchaient notamment à la question de l'évaluation du risque que l'individu dit « radicalisé » est susceptible de représenter pour la sécurité nationale. Si, lors de la mise en situation, la majorité des psychiatre interrogés repérait et soulignait spontanément les éléments qui, selon eux, marquaient la dangerosité du patient présenté, tous les psychiatres de notre échantillon indiquaient toutefois combien il leur paraissait difficile d'évaluer cette dangerosité, et trois d'entre eux posaient clairement leur refus de procéder à une telle évaluation. Plusieurs d'entre eux s'interrogeaient également quant aux situations justifiant ou non de signaler le patient aux représentants de l'autorité judiciaire.

Comme le souligne Jean Chami, « *Face à cette contrainte mutuelle, les réactions des professionnels peuvent tendre vers des crispations indignées et se retrancher derrière de soi-disant principes déontologiques, ou bien insister au contraire sur l'obligation légale à laquelle nul ne peut échapper, et qui s'appuie sur le formalisme de la prescription, les deux attitudes permettant d'éviter ainsi toutes les implications psychologiques* » (132). C'est précisément ce qu'illustre le discours de l'un des psychiatres que nous avons interrogés :

> *« Ensuite de quoi moi ce que je réponds - ce que je ne dirai pas mais ce que les magistrats savent très très bien - je veux dire s'ils veulent savoir ce qu'il y a dans le dossier, ils font une commission rogatoire. Ils saisissent le dossier. Ça je ne vais pas leur dire, mais ils le savent. Mais là, là ils sont en tort, hein. Là ils sont en faute. Ils n'ont pas le droit et je ne me priverai pas de le leur dire. « Vous n'avez pas le droit ! »* (entretien n°3).

Il semble d'ailleurs intéressant de noter que, si certains des psychiatres de notre échantillon ont insisté sur le fait qu'ils étaient soumis à la loi, d'autres ont quant à eux souligné qu'ils ne connaissaient pas bien les dispositions légales auxquelles ils étaient soumis, notamment en matière de signalement des individus dits « radicalisés ». Plusieurs d'entre eux déclaraient toutefois imaginer que ces individus faisaient l'objet de dispositions spécifiques, et qu'il existait donc des mesures d'exception les concernant. Cela tendait d'ailleurs à renforcer leur sentiment d'incompétence, car ces psychiatres

apparaissaient alors convaincus que le savoir dont ils disposaient en matière de droit ne s'appliquait pas aux individus dits « radicalisés » que nous leurs présentions :

> *« Alors ça, je crois que je suis obligée, mais je ne suis pas sûre. Je ne sais pas si j'ai… si je dois après transmettre au magistrat, je n'ai aucune idée. Dans les injonctions de soins, je n'en sais rien. Donc là, je me renseigne : je téléphone à un collègue, au Conseil de l'Ordre, parce que je ne sais pas ce que l'on fait dans le cadre… si dans les injonctions de soins on doit dire autre chose que « Il vient régulièrement en consultation »… Ou est-ce qu'il est dans les fichés machin, je ne sais pas si on a une obligation de… de secret… de violation du secret professionnel ou pas… [Se reprend] Enfin oui, une autorisation de déni du secret professionnel, je ne sais pas pour ça »* (entretien n°6).

D'autre part, bien que la plupart des psychiatres de notre échantillon aient insisté sur la nécessité, à leurs yeux, de bien distinguer la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés » de la procédure judiciaire dont ils peuvent éventuellement faire l'objet, certains d'entre eux semblaient pourtant accepter une fonction de surveillance au service de la prévention de la récidive :

> *« Enfin en tout cas, ce qui est sûr c'est que c'est un gamin, s'il perd le contrôle… enfin s'il perd le contact avec la psychiatrie, qui… je dirais est [emphase]* ***en danger****, enfin danger au sens où il ne sera plus sous surveillance quoi, enfin… sous… [emphase]* ***pas surveillance****, parce qu'on n'est pas dans la surveillance en tant que médecin, mais sous - j'aime bien cette phrase, hein, du Pr X - sous cette [emphase] « **éthique de l'inquiétude** », c'est-à-dire que s'il n'y a plus personne qui est inquiet pour lui euh… et qui peut le signaler, euh… voilà… il est en danger, quoi. Enfin… et ça je ne vois pas quelle barrière on pourrait mettre [emphase]* ***dans le temps****, quand on voit le parcours de vie qu'il a eu »* (entretien n°2).

De plus, au sein de notre échantillon, le fait de se sentir contraints par l'institution judicaire pouvait conduire certains des psychiatres interrogés à envisager de dépasser le champ de leur compétence, par exemple en acceptant de répondre à des questions portant sur l'évaluation de la dangerosité potentielle du patient alors même qu'ils n'y étaient pas formés :

« Après peut-être que je m'aiderais des grilles, je sais qu'ils ont fait des grilles à la… Il y a des grilles qui ont été pensées. Je n'aime pas trop mettre dans des cases mais bon, s'il faut vraiment estimer un risque de dangerosité, peut-être que je citerais une grille et que je mettrais "Sur ce plan-là, il y a ça ; sur ce plan-là, il n'y a pas ça" pour m'aider » (entretien n°10).

Enfin, si, lors de la mise en situation que nous leurs avons proposée, la plupart des psychiatres de notre échantillon se sont montrés particulièrement méfiants à l'égard de l'institution judiciaire et ont fortement insisté sur la nécessité de bien distinguer le rôle du médecin de celui de la justice, la crainte d'une éventuelle instrumentalisation du psychiatre et de son savoir par l'institution judiciaire n'était toutefois pas le seul élément marquant des relations entre le médecin et cette institution. En effet, plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés considéraient également le suivi socio-judiciaire dans le cadre duquel était prononcée l'injonction de soins de la vignette clinique n°3 comme offrant un cadre rassurant, ferme et limitant, et permettant un partage des responsabilités qui les soulageait.

De plus, comme le signalait l'une des psychiatres de notre échantillon, la contrainte perçue par le praticien sollicité pour assurer la prise en charge médicale d'un individu dit « radicalisé » n'était pas liée exclusivement à l'intervention de l'institution judiciaire, mais s'inscrivait dans un cadre bien plus large, qui touchait à la manière dont le psychiatre se représentait son rôle de citoyen :

« Alors qu'à priori, je n'accepterais pas… Euh… Enfin… [Hésite] J'ai… De façon théorique, si la demande ne vient pas du patient, j'ai du mal à accepter une demande d'entretien psychothérapique. Voilà. Mais comme je me sens aussi citoyenne, et… [Rires] …et que je n'ai pas envie… Voilà, c'est-à-dire que moi aussi, je sors un petit peu de mon cadre, parce que je suis là en tant que psychiatre mais aussi citoyenne, quelque part. Je ne peux pas faire abstraction du fait que là j'ai un rôle par rapport à la société. Et c'est compliqué, on n'est plus un « duel singulier »… [Plus bas, réalisant ce qu'elle vient de dire] Un « duel singulier » ! [Rires] » (entretien n°1).

Chapitre 4 : Aspects éthiques

Le langage comme enjeu de pouvoir

Comme l'ont montré les résultats de l'analyse qualitative que nous avons menée, les psychiatres de notre échantillon se représentaient la radicalisation comme une notion complexe, dont la définition demeurerait assez floue et particulièrement mouvante. En effet, selon ces praticiens, la définition de la notion de radicalisation serait susceptible de varier en fonction du milieu socio-culturel et de l'époque dans lesquels elle s'inscrirait, ainsi qu'en fonction de la personne ou de l'institution qui l'énoncerait.

En effet, comme nous l'avons rappelé au début de ce travail, la notion de « radicalisation » était initialement connotée de manière assez positive, en ceci qu'elle permettait de désigner des mouvements de contestation sociale face à ce qui était perçu comme une oppression par certaines populations ou catégories de population. Dès son émergence, le terme de radicalisation a donc été utilisé pour désigner les voix de la contestation. Cela pourrait d'ailleurs expliquer que Mme Agnès Buzyn, actuelle Ministre des Solidarités de la Santé, ait présenté la radicalisation comme « *une menace durable pour notre sécurité notre cohésion sociale* » (intervention n°1) lors des EGPR.

D'autre part, la notion de radicalisation est susceptible de représenter un enjeu de pouvoir en ceci que l'attribution-même du qualificatif de « radicalisé » témoigne d'une position de pouvoir. Il apparaît en effet que ce ne sont pas les individus dits « radicalisés » qui se qualifient comme tels, mais les représentants d'une autorité ou d'un savoir, qu'il s'agisse de psychiatres, de magistrats ou encore de représentants politiques. Ainsi, d'après Thomas Szasz, psychiatre, le fait de nommer l'autre constituerait un enjeu de pouvoir majeur : celui qui étiquette l'autre le premier serait ainsi déclaré vainqueur, tandis que l'autre serait réduit au statut de victime (101).

Enfin, pour plusieurs des psychiatres que nous avons interrogés, si le langage radical représente une possible source d'affiliation, la notion de « radicalisation » constitue toutefois une forme d' « étiquette » favorisant la stigmatisation non seulement des individus dits « radicalisés » mais également des personnes de religion musulmane ainsi que, plus globalement, les populations d'origine maghrébine résidant en France. Selon ces professionnels, le recours-même à la notion de « radicalisation », en favorisant l'exclusion et la désaffiliation de certains individus, serait donc susceptible d'alimenter les filières de radicalisation dite « islamiste ». Ces résultats appuient donc l'idée, développée par d'autres auteurs, selon laquelle la détection de l'extrémisme religieux peut se révéler contre-productive et stigmatisante, en ceci qu'elle augmente l'ostracisme et la discrimination à l'égard des populations ciblées (ici, les musulmans) (1,53).

Par ailleurs, le langage est également un objet de pouvoir en ceci qu'il constitue un outil normatif. Un exemple historique illustre très bien ce propos, dans le domaine de la psychiatrie : il s'agit du diagnostic de drapétomanie. Elaborée par Cartwright, qui l'expose dans un travail publié en 1851, la notion de drapétomanie désignait alors une pathologie mentale qui aurait poussé les esclaves noirs à vouloir fuir la propriété de leurs maîtres (134). Cet exemple illustre la crainte, formulée par l'un des psychiatres que nous avons interrogés, de voir les psychiatres et le savoir psychiatrique instrumentalisés à des fins de normativité politique. En effet, il semble qu'en sommant les psychiatres de faire de la radicalisation une entité psychopathologique à part entière, ce que les pouvoirs publics attendent « *de ce savoir psychiatrique devenu instrument de normalisation, c'est qu'il fournisse un discriminant à effet politique, permettant de classer et de distinguer les individus, les groupes et les idéologies* » (79), et de déterminer lesquels sont acceptables ou non, réprimant ainsi les voix de la contestation.

Le psychiatre face aux conflits de loyautés

Protéger le patient… et protéger la sécurité nationale

Pour les praticiens que nous avons interrogés, le psychiatre aurait la responsabilité de protéger le patient qu'il prend en charge. Pour certains de ces praticiens, cela impliquerait notamment de préserver le patient, autant que faire se peut, de toute forme de stigmatisation et de discrimination, et ce d'autant plus que le psychiatre constituerait parfois le dernier lien de l'individu dit « radicalisé » avec la société dans laquelle il évolue, le dernier rempart contre son exclusion.

D'autre part, pour plusieurs des psychiatres de notre échantillon, la prise en charge d'un individu dit « radicalisé » nécessiterait un véritable engagement de la part du médecin. Pourtant, la quasi-totalité des praticiens que nous avons interrogés indiquaient qu'il leur semblait également avoir le devoir de protéger la sécurité nationale, non seulement du fait de leur rôle professionnel, mais également en tant que citoyens. Parce qu'ils se sentaient investis d'une double responsabilité consistant à protéger à la fois leur patient dit « radicalisé » et la sécurité nationale, les psychiatres que nous avons interrogés se sont ainsi trouvés, lors des mises en situation que nous leur avons proposées, pris dans une forme de conflit de loyauté qui atteignait généralement son paroxysme lorsque le médecin s'interrogeait sur son devoir de signaler ou non le patient présenté aux autorités judiciaires :

> *« Vous n'allez pas l'incarcérer, lui, merde ! Il est à haut risque mais… On est psychiatre là, c'est un peu notre cœur de métier au sens émotion »* (entretien n°7).

Ce conflit de loyauté ne manque pas de rappeler celui auxquels les médecins militaires font régulièrement face dans l'exercice de leurs fonctions. Cela fait écho aux propos de Benatar et Upshur, selon lesquels les médecins civils sont susceptibles de se trouver confrontés à des situations faisant émerger des dilemmes analogues à ceux rencontrés par les médecins miliaires (135). Selon ces auteurs, ces dilemmes peuvent être divisés en deux catégories de questions :

- Comment les principes universels d'éthique médicale peuvent-ils être mis en œuvre dans les différentes situations rencontrées ? ;
- Comment résoudre les tensions émergeant entre la responsabilité professionnelle à l'égard des individus d'une part et la responsabilité professionnelle à l'égard de la société et du bien commun d'autre part (135) ?

Pour Benatar et Upshur, il existe deux moyens de répondre à ces questions (135). Le premier consisterait à revendiquer le caractère absolu des principes universels de l'éthique médicale, sans se laisser de marge de manœuvre dans la manière de les appliquer dans un contexte donné, et à insister sur le fait que l'intérêt de l'individu doit à tout prix primer sur celui de la société. La seconde manière de procéder, quant à elle, consisterait à considérer que l'application des principes éthiques requiert un raisonnement moral, et que bien que les individus doivent être considérés comme prioritaires, cela ne constitue pas toujours un guide éthique suffisant lorsque le bien commun est sérieusement menacé. Selon ces auteurs, dans ce deuxième cas de figure, le défi serait alors d'identifier des arguments substantiels et des procédures permettant de proposer des solutions éthiques rationnelles aux situations complexes qui défient la vie humaine et la sécurité.

Pour interroger ce conflit de loyauté, il nous semble pertinent de revenir sur quelques définitions. Premièrement, la loyauté peut-être définie comme la « *fidélité manifestée par la conduite aux engagements pris, au respect des règles de l'honneur et de la probité* » (136). Les termes de cette définition trouvent un écho majeur dans la première ligne du serment d'Hippocrate : « *Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité* » (137). Il semble dès lors intéressant de noter que, si la définition de la loyauté implique la notion d'un engagement, le serment d'Hippocrate, dont la première ligne souligne cet engagement, ne dit pas à l'égard de qui le médecin s'engage, ou tout du moins lequel de ses engagements doit être priorisé, laissant dès lors la porte ouverte à différentes interprétations déontologiques.

Par ailleurs, l'adjectif « loyal », quant à lui, revêt deux sens distincts. Si, dans sa deuxième acception, il rejoint la définition de la loyauté énoncée plus haut (« *Qui est sincèrement fidèle dans sa conduite aux engagements pris, aux lois de l'honneur et de la probité* » (138)), sa première acception, datant du

XIXème siècle, offre un autre éclairage. En effet, « loyal » signifiait alors « *Qui est conforme à la loi, aux prescriptions de la loi* » (138). Dans ce contexte, la loi française peut-elle permettre au psychiatre de résoudre le conflit de loyauté dans lequel il est susceptible de se trouver pris, et que la déontologie médicale semble échouer à résoudre ?

L'ordre juridique français, qui repose principalement sur des règles écrites, est régi par ce que l'on nomme la hiérarchie des normes. En vertu de cette hiérarchie, « *Une règle nouvelle doit respecter les règles antérieures de niveau supérieur, peut modifier les règles antérieures de même niveau et entraîne l'abrogation des règles inférieures contraires* » (139). Comme le montre la **figure 4**, en droit français, le bloc de Constitutionnalité constitue le plus haut niveau dans la hiérarchie des normes. Stricto sensu, ce bloc de Constitutionnalité comprend la Constitution de 1958, la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ainsi que le Préambule de la Constitution de 1946 (140).

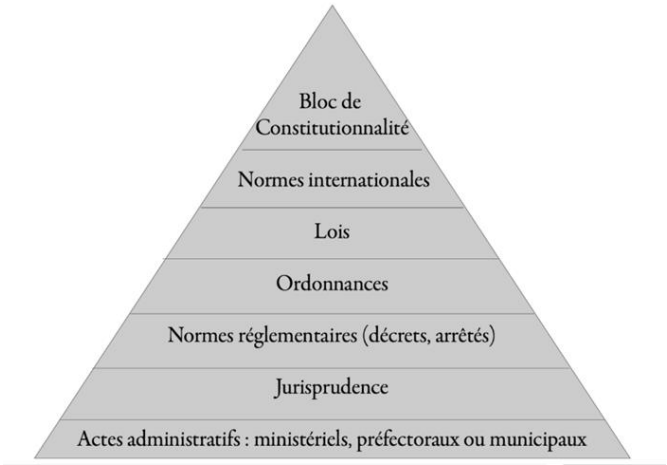

Figure 4 : Pyramide de la hiérarchie des normes en droit français (141)

Si le Préambule de la Constitution de 1946 ne semble pas contenir de dispositions susceptibles d'éclairer notre propos, l'article premier de la Constitution française, en revanche, prévoit que « *La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances* » (142). La Déclaration des Droits de l'homme et du Citoyen du 26 août 1789, quant à elle, stipule que :

- « *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi* » (article 4) ;

- « *Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi* » (article 10) ;
- « *La libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'Homme : tout Citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement, sauf à répondre de l'abus de cette liberté dans les cas déterminés par la Loi* » (article 11) (143).

La question qui semble se poser ici concernant la radicalisation dite « islamiste » serait donc de savoir de quelle forme de radicalisation il est question. En effet, dans le cadre d'une radicalisation non-violente, comment affirmer que l'idéologie d'un individu dit « radicalisé » nuit à autrui ou trouble l'ordre public ? L'idéologie salafo-djihadiste correspond-elle à une croyance religieuse ? A une opinion politique ? Sans réponse à ces questions, qui semblent concerner non pas exclusivement les psychiatres, mais l'ensemble de notre société, il paraît difficile de trouver dans le droit français un éclairage suffisant pour résoudre le conflit de loyauté décrit par les psychiatres que nous avons interrogés.

Prendre en charge des individus dits « radicalisés »… et des victimes d'actes terroristes

Comme nous l'avons exposé plus haut, les résultats de notre étude qualitative exploratoire suggèrent que les psychiatres seraient susceptibles d'être pris dans un deuxième conflit de loyauté lorsqu'ils seraient amenés, comme c'était le cas pour plusieurs des psychiatres de notre échantillon, à prendre en charge aussi bien des individus dits « radicalisés » que des victimes d'actes terroristes. D'après ces praticiens, il serait possible, pour un même médecin, de recevoir ces deux types de patients, à la condition toutefois de pouvoir cloisonner sa pratique de manière à bénéficier d'un temps et d'un espace dédiés à chacune de ces deux populations. Interrogés sur la justification de ce cloisonnement, l'un des praticiens interrogés mettait en avant son désir de limiter le risque de survenue d'un état de dissociation chez le psychiatre, tandis qu'une autre expliquait qu'il visait à éviter que des victimes d'actes terroristes et des individus dits « radicalisés » ne soient amenés à se croiser sur le lieu de soins, ce qui, selon cette praticienne, ne pourrait qu'alimenter l'incompréhension mutuelle et mettre en difficulté les uns et les autres.

Selon Freud, comme il l'expose dans « *L'avenir d'une illusion* » (1927), l'intolérance serait inévitable (144). Pour Litinetskaia et Guelfi, c'est la menace d'une perte d'identité qui conduirait à l'émergence de la haine d'un groupe envers un autre. Ces deux auteurs précisent que pour eux, le fanatisme serait lié à une forme de narcissisme collectif, basé sur des croyances religieuses et/ou sur des convictions

politiques, incarné par un chef « *dont la puissance et le prestige compensent les carences du narcissisme individuel* » (116).

Ces éléments tendent à appuyer le propos de Philippe Bessoles, selon lequel le fanatisme, quelle qu'en soit la forme, constituerait une réponse agie transgressive face à la perception d'une vulnérabilité identitaire et d'une menace de perte d'identité (108). Ces deux aspects circonscriraient ainsi ce qu'il nomme le « *recours fanatique* » (108). Cette vision théorique tend à appuyer le point de vue des psychiatres que nous avons interrogés, selon lesquels l'engagement dans un processus de radicalisation pourrait répondre à une quête identitaire de l'individu dit « radicalisé », et semble faire écho à la question de l'emprise, que nous avons abordée plus haut. Elle soutient également le propos de l'une des psychiatres de notre échantillon qui, alors qu'elle expliquait qu'il lui paraissait nécessaire de veiller à ce qu'individus dits « radicalisés » et victimes d'actes terroristes ne soient pas amenés à se croiser en salle d'attente, expliquait :

> *« C'était très intéressant sur le quiproquo réciproque, qui en fait est basé juste sur une chose, c'est la peur de mourir. Et de perdre son identité »* (entretien n°7).

Par ailleurs, pour l'un des praticiens que nous avons interrogés, le fait de séparer dans le temps et dans l'espace la prise en charge par un même psychiatre des individus dits « radicalisés » et des victimes d'actes terroristes permettrait de limiter le risque de survenue d'un état de dissociation chez le psychiatre. La dissociation péri-traumatique à laquelle ce praticien fait référence constitue un syndrome dont l'importance est centrale en matière de psychotraumatisme, car l'importance de la dissociation péri-traumatique favorise l'installation d'un trouble de stress post-traumatique suite à un événement potentiellement traumatique (145–147). Les symptômes de dissociation péri-traumatique peuvent associer à des degrés divers « *des altérations de la conscience, une distorsion de la perception du temps et de l'espace (impression de flou ; d'être comme dans un film), une désorientation (perte des repères temporels et spatiaux), la dépersonnalisation (le fait de se percevoir soi-même comme bizarre, non familier), la déréalisation (le sentiment que c'est le monde autour de nous qui est devenu bizarre et non familier), le sentiment d'irréalité ou encore les comportements moteurs automatiques* » (148).

Ces éléments tendent à suggérer que le fait, pour un même psychiatre, d'être amené à prendre en charge à la fois des individus dits « radicalisés » et des victimes d'actes terroristes pourrait représenter une charge psychique conséquente, en ceci qu'elle susciterait la mise en place de mécanismes de défense tels que le clivage. Ces mécanismes de défense pourraient permettre au psychiatre, comme le proposait l'un des praticiens que nous avons interrogés, de se protéger de l'impact potentiellement traumatique de la co-occurrence de ces prises en charge. Une autre interprétation pourrait toutefois

en être faite, selon laquelle le clivage temporo-spatial opéré par les praticiens prenant en charge à la fois des individus dits « radicalisés » et des victimes d'actes terroristes les protègerait d'un conflit de loyauté. Le psychiatre serait ainsi tantôt le thérapeute d'individus dits « radicalisés », tantôt celui de victimes d'actes terroristes, mais jamais vraiment les deux à la fois, ce qui lui permettrait d'être tout à fait disponible pour chacun des patients accueillis et de préserver ses capacités d'élaboration. Le clivage temporo-spatial opéré par ces praticiens correspondrait ainsi à une forme d'externalisation du conflit de loyauté visant à éviter que celui-ci ne vienne sidérer la pensée du psychiatre.

Protéger la sécurité nationale… et rester loyal à ses camarades militaires blessés

L'idée qu'il serait nécessaire de séparer dans le temps et l'espace la prise en charge des patients dits « radicalisés » de celle des patients victimes d'actes terroristes rejoint celle, avancée par la psychiatre militaire que nous avons interrogée, qu'il conviendrait de séparer selon les mêmes modalités la prise en charge des individus dits « radicalisés » de celle des militaires blessés sur des théâtres d'opérations extérieures. Il est toutefois apparu au cours de l'entretien réalisé avec cette praticienne que la valeur d'engagement occupait une place prépondérante dans son discours. Elle indiquait ainsi être prête à recevoir en consultation des individus dits « radicalisés », ce qui, selon elle, allait dans le sens de son engagement au service de la sécurité nationale, mais se montrait assez réticente à l'idée d'avoir à prendre en charge ces patients au sein d'un hôpital militaire, mettant alors en avant le fait que ces deux types de patients ne pourraient que mal vivre la présence les uns des autres, mais également le fait qu'elle aurait alors le sentiment de trahir ses camarades. Cela traduit, là encore, l'existence d'un conflit de loyauté.

Le psychiatre face à ses émotions

Psychiatre, mais pas seulement

Comme nous l'avons souligné, les mises en situation proposées ont entraîné l'émergence de nombreux affects chez les psychiatres que nous avons interrogés. Le plus représenté de ces affects, au sein de notre échantillon, était la peur. L'ensemble des praticiens que nous avons mis en situation ont en effet déclaré éprouver des affects du registre de la peur, à différents degrés (inquiétude, peur, terreur, effroi), en lien avec les vignettes cliniques qui leur étaient présentées. D'autres affects étaient

particulièrement représentés, notamment le sentiment d'impuissance et le sentiment d'incompétence. Ce dernier concernait tous les psychiatres interrogés à un moment ou à un autre au cours des mises en situation, à l'exception des deux d'entre eux qui disposaient de l'expérience clinique la plus importante en matière de radicalisation. Cela suggère, comme l'ont souligné plusieurs des praticiens interrogés, qu'il serait nécessaire, pour pouvoir prendre en charge des individus dits « radicalisés », de disposer d'un savoir spécifique concernant la radicalisation. Chez ceux qui estimaient ne pas disposer d'un savoir suffisant pour assurer le suivi des patients qui leur ont été présentés, l'association du sentiment d'incompétence et de la peur qu'ils éprouvaient conduisaient fréquemment à une sidération psychique manifeste qui, au cours de la mise en situation, venait entraver leurs possibilités de poser une décision médicale concernant le patient évoqué.

Par ailleurs, les mises en situation proposées ont également conduit à l'émergence de mécanismes de défense chez les psychiatres interrogés. Les mécanismes de défense peuvent être définis comme « *des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente* » (149). Ces mécanismes de défense, dont aucune classification ne fait actuellement consensus, peuvent jouer un rôle majeur dans la vie du sujet. En effet, surgissant lorsque l'individu est confronté à des difficultés, ils représentent des mécanismes de protection qui contribuent à la santé mentale et physique de cet individu (150). Au sein de notre échantillon de psychiatres, les mécanismes de défense les plus représentés étaient l'humour noir et le cynisme, mais l'on voyait également émerger des mécanismes tels que le rejet du patient, la méfiance, l'agressivité ou encore l'évitement du contact direct avec le patient et de la prise de décision.

Enfin, certains praticiens ont verbalisé des représentations stigmatisantes concernant par exemple la religion, la société française ou encore les femmes et leur sexualité, mais également des éléments ayant trait à leurs propres croyances religieuses et convictions politiques, à la lumière desquels ils interprétaient les situations qui leur étaient présentées.

Nos résultats suggèrent ainsi que, confrontés à des patients dits « radicalisés, les psychiatres sont susceptibles d'agir et de réagir non seulement en tant que médecins possédant un savoir scientifique, mais également en tant que personnes ayant leurs propres croyances, convictions et préjugés, et traversées par des émotions diverses. Cela semble faire écho aux propos du sociologue Norbert Elias qui, dans sa « *Société des individus* », distingue l'individu singulier de l'individu collectif : « *Ce que l'on sépare si souvent par la pensée comme deux substances différentes ou deux niveaux différents chez l'homme, son « individualité » et son « conditionnement social » ne sont en vérité rien d'autre que deux fonctions différentes des hommes dans leur relation, dont aucune ne peut exister sans l'autre* » (151)(p. 103).

Le rôle de l'émotion dans la décision médicale

Selon Norbert Elias, « *Chacune des personnes qui passe ainsi dans la rue assume quelque part, à un moment ou à un autre, une fonction, une propriété ou un travail, une mission d'une quelconque nature pour les autres. […] Grâce à sa fonction, chacun de ces individus a, ou a eu, un revenu, plus ou moins élevé, dont il vit ou dont il a vécu ; et au moment même où il passe dans la rue, cette fonction et ce revenu passent, ouvertement ou incognito, avec lui. Il ne peut pas tout simplement s'en défaire au gré du jour* » (151)(p. 48-49). Même en dehors du temps et du lieu dédié à son exercice professionnel, le psychiatre ne cesserait donc d'être psychiatre. Mais l'inverse est-il envisageable ? Le psychiatre peut-il, dans le cadre de son exercice professionnel, laisser de côté la personne, l'individu singulier qu'il constitue, pour poser une décision médicale purement rationnelle, reposant exclusivement sur le savoir scientifique dont il dispose ?

Comme nous l'avons souligné plus tôt, du fait de la structure de notre grille d'entretien, les psychiatres qui constituent notre échantillon ont tous été amenés, au cours des mises en situation que nous leur avons proposées, à poser des décisions médicales concernant les patients présentés dans les trois vignettes cliniques que nous leur avons soumises. Il est ainsi apparu que la majorité des praticiens interrogés ont, à un moment ou à un autre au cours de l'entretien, posé des décisions médicales qu'ils justifiaient dans un premier temps en verbalisant l'émotion qu'ils éprouvaient face à la situation proposée puis éventuellement, dans un deuxième temps seulement, en énumérant les éléments cliniques soutenant cette décision. De plus, il est apparu que les trois psychiatres qui à aucun moment au cours de l'entretien ne justifiaient leur décision par les affects qu'ils éprouvaient au moment de la prendre étaient ceux qui disposaient de l'expérience clinique la plus importante en matière de radicalisation.

La décision médicale doit-elle, comme le proposait l'un des praticiens interrogés, s'opérer indépendamment de toute composante émotionnelle ? Selon P. Blanc, « *On serait tenté de penser que du point de vue du médecin et des soignants en tout cas, il conviendrait de considérer d'emblée les émotions générées par l'état, l'expression ou le comportement du patient avec la plus grande méfiance et de faire en sorte d'en écarter ou tout au moins de tenter d'en contrôler autant que possible les effets pour qu'ils ne perturbent ni le jugement (diagnostic, choix d'un traitement), ni l'acte thérapeutique* » (152). Pourtant, selon un article paru dans la revue Science en 2006, la prise de décision entraînerait chez l'être humain une activation de l'amygdale, région cérébrale impliquée dans les réactions émotionnelles (153). De plus, pour Oum et Lieberman, les émotions feraient partie de nos cognitions. D'autre part, selon Loewenstein et al., la notion de risque serait indissociable de celle d'émotions (154).

En effet, selon ces auteurs, bien que certains travaux de recherche aient été consacrés aux effets des émotions ressenties par le décisionnaire après la prise de décision, peu de chercheurs se sont intéressés à l'impact sur la prise de décision des émotions ressenties au cours du processus décisionnel (154). Pour Loewenstein et al., confrontées à un risque, les personnes l'évalueraient cognitivement et y réagiraient émotionnellement (154).

La question de l'implication des émotions dans la prise de décision médicale rejoint également les travaux effectués sur le « *gut feeling* ». Erik Stolper, médecin généraliste néerlandais, et son équipe travaillent sur cette notion depuis le début des années 2000. Pouvant être traduit par « sensation tripale, viscérale », le *gut feeling* correspondrait à une forme d'intuition spécifique, susceptible d'être associée à des sensations physiques, qui s'imposerait au médecin lorsqu'il fait face à un patient (155,156). Deux formes de *gut feeling* ont été individualisées par Stolper et al. (155,156). La première fonctionnerait comme un signal d'alarme qui indiquerait au médecin que « quelque chose cloche » avec son patient, alors même qu'il ne disposerait pas nécessairement d'éléments objectifs lui permettant d'expliquer et d'étayer cette sensation. Dans sa seconde forme, le *gut feeling* correspondrait à une forme de réassurance, de sentiment de sécurité permettant au médecin de se sentir sûr de lui concernant le pronostic établi et la prise en charge proposée alors même qu'il ne disposerait pas d'un diagnostic bien défini.

Le psychiatre, comme tout médecin, se trouve fréquemment contraint de poser une décision médicale dans un contexte d'incertitude, parfois dans l'urgence. D'après Kahneman, cette décision médicale reposerait à la fois sur des facteurs analytiques, résultats de processus cognitifs lents, explicites, contrôlés, rationnels, demandant un effort cognitif conséquent, et sur des facteurs non analytiques qui, eux, impliqueraient un système plus rapide, automatique et intuitif, ne demandant pas d'effort particulier (157). Dans le cas du médecin, les facteurs non analytiques impliqués dans le processus décisionnel seraient liés à l'expérience de l'individu concerné, à ses émotions, à son vécu, à sa connaissance du patient, à son environnement, au contexte et à sa personnalité (158). Le *gut feeling* constituerait ainsi une forme spécifique de raisonnement non analytique susceptible d'émerger spontanément au cours de l'interaction avec un patient et d'activer le raisonnement analytique, guidant alors la procédure diagnostique (158).

Le risque d'épuisement professionnel

Si l'émotion du praticien peut être envisagée comme l'un des moteurs de la décision médicale, en ceci qu'elle contribue à la partie non analytique du processus décisionnel, elle peut aussi se révéler problématique. La peur, en particulier, qui était l'émotion la plus représentée chez les psychiatres de notre échantillon, est susceptible de conduire à une sidération qui, avec la fuite et le combat, correspond à l'une des manifestations de la réaction de peur (159). La sidération psychique est susceptible de mettre le psychiatre en difficulté en ceci qu'elle réduit voire anéantit temporairement ses capacités d'élaboration, comme le soulignait l'une des praticiennes que nous avons interrogées :

> *« Par rapport à cette problématique, il y a deux choses : le risque de sidération et le fait de devoir travailler son contre-transfert »* (entretien n°10).

Issue du champ de la psychanalyse et élaborée par Freud, la notion de contre-transfert évoquée par cette praticienne peut être définie comme l' « *ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci* » (160). D'autres auteurs, quant à eux, utilisent la notion de contre-transfert dans une acception beaucoup plus large, « *qui englobe tous les mouvements psychiques et corporels suscités par l'investissement transférentiel des patients* » (161). Le contre-transfert peut donc être considéré comme un ensemble de mouvements psychiques comprenant notamment, mais pas exclusivement, les émotions qui traversent le thérapeute lorsqu'il fait face à un patient.

Pour Gabbard, les émotions fortes suscitées par le contre-transfert sont susceptibles d'influencer le jugement du médecin et de l'empêcher de réagir de manière adéquate (162). Selon P. Blanc, toutefois, « *Tout comme on peut reconnaître la justesse d'une émotion que l'on n'éprouve pas, on peut reconnaître les effets perturbateurs d'une émotion que l'on éprouve, sans pour autant disqualifier sa justesse et définir par là des moyens convenables d'action* » (152). Il ne s'agirait donc pas de remettre en question la pertinence ou la légitimité des émotions qui traversent le psychiatre lors de sa rencontre avec un individu dit « radicalisé », mais de lui permettre de repérer et de questionner ces émotions. Cela nous semble pouvoir passer par la mise en place d'un travail de supervision, que Castro et al. définissent comme un dispositif visant à améliorer les pratiques des professionnels en leur permettant d'élaborer et d'exprimer leurs ressentis autour de contextes professionnels complexes (163).

De manière intéressante, comme nous l'avons souligné en présentant nos résultats, bien que la confrontation à des individus dits « radicalisés » ait mobilisé chez les psychiatres que nous avons interrogés de nombreux affects et mécanismes de défense, qui étaient d'ailleurs susceptibles d'influencer leur décision médicale et de venir questionner leurs croyances religieuses, représentations stigmatisantes et convictions politiques personnelles, un seul des praticiens de notre échantillon mentionnait combien il lui semble important que les professionnels intervenant dans la prise en charge d'individus dits « radicalisés » puissent bénéficier d'une supervision. Il semble également intéressant de préciser que ce psychiatre a alors indiqué qu'il intervenait en qualité de superviseur auprès d'équipes de soins, sans toutefois bénéficier lui-même d'une supervision.

Plusieurs des psychiatres interrogés soulignaient pourtant combien la prise en charge d'individus dits « radicalisés » implique à leurs yeux une charge mentale lourde, susceptible de conduire à une usure psychique du praticien concerné. Deux d'entre eux ont également indiqué qu'il leur paraissait essentiel que les équipes de soin qui sont amenées à prendre en charge des individus dits « radicalisés » puissent travailler sur leur contre-transfert, en particulier lorsque ces équipes exercent dans des lieux de soins particulièrement éprouvés par la survenue d'attentat terroristes de grande ampleur, ce qui fait écho à l'un des conflits de loyauté que nous évoquions plus haut.

Ces différents éléments suggèrent combien il pourrait être essentiel de s'assurer que les psychiatres amenés à prendre en charge des individus dits « radicalisés » bénéficient d'une supervision de leurs pratiques. Cela paraît d'ailleurs d'autant plus important que les émotions du soignant représentent, pour certains auteurs, l'un des principaux facteurs étiologiques impliqués dans la survenue des syndromes d'épuisement professionnel ou burn-out. La mise en place de temps de supervision et d'analyse des pratiques professionnelles pourraient ainsi, d'après différents auteurs, contribuer à prévenir l'épuisement professionnel (164–166).

De plus, d'après le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, les problématiques liées à l'intensité et à l'organisation du travail (notamment surcharge de travail, responsabilités importantes, interruptions d'activité, débordement, sentiment d'insuffisance des moyens disponibles), l'existence d'importantes exigences émotionnelles (confrontation à la souffrance, devoir dissimuler ses propres émotions, sentiment de peur) et les conflits de valeurs constituent trois des principaux facteurs de risque d'épuisement professionnel (167). Or, comme nous l'avons explicité plus haut, les résultats de notre étude qualitative exploratoire suggèrent que les psychiatres amenés à prendre en charge des individus dits « radicalisés » pourraient être exposés de manière particulièrement saillante à l'ensemble de ces facteurs.

Chapitre 5 : Synthèse

Ainsi, pour tenter de déterminer comment les médecins psychiatres exerçant sur le territoire français se représentent la notion de radicalisation ainsi que leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés », nous avons élaboré un protocole de recherche qualitative basé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de médecins psychiatres exerçant sur le territoire français d'une part, et sur l'exploitation d'un corpus d'interventions réalisées lors des premiers Etats Généraux Psy sur la Radicalisation d'autre part.

Comme nous l'avons explicité, pour certains des psychiatres que nous avons interrogés, le processus de radicalisation semble constituer un modèle d'inconduite qui permettrait aux individus dits « radicalisés » d'agir une souffrance qu'ils se trouveraient dans l'incapacité verbaliser. Dès lors, le psychiatre aurait pour fonction de rendre intelligibles le mode de fonctionnement psychique des individus dits « radicalisés » ainsi que les raisons de leur engagement dans un processus de radicalisation. La radicalisation dite « islamiste » constituerait ainsi une réponse à une problématique d'ordre psychopathologique se prêtant mal à une inscription dans la nosographie psychiatrique.

Par ailleurs, bien que la radicalisation dite « islamiste » ne constitue pas un trouble mental, certains des psychiatres que nous avons interrogés considéraient que leur savoir et leur savoir-faire en matière de psychopathologie pourraient leur permettre d'apporter un éclairage clinique singulier dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ». Cet éclairage pourrait concerner notamment la question de la distinction entre croyance et délire dans le discours de ces individus, distinction qui conditionne à la fois leur prise en charge thérapeutique et leur responsabilité pénale. Si le savoir psychiatrique semble susceptible de contribuer à une meilleure compréhension et à une prise en charge plus efficace des processus de radicalisation, une inquiétude paraît pourtant émerger chez les psychiatres, qui semblent craindre qu'en les sommant de faire de la notion de « radicalisation » une entité psychopathologique à part entière, les pouvoirs publics cherchent à faire de cette notion un discriminant politique visant à réduire au silence certaines des voix de la contestation.

Nos résultats suggèrent que, pour certains psychiatres, le langage développé par l'idéologie salafo-djihadiste, bien qu'il offre à des individus désaffiliés une source de réaffiliation, tendrait également à les enfermer dans un processus d'emprise psychique. En effet, le langage constituerait l'un des moyens privilégiés dans la construction des processus d'emprise psychique, et son infiltration progressive par un vocabulaire et un discours idéologique favoriserait l'adhésion à cette idéologie car, comme l'explique Claude Hagège, linguiste français : « *Il faut bien comprendre que la langue structure la*

pensée d'un individu. Certains croient qu'on peut promouvoir une pensée française en anglais : ils ont tort. Imposer sa langue, c'est aussi imposer sa manière de penser » (168).

En tant que vecteur idéologique, le langage pourrait d'ailleurs constituer un objet de pouvoir. Il serait en effet susceptible de conduire à la stigmatisation de certains individus, comme c'est le cas avec l'étiquette de « radicalisé », puisque l'attribution-même de ce qualificatif de « radicalisé » témoignerait de la position de pouvoir de ceux qui y recourent.

D'autre part, sur le plan psychothérapeutique, nos résultats suggèrent que bien que la demande du patient occupe classiquement une place centrale dans la prise en charge psychothérapeutique, l'élaboration de cette demande ne paraît possible que dans la rencontre entre le psychiatre et le sujet dit « radicalisé », rencontre qui semble elle-même soumise au désir du psychiatre d'assurer ce type de prises en charge. C'est d'ailleurs à cette rencontre que semblent contraints tant le psychiatre que le patient lorsque celui-ci fait l'objet d'une mesure de soins pénalement ordonnés :

> *« Bon on partira tranquille de toute façon, [emphase]* ***grâce*** *à cette injonction de soins : il est obligé de venir là, je suis obligé de le recevoir… au moins une fois, donc on commence par là »* (entretien n°9).

Nos résultats suggèrent que dans ce contexte, le cadre du suivi socio-judiciaire peut être perçu comme une contrainte difficilement supportable par le psychiatre chargé de prodiguer les soins, mais également constituer un cadre rassurant pour lui, car il lui donnerait la sensation de ne plus endosser seul la responsabilité de prévention de la récidive. Nous avons toutefois également constaté que les relations avec l'institution judiciaire pouvaient susciter une méfiance importante chez les psychiatres que nous avons interrogés, méfiance qui semblait se cristalliser autour des questions d'évaluation et de prévention du risque de récidive d'une part, et du secret professionnel d'autre part. Pourtant, pour Xavier Lemeyre, magistrat : « *Au-delà des sens opposés de leur action première — l'une tournée vers la santé des personnes, l'autre vers l'intérêt général de la société —, les acteurs du soin et ceux de la justice ont un devoir commun, celui de ne pas négliger la dimension complémentaire de leurs interventions* » (169).

Les résultats que nous avons obtenus suggèrent également que les psychiatres amenés à prendre en charge des individus dits « radicalisés » sont susceptibles de se trouver pris au sein de conflits de loyauté pouvant prendre différentes formes. Dans ces situations, ni le droit français ni les règles déontologiques ne semblent pouvoir permettre au psychiatre de dissoudre le conflit de loyauté auquel

il fait face. Les solutions sont donc peut-être à chercher ailleurs, et plus particulièrement du côté d'une réflexion éthique. En effet, pour tenter de résoudre ces conflits, les praticiens interrogés procédaient spontanément à une réflexion éthique au sens d'une mise en balance de leurs valeurs personnelles afin de déterminer à laquelle ou auxquelles, dans cette situation précise, ils souhaitaient donner le plus de poids.

Ces conflits de loyauté semblent pouvoir contribuer à expliquer l'importance des mouvements émotionnels ayant traversé les psychiatres interrogés au cours des mises en situation clinique. Ces émotions, qui intervenaient de manière évidente dans la décision médicale, paraissent susceptibles de constituer à la fois une ressource diagnostique et thérapeutique pour le psychiatre, en ceci qu'elles alimentent le processus décisionnel, mais pourraient également conduire à l'accumulation d'une charge mentale majeure chez les praticiens amenés à prendre en charge des individus dits « radicalisés » avec, à terme, le risque d'installation d'un syndrome d'épuisement professionnel.

Dans ce contexte, il peut sembler nécessaire d'accorder une attention particulière aux ressentis et au vécu des psychiatres prenant en charge des individus dits « radicalisés », notamment en veillant à la mise en place de temps de supervision de leur pratique professionnelle afin de leur permettre d'évoquer dans un cadre protégé leurs émotions, leurs doutes et leurs questionnements, et de prendre en compte leurs limites personnelles, dont le déni semble également constituer un facteur de risque d'épuisement professionnel (170).

Par ailleurs, il peut également sembler nécessaire de prêter attention aux conditions de travail des psychiatres amenés à prendre en charge des individus dits « radicalisés ». Plusieurs des psychiatres interrogés indiquaient en effet, lors des mises en situation réalisées, qu'ils seraient limités, du fait de problématiques liés à l'organisation des soins, dans leurs possibilités de prise en charge du patient présenté. Ces praticiens indiquaient notamment que ce type de prise en charge leur semble extrêmement chronophage, donc peu compatible avec la réalité de leur exercice quotidien et le rythme de travail qui leur est imposé. De plus, la plupart des psychiatres que nous avons interrogés verbalisaient, lors de la confrontation aux trois vignettes cliniques proposées, le sentiment d'une urgence à agir. Selon les cas, cela pouvait les conduire à proposer un nouveau rendez-vous dans les jours suivants ou une hospitalisation immédiate. Plusieurs d'entre eux indiquaient également que, confrontés à une situation réelle identique à celles présentées lors de la mise en situation, ils donneraient priorité à ces consultations dédiées à des patients dits « radicalisés », quitte à annuler ou à repousser les rendez-vous prévus pour d'autres patients, à prendre sur leur temps de repas ou de repos, ou encore à sacrifier leur temps de formation et de recherche.

Si l'on peut interroger le caractère réel ou alimenté par le sentiment de peur de l'urgence à intervenir perçue par les professionnels interrogés, ces éléments soulèvent pourtant nécessairement la question des limites personnelles du psychiatre et celle de son temps de travail, mais également celle de la formation et de la recherche. Si, comme le suggèrent les résultats de notre étude qualitative exploratoire, il est nécessaire que les psychiatres amenés à prendre en charge des individus dits « radicalisés » disposent d'un savoir spécifique concernant la radicalisation, comment envisager l'acquisition de ce savoir s'il leur est impossible de préserver le temps dédié à leur formation ? De plus, nos résultats suggèrent également que la notion de radicalisation constitue un construit clinique. Si tel est bien le cas, comment envisager la construction d'un quelconque savoir scientifiquement validé sur la radicalisation et les individus dits « radicalisés » si les psychiatres assurant la prise en charge de ces patients ne disposent ni du temps ni de l'espace nécessaire à la mise en œuvre de projets de recherche scientifique ?

Par ailleurs, il nous semble assez surprenant qu'aucun des conflits de loyauté évoqués par les psychiatres que nous avons interrogés n'implique l'institution judiciaire. Aucun des praticiens de notre échantillon, par exemple, ne s'est questionné sur les éventuelles sanctions judiciaires auxquelles il pourrait s'exposer si toutefois il choisissait de ne pas procéder au signalement d'un patient dit « radicalisé » et que celui-ci venait à passer à l'acte. Un psychiatre a pourtant été récemment condamné, en France, dans une situation assez similaire (171), aussi aurions-nous pu nous attendre à voir émerger au cours des entretiens un conflit de loyauté complexe impliquant à la fois l'intérêt de l'individu dit « radicalisé », celui du psychiatre, celui de la société et celui de l'institution judiciaire.

Or, selon Boszormenyi-Nagy, toute relation introduit la notion de « *balance éthique entre la somme des mérites et des dettes chez chacun des partenaires de la relation* » (172)(p. 115). Il nous semble donc possible de formuler l'hypothèse selon laquelle, si aucun des conflits de loyauté évoqués par les psychiatres que nous avons interrogés n'implique l'institution judiciaire, c'est peut-être simplement parce que ces praticiens ne se sentent pas en dette à l'égard de l'institution judiciaire, du fait de l'indépendance professionnelle qu'ils revendiquent. C'est peut-être d'ailleurs parce qu'ils perçoivent les demandes répétées des pouvoirs publics et des représentants de l'autorité judiciaire comme une menace pour leur indépendance professionnelle que leurs relations avec cette institution sont décrites comme complexes, voire conflictuelles. Ainsi, pour Michel David, psychiatre et vice-président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH), les psychiatres doivent se mobiliser pour préserver leur indépendance professionnelle ainsi que le secret médical, qui lui semblent indispensables à la mise en place de l'espace de confiance nécessaire à l'initiation d'un travail psychothérapeutique (173).

Conclusion

Pour conclure, si le terrorisme vise de manière générale à créer l'effroi et à instaurer un climat dominé par une incertitude et un sentiment de menace permanents, le psychiatre, en tant qu'individu singulier, est exposé aux mêmes mouvements émotionnels que le reste des populations visées par les actes terroristes. Lorsque le psychiatre est confronté à des individus dits « radicalisés », il est donc susceptible d'être débordé par des émotions, parmi lesquelles la peur occupe une place de premier choix. Ce sentiment de peur est peut-être renforcé, d'ailleurs, par le polymorphisme des présentations cliniques de la radicalisation qui, en nous empêchant d'établir des profils-types ou des parcours-types, tend à renforcer l'idée selon laquelle il n'est pas possible de repérer les individus dits « radicalisés », donc la certitude que la menace est partout. Si l'émotion du psychiatre peut alimenter sa décision médicale de manière féconde, la peur, quant à elle, peut venir sidérer sa pensée, entravant alors à la fois le processus décisionnel et l'établissement d'un lien psychothérapeutique, qui nécessite que le praticien supporte une certaine proximité, une certaine intimité avec l'individu qui lui fait face.

Deux éléments semblent pouvoir aider le psychiatre à dépasser l'émotion qui le traverse : le questionnement, l'élaboration et la mise en perspective de ses ressentis dans un cadre sécurisé, c'est-à-dire la supervision de sa pratique d'une part, et l'acquisition d'un savoir spécifique d'autre part. Sans ces deux outils, le psychiatre risque, lorsqu'il fait face à un individu dit « radicalisé », de ne percevoir chez lui que la figure d'un monstre terrifiant qu'il ne pourra que rejeter, agissant à son tour le processus d'exclusion qui semble avoir conduit à la désaffiliation de cet individu et à son engagement idéologique dans une rupture radicale avec la société qui l'entoure. Toutefois, si le psychiatre parvient à dépasser son émotion, son savoir-être et son savoir-faire peuvent lui permettre d'offrir à l'individu dit « radicalisé » un espace de parole protégé et d'accéder ainsi à son discours propre, détaché de l'emprise idéologique dans laquelle il était empêtré, et de le replacer en tant que sujet.

Cela soulève néanmoins plusieurs questions, notamment sur la manière de penser ce processus de réaffiliation dans le cadre de la relation psychothérapeutique. Pour ne pas risquer de rejouer dans cette relation un quelconque processus d'emprise psychique, il pourrait être intéressant d'examiner plus en détails les processus langagiers à l'œuvre autour des problématiques de radicalisation dite « islamiste », et plus particulièrement la manière dont on évoque les individus dits « radicalisés », tant sur le plan médiatique, politique et judiciaire que thérapeutique. Si la réaffiliation de l'individu dit « radicalisé » peut commencer dans le regard que le psychiatre porte sur lui, elle doit peut-être se poursuivre dans le langage que la société à laquelle il ne se sent plus appartenir utilise pour le raconter.

Liste des principales abréviations

AFPEP-SNPP : Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé & Syndicat National des Psychiatres Privés

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASPMP : Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

CAPRI : Centre d'Action et de Prévention contre la Radicalisation des Individus

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CERT : Centre d'Etude des Radicalisations et de leurs Traitements

CIPDR : Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance sur la prévention de la Radicalisation

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COSPRAD : Comité Scientifique de Prévention de la Radicalisation

CRPA : Cercle de Réflexion et de proposition d'Actions sur la Psychiatrie

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EGPR : Etats Généraux Psy sur la Radicalisation

EHSS : École des Hautes Etudes en Sciences Sociales

FFP : Fédération Française de Psychiatre

FSPRT : Fichier des Signalements pour la Prévention et la Radicalisation à caractère Terroriste

GIA : Groupes Islamiques Armés

IFRI : Institut Français des Relations Internationales

IHSS : Institut Humanités, Sciences et Sociétés

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

MIVILUDES : Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires

MSH : Maison Sciences de l'Homme

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PART : Plan d'Action contre la Radicalisation et le Terrorisme

PNPR : Plan National de Prévention de la Radicalisation

RAN : Radicalisation Awareness Network

RNIPH : Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine

SNP : Syndicat National des Psychologues

SPH : Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

UHSA : Unités Hospitalières Spécialement Aménagées

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis des personnes Malades et/ou handicapées psychiques

USP : Union Syndicale de la Psychiatrie

Bibliographie

1. Rousseau C, Hassan G, Oulhote Y. And if there were another way out? Questioning the prevalent radicalization models. Can J Public Health Rev Can Sante Publique. 22 janv 2018;108(5-6):e633-5.

2. Allen CE. Threat of Islamic Radicalization to the Homeland. Sect. Senate Committee on Homeland Security and Governmental Affairs U.S. Senate; mars 14, 2007.

3. Khosrokhavar F. Radicalisation. Les Editions de la MSH; 2014. 194 p.

4. LE CAPRI - Prévention et lutte contre la radicalisation [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: http://radicalisation.fr/radicalisation_definition.php

5. Groupe de recherche Governance of Security. Polarisation en radicalisation : une approche préventive intégrale. Belgique; 2009.

6. Toutin T. Une idéologie d'allure politico-religieuse. Criminalistique. 21 oct 2018;N° 1(1):11-6.

7. Guidère M. Daech ou le Califat pour tous. Outre-Terre. 3 nov 2015;N° 44(3):149-60.

8. Toutin T. Physionomie de la radicalisation. Criminalistique. 21 oct 2018;N° 1(1):9-9.

9. Monod G. En prison, paroles de djihadistes. Editions Gallimard; 2018. 149 p.

10. Hecker M. 137 nuances de terrorisme. Les djihadistes de France face à la justice. Ifri; 2018 avr. (Focus stratégique). Report No.: 79.

11. GLOBSEC Policy Institute. Who are the european jihadis ? From criminals to terrorists and back ? Project Midterm Report. 2018.

12. Vidal F, Nunez L. Communiqué de presse : installation du Comité Scientifique de Prévention de la Radicalisation (COSPRAD) [Internet]. 2019 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Installation-du-Comite-Scientifique-de-Prevention-de-la-Radicalisation-COSPRAD

13. Benslama F, Khosrokhavar F. Le Jihadisme des femmes. Pourquoi elles ont choisi Daech. Le Seuil; 2017. 73 p.

14. Schuurman B, Lindekilde L, Malthaner S, O'Connor F, Gill P, Bouhana N. End of the Lone Wolf: The Typology that Should Not Have Been. Stud Confl Terror. 20 déc 2017;0(0):1-8.

15. Guidère M. Terreur. La nouvelle ère. Autrement; 2015. 158 p.

16. Bonelli L. Les caractéristiques de l'antiterrorisme français : « Parer les coups plutôt que panser les plaies » [Internet]. La Découverte; 2008 [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://www-cairn-info.sirius.parisdescartes.fr/au-nom-du--9782707153296-page-168.htm

17. Loi n° 86-1020 du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme.

18. Ragazzi F. L'évolution de la politique anti-terroriste en France depuis les attentats de 2015 : anticipation et mise au pas du corps social [Internet]. Les dossiers du CERI. 2017 [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: http://sciencespo.fr/ceri/fr/content/l-evolution-de-la-politique-anti-terroriste-en-france-depuis-les-attentats-de-2015-anticipat

19. LOI no 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes. 92-684 juill 22, 1992.

20. LOI n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative. 95-125 févr 8, 1995.

21. Loi n° 96-647 du 22 juillet 1996 tendant à renforcer la répression du terrorisme et des atteintes aux personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public et comportant des dispositions relatives à la police judiciaire.

22. Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne.

23. Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

24. Loi n° 2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers.

25. Article 706-88. Code de procédure pénale.

26. LOI n° 2012-1432 du 21 décembre 2012 relative à la sécurité et à la lutte contre le terrorisme. 2012-1432 déc 21, 2012.

27. LOI n° 2014-1353 du 13 novembre 2014 renforçant les dispositions relatives à la lutte contre le terrorisme. 2014-1353 nov 13, 2014.

28. LOI n° 2016-987 du 21 juillet 2016 prorogeant l'application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence et portant mesures de renforcement de la lutte antiterroriste. 2016-987 juill 21, 2016.

29. Trente ans de législation antiterroriste Trente ans de législation antiterroriste. Chronologies thématiques - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2018 [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/chronologie/chronos-thematiques/trente-ans-legislation-antiterroriste.html

30. LOI n° 2017-1510 du 30 octobre 2017 renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme. 2017-1510 oct 30, 2017.

31. Renforcer la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/action/renforcer-la-securite-interieure-et-la-lutte-contre-le-terrorisme

32. Attentats en Catalogne : Collomb souhaite « mobiliser les hôpitaux psychiatriques » pour identifier les individus radicalisés [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.rtl.fr/actu/politique/attentat-en-catalogne-collomb-souhaite-mobiliser-les-hopitaux-psychiatriques-pour-identifier-les-individus-radicalises-7789749925

33. Pourquoi des experts s'opposent au lien entre radicalisation et psychiatrie [Internet]. RTL.fr. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/pourquoi-des-experts-s-opposent-au-lien-etabli-par-collomb-entre-radicalisation-et-psychiatrie-7789781715

34. BFMTV. Les psychiatres peuvent-ils vraiment participer à la lutte contre le terrorisme? [Internet]. BFMTV. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.bfmtv.com/police-justice/les-psychiatres-peuvent-ils-vraiment-participer-a-la-lutte-contre-le-terrorisme-1240286.html

35. « La mission d'un psychiatre, n'est pas de collaborer avec la police ». 22 août 2017 [cité 30 avr 2019]; Disponible sur: https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sante/mission-dun-psychiatre-nest-pas-collaborer-police-2017-08-22-1200871229

36. Radicalisation : « Les terroristes ne sont pas des malades mentaux » [Internet]. France 24. 2017 [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.france24.com/fr/20170823-france-radicalisation-terrorisme-psychiatrie-gerard-collomb-hopitaux-passage-acte

37. Terrorisme : « les psychiatres n'ont pas vocation à collaborer avec le ministère de l'intérieur » [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2017/08/21/les-psychiatres-n-ont-pas-vocation-a-collaborer-avec-le-ministere-de-l-interieur_5174728_3232.html

38. Commission Européenne. Brochure de présentation du Réseau de Sensibilisation à la Radicalisation [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/docs/ran_leaflet_fr.pdf

39. David M. Psychiatrie et radicalisation : une présence vigilante et discrète [Internet]. Etats Généraux Psy sur la Radicalisation; 2018 nov 10 [cité 29 avr 2019]; Paris. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=sY5mgYKq3EY

40. À quoi servent les cellules départementales mises en place par les préfets ? [Internet]. Stop-Djihadisme. 2016 [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: http://www.stop-djihadisme.gouv.fr/lutte-contre-terrorisme-radicalisation/prevention-radicalisation/a-quoi-servent-cellules

41. Sénat. Filières « djihadistes » : pour une réponse globale et sans faiblesse. Sénat; 2015. Report No.: 388.

42. Dossier de presse du Plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme (PART) [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: http://www.essonne.gouv.fr/Actualites/Plan-d-action-contre-la-radicalisation-et-le-terrorisme

43. « Prévenir pour protéger » : plan national de prévention de la radicalisation - Dossier de presse [Internet]. 2018 [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/02/2018-02-23-cipdr-radicalisation.pdf

44. Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement. 2018-383 mai 23, 2018.

45. Buzyn A. Etats Généraux Psy et Radicalisation; 2018 nov 8 [cité 2 mai 2019]; Paris. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=fxMpXIiBUGM&feature=youtu.be

46. Estano N, Bénézech M. L'apport de la psychiatrie et de la psychologie dans la connaissance des phénomènes de radicalisation et de terrorisme. Cah Sécurité Justice. 12 mai 2016;34:162-76.

47. Dom G, Schouler-Ocak M, Bhui K, Demunter H, Kuey L, Raballo A, et al. Mass violence, radicalization and terrorism: A role for psychiatric profession? Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. mars 2018;49:78-80.

48. Weine S, Eisenman DP, Jackson LT, Kinsler J, Polutnik C. Utilizing mental health professionals to help prevent the next attacks. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. 2017;29(4):334-40.

49. Kruglanski AW, Bélanger JJ, Gelfand M, Gunaratna R, Hettiarachchi M, Reinares F, et al. Terrorism--a (self) love story: redirecting the significance quest can end violence. Am Psychol. oct 2013;68(7):559-75.

50. Bell S. The Martyr's Oath: The Apprenticeship of a Homegrown Terrorist. John Wiley & Sons; 2009. 264 p.

51. Silke A. Cheshire-Cat Logic: The recurring theme of terrorist abnormality in psychological research. Psychology. 1 janv 1998;Crime and Law:51-69.

52. Corner E, Gill P. A false dichotomy? Mental illness and lone-actor terrorism. Law Hum Behav. févr 2015;39(1):23-34.

53. Royal College of Psychiatrists. Ethical considerations arising from the government's counter-terrorism strategy. London; 2017 nov. Report No.: Position statement PS04/16S.

54. Qui sommes-nous ? [Internet]. CERT. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: https://cert-radicalisation.fr/qui-sommes-nous/

55. Smith J. De la sensibilisation à la prévention : le rôle de l'UE dans la lutte contre la radicalisation en Europe [Internet]. EU Protects - European Commission. 2018 [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://europa.eu/euprotects/our-safety/awareness-prevention-how-eu-combating-radicalisation-across-europe_fr

56. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

57. Guide de l'injonction de soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2009 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf

58. Guitz I. Quels sont les critètes pertinences pour proposer une injonction de soin ? Du point de vue du juge, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ? [Internet]. Audition publique présenté à: Aureurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin 14; Paris. Disponible sur: https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/a4/31/a431e5fc-59ae-4584-a768-0bffd74f73e5/expert_19_iguitz.pdf

59. LOI n° 2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale. 2016-731 juin 3, 2016.

60. Article 421-8. Code pénal.

61. Article 706-47-1. Code de procédure pénale.

62. Article 763-5. Code de procédure pénale.

63. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Note du Conseil National de l'Ordre des Médecins - Prévention de la radicalisation : ce qu'il faut retenir [Internet]. 2015 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/prevention_de_la_radicalisation_-_ce_quil_faut_retenir.pdf

64. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Risque terroriste et secret professionnel du médecin [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 janv [cité 2 mai 2019] p. 9. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_risque_terroriste_et_secret_professionnel_du_medecin.pdf

65. Article L226-2-2. Code de l'action sociale et des familles.

66. Article 223-6. Code pénal.

67. Article 226-14. Code pénal.

68. N° 256 - Proposition de loi de Mme Virginie Duby-Muller portant adaptation du secret professionnel aux évolutions de la radicalisation pour les professions médicales, sociales et éducatives [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion0256.asp

69. Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux. Recours du SPH auprès du Conseil d'Etat en annulation du décret fichage HOPSYWEB [Internet]. 2018. Disponible sur: https://sphweb.fr/blog/2018/10/10/recours-du-sph-aupres-du-conseil-detat-en-annulation-du-decret-fichage-hopsyweb/

70. Arrêté du 19 avril 1994 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux et au secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

71. Assemblée Nationale. Journal officiel - JORF n°0162 du 17 juillet 2018 - Réponses des ministres aux questions écrites [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: http://questions.assemblee-nationale.fr/static/15/questions/jo/jo_anq_201829.pdf

72. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

73. Délibération n° 2018-152 du 3 mai 2018 portant avis sur un projet de décret autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement (demande d'avis n° 18005564).

74. Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://www.aspmp.fr/

75. Décret n° 2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement. 2019-412 mai 6, 2019.

76. Fédération Française de Psychiatrie. Communiqué de presse - Présumés radicalisés terroristes : oui à la recherche, non au fichage [Internet]. 2019 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2019/05/Communique_actualisation_Hopsyweb.pdf

77. Mise en relation des fichiers dits Hopsyweb et FSPRT | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3208

78. Royal College of Psychiatrists. Counter-terrorism and psychiatry. London; 2016 sept. Report No.: Position statement PS04/16.

79. Grenon M. Prise en charge médicale des auteurs d'attentats terroristes dits islamistes en France : la tentation de la psychiatrie. 28 juin 2018 [cité 4 mai 2019]; Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01881195

80. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public [Internet]. Presses Universitaires de France; 2004 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www.cairn.info/psychanalyse-son-image-et-son-public--9782130546818.htm

81. Mannoni P. Chapitre premier. Définition différentielle des représentations sociales. Que Sais-Je. 20 avr 2016;7e éd.:7-36.

82. Moscovici S. 2. Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire [Internet]. Vol. 7e éd. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www-cairn-info.sirius.parisdescartes.fr/les-representations-sociales--9782130537656-page-79.htm

83. Clenet J. Représentations, formation en alternance: Être formé et / ou se former ? Editions L'Harmattan; 1998. 256 p.

84. Aimon D. Le concept de représentation [Internet] [Travail réalisé sur la base du cours de Jean Clénet dans le cadre d'un DEA en Sciences de l'Education]. 1998 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: http://daimon.free.fr/mediactrices/representations.html

85. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. Armand Colin; 2009. 345 p.

86. Lejeune C. Le blog de recherche comme journal de bord informatique. Un soutien à la réflexivité, à l'analyse, à la communication et à la scientificité ? Rech Qual [Internet]. 2016 [cité 23 mai 2019];Hors Série 20. Disponible sur: https://orbi.uliege.be/handle/2268/204690

87. Baribeau C. L'instrumentation dans la collecte de données. Rech Qual Hors-sér 2. 1 janv 2005;

88. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. U. 2012;231-314.

89. Logiciel NVivo pour la recherche qualitative | NVivo [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: http://www.qsrinternational.com/nvivo-french

90. Un Numéro Vert : pour quoi faire ? [Internet]. Stop-Djihadisme. 2016 [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: http://www.stop-djihadisme.gouv.fr/lutte-contre-terrorisme-radicalisation/prevention-radicalisation/numero-vert-quoi-faire

91. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. SAGE Publications; 2009. 233 p.

92. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua. 1 janv 2008;19:349-57.

93. Article L1121-1. Code de la santé publique.

94. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. 2012-300 mars 5, 2012.

95. Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) [Internet]. OJ L, 32016R0679 mai 4, 2016. Disponible sur: http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/fra

96. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. Psychol Fr. 1 déc 2017;62(4):373-85.

97. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée: Stratégies pour la recherche qualitative. Armand Colin; 2010. 198 p.

98. Linton R. The Cultural Background of Personality. Routledge; 1998. 102 p.

99. Laplantine F. Ethnopsychiatrie psychanalytique. Editions Beauchesne; 2007. 234 p.

100. Ferri T. La figure du monstre-criminel : comment on pense le monstrueux… [Internet]. Unidivers. 2013 [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: https://www.unidivers.fr/monstre-criminel-monstrueux-jekyll-elephant-man-foucault/

101. Jaccard R. Langage et pouvoir : étiquetage psychiatrique et invalidation sociale. Que Sais-Je. 29 mai 2015;8e éd.:36-51.

102. Paugam S. Les 100 mots de la sociologie: « Que sais-je ? » n° 3870. Presses Universitaires de France; 2010. 100 p.

103. Botbol M, Campelo N, Lacour C. Psychiatrie et radicalisation. Fédération Française de Psychiatrie; 2017 nov p. 28.

104. Charaudeau P. L'identité culturelle entre langue et discours. Rev AQEFLS [Internet]. 2002 [cité 28 mai 2019];24(1). Disponible sur: http://www.patrick-charaudeau.com/L-identite-culturelle-entre-langue.html

105. LANGAGE : Définition de LANGAGE [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: https://www.cnrtl.fr/definition/langage

106. Larousse É. Définitions : kafir - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/kafir/45286

107. Sériot P. Ethnos et demos : la construction discursive de l'identité collective. Lang Société. 1997;79(1):39-51.

108. Bessoles P. Figures de l'emprise. Topique. 24 juin 2011;n° 114(1):136-55.

109. Qu'est-ce qu'une dérive sectaire ? | Miviludes [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-quune-d%C3%A9rive-sectaire

110. Benslama F. Un furieux désir de sacrifice. Le surmusulman. Le Seuil; 2016. 87 p.

111. Visscher PD. L'emprise sociétale du langage, instrument du pouvoir. Cah Int Psychol Soc. 6 oct 2017;Numéro 114-115(2):265-305.

112. Klemperer V. LTI, la langue du IIIe Reich: carnets d'un philologue. Albin Michel; 1996. 375 p.

113. Micoulaud-Franchi J-A, Quiles C, Falissard B. Commentaire du texte de Spitzer et Endicott 1978 : « Troubles médicaux et mentaux : proposition d'une définition et de critères », un article clé du débat sur la nosographie psychiatrique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 sept 2018;176(7):678-85.

114. American Psychiatric Association. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux - DSM III. Paris: Masson; 1986.

115. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015. 1275 p.

116. Litinetskaia M, Guelfi JD. Fanatisme et délire : les frontières psychiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 sept 2015;173(7):618-22.

117. Article 122-1. Code pénal.

118. Huguelet P, Brandt P-Y, Mohr S. Pourquoi et comment aborder la spiritualité et la religiosité des patients souffrant de troubles mentaux sévères : une étude de terrain. L'Encéphale. 1 juin 2016;42(3):219-25.

119. Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, et al. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. Am J Psychiatry. déc 2007;164(12):1825-31.

120. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219901/

121. Odier B. « On m'a dit de venir ». Inf Psychiatr. 2007;Volume 83(1):9-12.

122. Chagnon J-Y, Houssier F. L'illusoire attente de la demande. Adolescence. 2012;n° 82(4):919-33.

123. Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. /data/revues/00034487/v0162i08/04001635/ [Internet]. [cité 30 mai 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/27396

124. Chudzik L. Évaluation thérapeutique et obligation de soins. Prat Psychol. 1 déc 2015;21(4):331-43.

125. 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 Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 mai 2016;174(4):257-65.

126. Article R4127-7. Code de la santé publique.

127. Article R4127-47. Code de la santé publique.

128. Article L1110-3. Code de la santé publique.

129. Article 225-1. Code pénal.

130. Article R4127-70. Code de la santé publique.

131. Clause de conscience du médecin | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/clause-de-conscience-du-medecin-1160

132. Chami J. La contrainte aux soins, enjeux et difficultés. Connexions. 24 juin 2013;n° 99(1):71-88.

133. Ventéjoux A, Hirschelmann A. Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice. Prat Psychol. 1 juin 2014;20(2):95-110.

134. S.B. H. Dr. Cartwright on « Drapetomania ». Buffalo Med J. 1855;10:438-42.

135. Benatar SR, Upshur REG. Dual loyalty of physicians in the military and in civilian life. Am J Public Health. déc 2008;98(12):2161-7.

136. LOYAUTÉ : Définition de LOYAUTÉ [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cnrtl.fr/definition/loyaut%C3%A9

137. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311

138. LOYAL : Définition de LOYAL [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cnrtl.fr/definition/loyal

139. À propos de l'ordre juridique français | Légifrance, le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/Aide/A-propos-de-l-ordre-juridique-francais

140. Bloc de constitutionnalité - Glossaire - Vie-publique.fr [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr

141. Hiérarchie des normes en droit français. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hi%C3%A9rarchie_des_normes_en_droit_fran%C3%A7ais&oldid=155388984

142. Constitution du 4 octobre 1958 | Legifrance [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006071194

143. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 | Légifrance, le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789

144. Freud S. L'Avenir d'une illusion. Flammarion; 2017. 187 p.

145. Candel I, Merckelbach H. Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. Compr Psychiatry. févr 2004;45(1):44-50.

146. Marmar CR, Metzler T, Otte C. The Peritraumatric Dissociation Experiences Questionnaire. In: Assessing Psychological Trauma and PTSD. Guilford Press; 2004.

147. Marmar CR, Weiss DS, Metzler T. Peritraumatic dissociation and Posttraumatic Stress Disorder. In: Trauma, Memory, and Dissociation. American Psychiatric Pub; 2002.

148. INVS Santé Publique Frnace. LES CONSÉQUENCES D'UNE EXPOSITION À UN ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT COMME LES ATTENTATS [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../layout/set/print/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes/Faire-face-a-des-evenements-choquants/Les-consequences-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats/Qu-est-ce-que-la-dissociation

149. Chabrol H. Les mécanismes de défense. Rech Soins Infirm. 2005;N° 82(3):31-42.

150. Chabrol SC et H. Mécanismes de défense et coping [Internet]. Dunod; 2013 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cairn.info/mecanismes-de-defense-et-coping--9782100598892.htm

151. Elias N. La Société des individus. Paris: Fayard; 1991. 301 p.

152. Blanc P. Le rôle des émotions dans la délibération médicale. Éthique Santé. 1 déc 2013;10(4):185-91.

153. De Martino B, Kumaran D, Seymour B, Dolan RJ. Frames, biases, and rational decision-making in the human brain. Science. 4 août 2006;313(5787):684-7.

154. Loewenstein GF, Weber EU, Hsee CK, Welch N. Risk as feelings. Psychol Bull. mars 2001;127(2):267-86.

155. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. J Gen Intern Med. févr 2011;26(2):197-203.

156. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. BMC Fam Pract. 18 févr 2009;10:17.

157. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. Reprint edition. London: Penguin; 2012. 512 p.

158. Stolper CF, Van de Wiel MWJ, Hendriks RHM, Van Royen P, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, et al. How do gut feelings feature in tutorial dialogues on diagnostic reasoning in GP traineeship? Adv Health Sci Educ Theory Pract. mai 2015;20(2):499-513.

159. Stahl SM. Anxiety disorders and anxiolytics. In: Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application. 4th ed. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2013. p. 388-419.

160. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2007. 523 p.

161. Dao LM. Le contre-transfert soignant à l'épreuve de la répétition. Cliniques. 7 juin 2017;N° 13(1):60-71.

162. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice : The DSM-IV Edition. Subsequent edition. Washington, DC: Amer Psychiatric Pub Inc; 1994. 656 p.

163. Castro D, Delefosse MS, Capdevielle-Mougnibas V. La supervision de la pratique clinique : définitions et questionnements. J Psychol. 2009;n° 270(7):45-8.

164. Korkeila JA, Töyry S, Kumpulainen K, Toivola J-M, Räsänen K, Kalimo R. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. Scand J Public Health. 2003;31(2):85-91.

165. McIlwrick J, Lockyer J. Resident Training in the Psychiatric Emergency Service: Duty Hours Tell Only Part of the Story. J Grad Med Educ. mars 2011;3(1):26-30.

166. Very E, Moncany AH, Yrondi A, Marquet T, Bui E, Schmitt L. Facteurs de satisfaction et d'épuisement des psychiatres aux urgences. L'Encéphale. 1 avr 2018;44(2):106-10.

167. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser - Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé [Internet]. 2011. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

168. Claude Hagège: « Imposer sa langue, c'est imposer sa pensée » [Internet]. LExpress.fr. 2012 [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/culture/livre/claude-hagege-imposer-sa-langue-c-est-imposer-sa-pensee_1098440.html

169. Lameyre X. Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 oct 2004;162(8):657-61.

170. Sitefel F, Guex P. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-144/Le-stress-du-soignant-ou-comment-se-soigner-soi-meme

171. Condamnation confirmée pour le psychiatre d'un schizophrène meurtrier à Grenoble [Internet]. leparisien.fr. 2018 [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: http://www.leparisien.fr/faits-divers/condamnation-confirmee-pour-le-psychiatre-d-un-schizophrene-meurtrier-a-grenoble-15-05-2018-7717305.php

172. Van Heusden A, Van Den Eerenbeemt E van. Thérapie familiale et générations: aperçu sur l'oeuvre de Ivan Boszormenyi-Nagy. Presses Universitaires de France; 1994. 125 p.

173. David M. La raison d'État a eu raison du secret médical. Inf Psychiatr. 27 juill 2018;Volume 94(6):431-4.

174. États généraux psy sur la radicalisation [Internet]. CERT. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: https://cert-radicalisation.fr/etats-generaux-psy-sur-la-radicalisation/

Table des figures

Figure 1 : Mesures de mobilisation des professionnels de la santé mentale – Plan National de Prévention de la Radicalisation (43) 24

Figure 2 : Mesures de développement de la recherche appliquée sur les évolutions du processus de radicalisation – Plan National de Prévention de la Radicalisation (43) 28

Figure 3 : Arbre thématique résultant de l'analyse menée sur le corpus issu des Etats Généraux Psy sur la Radicalisation 62

Figure 4 : Pyramide de la hiérarchie des normes en droit français (141) 127

Table des tableaux

Tableau 1 : Thème dominant pour chacune des interventions du corpus issu des Etats Généraux Psy sur la Radicalisation 63
Tableau 2 : Elaboration des vignettes cliniques 65
Tableau 3 : Caractéristiques démographiques des participants et durée des entretiens réalisés 74
Tableau 4 : Résultats de l'analyse qualitative menée sur les entretien semi-directifs réalisés 75

Annexes

Annexe 1 : Brochure de présentation du Réseau de sensibilisation à la radicalisation (*Radicalisation Awareness Network*) (38)

Commission européenne

The Radicalisation Awareness Network

RAN

Le réseau de sensibilisation à la radicalisation – un réseau de praticiens

Le Radicalisation Awareness Network (RAN) met en contact des praticiens dans toute l'Europe qui travaillent directement et au quotidien avec les personnes exposées au risque de radicalisation, ainsi qu'avec celles qui ont déjà été radicalisées. Qu'ils soient enseignants, travailleurs sociaux ou agents de police, pour n'en citer que quelques-uns, ils se sont engagés à prévenir et combattre la radicalisation et l'extrémisme violent sous toutes ses formes, ou à réintégrer les extrémistes violents. Plus de 2 000 professionnels provenant de tous les États membres de l'UE ont rejoint le RAN depuis sa création en 2011.

Centre d'excellence du RAN – un pôle de connaissances

Le centre d'excellence du RAN joue le rôle de plateforme pour mettre en lien, développer et diffuser des connaissances. Outre sa fonction de soutien et de coordination du RAN, il favorise un dialogue inclusif entre des praticiens, des responsables politiques et des universitaires. Le centre d'excellence développe des connaissances de pointe et fournit un appui aussi bien à la Commission européenne, qui finance le RAN, qu'aux États membres de l'UE. Il contribue également à orienter le programme de recherche de la Commission et communique avec des acteurs qui lancent des initiatives de prévention à l'intérieur et à l'extérieur de l'UE.

Groupes de travail du RAN: partager, soutenir, apprendre

Des praticiens qui travaillent en première ligne se réunissent pour relever des défis locaux ou répondre à des questions spécifiques relatives à l'extrémisme violent, et échanger avec des spécialistes sur de nouvelles perspectives sur les moyens de s'atteler à la radicalisation. Dans les groupes de travail, ils rencontrent des collègues de toute l'Europe, nouent de nouveaux liens durables, s'inspirent les uns des autres et soumettent les meilleures pratiques à un examen par les pairs.

Communication et discours (RAN C&N) – crée et fournit des outils de communication en ligne et hors ligne mettant en question la propagande extrémiste et/ou fournissant des perspectives alternatives à des idées extrémistes.

Éducation (RAN EDU) – donne aux enseignants et au secteur éducatif les outils et les moyens d'aborder la radicalisation.

EXIT (RANEXIT)– consacré aux programmes de déradicalisation et de désengagement qui aident des personnes à passer d'un environnement radicalisé et violent à la société ordinaire.

Jeunes, familles et communautés (RAN YF&C) – examine la meilleure manière de prendre contact avec les jeunes, les familles et les communautés confrontés à la radicalisation et de les soutenir.

Autorités locales (RAN LOCAL) – partage des informations entre des autorités locales sur des approches et des stratégies locales faisant intervenir plusieurs organismes.

Prison et probation (RAN P&P) – analyse les effets des régimes pénitentiaires, des programmes de réinsertion et des interventions personnalisées pour les terroristes condamnés.

Police et maintien de l'ordre (RAN POL) – identifie des approches policières efficaces, notamment la formation, l'utilisation des réseaux sociaux et l'établissement de liens reposant sur la confiance avec les familles et les communautés.

Souvenir des victimes de terrorisme (RAN RVT) – maintient un réseau de victimes de terrorisme et organise la Journée européenne du souvenir des victimes de terrorisme le 11 mars.

Soins de santé et aide sociale (RAN H&SC) – sensibilise les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux à leur rôle dans l'identification et le soutien des personnes exposées au risque de radicalisation.

Chaque groupe de travail du RAN est présidé par deux praticiens travaillant en première ligne. Tous font partie du centre d'excellence de la Commission européenne pour former le comité de pilotage du RAN. Présidé par la Commission, le comité de pilotage oriente le réseau et son centre d'excellence.

Recueil du RAN – partage de meilleures pratiques

Le recueil du RAN fournit des informations sur l'expertise et les expériences du réseau. Il présente sept approches de la prévention et de la lutte contre la radicalisation à la source de l'extrémisme violent, notamment des «discours alternatifs» et le «soutien de la famille». Le recueil présente la méthodologie, les pratiques concrètes et les enseignements tirés de chaque approche.

Les praticiens et les responsables politiques travaillant en première ligne peuvent trouver une inspiration dans cet outil pratique et évolutif, en tirer des exemples qu'ils peuvent adapter à leur contexte local/spécifique et identifier des homologues avec lesquels ils peuvent échanger des expériences de prévention.

Conseil stratégique – documents et conférence de haut niveau

Les praticiens ne sont pas les seuls bénéficiaires du RAN. Répondant aux besoins des responsables politiques et des autorités nationales, le centre d'excellence du RAN recueille l'expertise disponible dans des documents d'orientation et d'analyse accessibles, par exemple sur le rôle du genre et les contre-récits en ligne, qui sont également publiés en ligne.

Des ministres et d'autres responsables politiques de haut niveau participent également à la conférence annuelle de haut niveau afin de parler de la prévention de la radicalisation avec des praticiens et d'autres experts.

Soutien aux pays de l'UE et aux États non membres de l'UE – formations, ateliers et conseils

La mine de connaissances et de pratiques recueillies au sein du RAN peut être adaptée afin de soutenir, à leur demande, des autorités nationales au moyen de formations, ateliers ou conseils.

Dans certaines circonstances, un soutien similaire peut être apporté à des États non membres de l'UE.

Orienter la recherche – mettre en contact des praticiens et des responsables politiques avec des universitaires

Le comité éditorial du centre d'excellence du RAN recueille des connaissances académiques sur (la prévention de) la radicalisation menant à un extrémisme violent. L'objectif est de transmettre les conclusions de nouvelles recherches à des praticiens et des responsables politiques et de combler les lacunes dans l'exploitation de la recherche universitaire.

Contact

Pour s'abonner au bulletin d'information mensuel du RAN

envoyer un courriel au RAN

RAN@radareurope.nl
Tel. +31 (0)20 463 5050
RANEurope

Office des publications

Annexe 2 : Programme des premiers EGPR (174)

Pourquoi des états généraux Psy sur la radicalisation ?

L'organisation des *états généraux Psy sur la radicalisation* est une initiative du Centre d'étude des radicalisations et de leurs traitements (CERT, Université Paris Diderot) qui a reçu le soutien des principales organisations professionnelles de psychiatres et de psychologues : le Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP), le Syndicat National des Psychologues (SNP), la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP).

Le Ministère des Solidarités et de la Santé et le Secrétariat Général du Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance et de la Radicalisation ont apporté leur appui au projet et proposé son inscription dans le plan national de prévention de la radicalisation (Mesure 37 du plan).

Ce partenariat entre la société civile et l'État a pour exigence la non-confusion des rôles et la préservation de la liberté critique des acteurs. Il s'est constitué autour d'un but précis.

L'objectif de ces assises est de proposer un état des lieux des connaissances « psy », de transmettre les résultats des expériences et de faire émerger de nouvelles approches dans les traitements d'un problème complexe. Le choix d'une affiche représentant l'ombre d'un homme devant un circuit labyrinthique indique clairement la difficulté de la tâche. Mais la difficulté n'autorise ni la simplification, ni l'obscurcissement ; bien plutôt elle revendique le droit à la complexité pour autant qu'il se donne les moyens de l'intelligibilité et de la possibilité de dire les limites de la compréhension, au regard des connaissances du moment.

Les « psy » : psychiatres, psychologues, psychanalystes ont été appelés à monter au front d'une période de déchaînement de la violence terroriste, qui est loin d'être terminée, soit pour soigner ses victimes, soit pour penser ses ressorts, soit encore pour tenter de réorienter des sujets qui en portent la justification idéologique. Les réponses à cet appel sont multiples et diverses, la plupart du temps prudentes et conscientes de la place nécessaire des autres acteurs sociaux et des chercheurs des autres disciplines. Les communications qu'ils vont proposer dans cette assemblée résultent des élaborations contraintes par les épreuves vécues au cours des trois dernières années et qui ont changé bien des aspects de la vie commune, sous les effets de la crainte et des mesures de sécurité.

Il est prévisible que l'état des lieux ne sera pas un exercice d'accord et d'entente. Avec plus de 90 intervenant.e.s, apparaîtront certainement des convergences et des divergences qui contribueront à éclairer ce qui arrive au monde actuel avec ce que nous appelons « radicalisation » ou « radicalité », dont l'enjeu sous-jacent est la violence meurtrière, quelles que soient les idées dont elle s'autorise.

Comité d'organisation

- **Fethi Benslama**, directeur du CERT, président du Comité d'organisation des états généraux Psy
- **Représentant.e.s du Ministère des Solidarités et de la Santé, du SG-CIPDR**
- **Sylvie Blumenkrantz**, coordinatrice des états généraux Psy sur la radicalisation
- **Jean-Jacques Bonamour du Tartre**, psychiatre, président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP)
- **Jacques Borgy**, psychologue, secrétaire général du Syndicat National des Psychologues (SNP)
- **Sabine Choquet**, chercheuse au CRIEC (UQAM), secrétaire générale du CERT
- **Tamara Guénoun**, psychologue clinicienne, maîtresse de conférence, Université de Lyon Lumière 2
- **Thierry Lamote**, psychologue clinicien, maître de conférence, directeur adjoint du CERT
- **Laurie Laufer**, directrice du Centre de Recherche psychanalyse, médecine et société (CRPMS)
- **Gladys Mondière**, coprésidente de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP)
- **Catherine Pinson-Guillaume**, psychologue clinicienne, psychanalyste
- **Hassan Rahioui**, psychiatre, chef de Pôle VII, Hôpital Sainte-Anne
- **Richard Rechtman**, psychiatre, psychanalyste, directeur d'études, EHESS
- **Giorgia Tiscini**, psychologue clinicienne ATER, Université Paris Diderot
- **Michel Triantafyllou**, psychiatre, président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP)

Comment le programme a-t-il été construit ?

Les principes qui ont présidé à la construction du programme sont les suivants :

- **Des invitations** ont été adressées aux responsables de dispositifs de prévention de la radicalisation connus, à des psychologues et à des psychiatres qui ont une activité pratique avérée en lien avec les conduites extrémistes et qui en ont témoigné à travers des travaux, ou bien ont organisé des réflexions collectives à ce sujet.
- **Un appel à communication** a été diffusé auprès de dix mille praticien.ne.s, qui a recueilli une centaine de propositions.
- **Une sélection rigoureuse** a eu lieu par le comité d'organisation, en ayant pour critère que la proposition soit ancrée dans la clinique et vise la transmission d'un savoir à partir de la pratique.
- **Au total plus de 90 intervenant.e.s** participent à ce programme des états généraux.

Charte des états généraux Psy sur la radicalisation

Les états généraux Psy sur la radicalisation sont encadrés par la présente Charte, visant à garantir les bonnes conditions nécessaires à un état des lieux des savoirs et des pratiques pour la prévention de la violence.

• Il ne s'agit pas d'un colloque mais d'**une assemblée exceptionnelle** représentant un grand nombre de professionnels, dont le but est de faire avancer la connaissance et le traitement d'un phénomène qui fait planer des menaces sur la vie des personnes, sur les droits et les libertés, sur la vie démocratique. Au cours des dernières années, la radicalisation violente est à l'origine d'actes meurtriers qui ont causé des centaines de victimes en France, des milliers dans le monde.

• **Les intervenant.e.s** s'engagent à apporter une information claire, à transmettre une expérience éclairée, à contribuer au transfert des connaissances et aux ressources de la formation.

• **Elles/ils communiqueront** d'une manière concise et compréhensible par tous les acteurs dans les limites strictes de **20 minutes par intervention**, auxquelles s'ajouteront 20 minutes de discussion par séance. Ils apporteront les éléments nécessaires à la qualité d'un débat respectueux de la pluralité des points de vue. Elles/ils répondront aux questions qui seront publiées sur le site du CERT.

• **Un comité d'auditeurs** présentera, lors des conclusions, une esquisse de propositions déduites des interventions aux états généraux. Les travaux de ce comité donneront lieu à la publication d'un document.

• Les intervenant.e.s fourniront **une contribution écrite pour les Actes** dans le mois qui suit les états généraux, sur la base des conditions éditoriales qui leur seront transmises.

• **Les EG seront filmés**, sous réserve de l'autorisation de chaque participant.e qui pourra être seulement enregistré.e, le cas échéant. L'ensemble sera accessible sur le site du CERT.

Déroulement

Accueil et enregistrement

Nous vous remercions de vous présenter au bureau d'accueil dès votre arrivée, muni.e d'une pièce d'identité (CNI, passeport, permis de conduire, carte professionnelle).
L'enregistrement est ouvert le 7 novembre à 13h30 et à 8 h les 8, 9 et 10 novembre. L'accès est autorisé uniquement aux personnes inscrites.
Le port du badge est obligatoire dans l'enceinte de la Faculté de médecine et de Jussieu.
Les personnes inscrites en formation continue doivent émarger dès leur arrivée.

Séances et questions du public

Les séances débutent exactement à l'horaire prévu. Nous vous remercions de vous installer dans l'auditorium quelques minutes avant.
Une traduction simultanée français/anglais anglais/français est assurée les 8, 9 et 10 novembre.
Le nombre des interventions ne permet pas de laisser un temps suffisant à un échange avec le public. Des boîtiers sont remis à l'entrée grâce auxquels les questions posées sont envoyées vers un serveur et affichées sur l'écran de l'auditorium lors de la prise de parole des discutant.e.s. Les intervenant.e.s répondront ultérieurement aux questions qui seront publiées sur le site du CERT.

#EGPSY2018

Nous vous invitons à réagir et à commenter les états généraux Psy avec #EGPSY2018.

Mercredi 7 novembre 2018

Prologue

Ce prologue constitue un temps de discussion entre des praticiens et des chercheurs orientés par la psychanalyse et des chercheurs en sciences sociales sur leurs approches respectives de la radicalisation.

Il s'agit d'indiquer à la fois la contribution de leur discipline à l'approche du phénomène, éventuellement de ses traitements, et en même temps la place qu'ils confèrent à d'autres disciplines.

À l'instar de beaucoup de problèmes cruciaux, la radicalisation oblige les disciplines des sciences humaines et sociales à des interactions intenses et à des créations hybrides entre des branches du savoir, là où un phénomène nouveau oppose de la résistance à l'intelligibilité.

❖

❖13h30 : Accueil

➤ **14h30 : Ouverture du prologue**
- **Muriel Domenach**, secrétaire générale du Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation
- **Jean-François Balaudé**, vice-président du Conseil scientifique sur les processus de radicalisation (COSPRAD), président de l'université de Paris-Nanterre
- **Fethi Benslama**, président du Comité d'organisation des états généraux Psy sur la radicalisation

➤ 15h00-15h45 : **Conférence inaugurale**

- **Richard Rechtman**, psychiatre, psychanalyste, anthropologue, directeur d'études, EHESS

Entre terrorisme et meurtre de masse : quelles correspondances ?

÷ 15h45 : Pause

➤ 16h00-19h00 : **Convergences et divergences entre les approches Psy et les sciences sociales**

- **Présidente : Isabelle Sommier**, professeure de sociologie, Université Paris I

- **Gérald Bronner**, professeur de sociologie, Université Paris Diderot, membre de l'Académie des technologies et de l'Académie nationale de médecine
- **Olivier Galland**, sociologue, directeur de recherche, CNRS
- **Tamara Guénoun**, psychologue clinicienne, maîtresse de conférence, Université de Lyon Lumière 2
- **Marc Hecker**, chercheur au centre des études de sécurité de l'IFRI
- **Thierry Lamote**, psychologue clinicien, maître de conférence, Université Paris Diderot

÷ 17h30 : Pause

- **Présidente : Laurie Laufer**, psychanalyste, professeure de psychopathologie clinique, Université Paris Diderot

- **Laurent Bonelli**, politiste, maître de conférence, Université Paris Nanterre & **Fabien Carrié**, postdoctorant en science politique, Université Paris Nanterre
- **Bruno Karsenti**, sociologue et philosophe, directeur d'études, EHESS
- **Richard Rechtman**, psychiatre, psychanalyste, anthropologue, directeur d'études, EHESS

❖19h00 : Réception

Jeudi 8 novembre 2018

❖ 8h00 : Accueil des participant.e.s

➤ 9h00-10h00 : Séance 1 - **Ouverture**

- **Christine Clerici**, présidente de l'Université Paris Diderot
- **Catherine Boiteux**, vice-présidente de la CME du GHT de Psychiatrie et Neurosciences de Paris
- **Michel Triantafyllou**, psychiatre, président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP)
  La pensée clinique au sujet de la radicalisation depuis 2015
- **Fethi Benslama**, directeur du CERT, président du Comité d'organisation des états généraux Psy
  Introduction aux états généraux

÷ 10h00 : Pause

➤ 10h15-12h30 : Séance 2 - **La radicalisation violente**

- Président : **Michel Wieviorka**, directeur d'études, EHESS, président de la Fondation de la Maison des Sciences de l'Homme (FMSH)
- **Bernard Chouvier**, professeur émérite de psychopathologie clinique, psychanalyste
  Fanatisation et adolescence
- **Nicolas Estano**, psychologue clinicien à l'UPPL de Ville Evrard, Expert Près la Cour d'Appel de Paris
  Éclairage psycho criminologique des passages à l'acte terroriste
- **Pascal Marchand**, professeur, Université de Toulouse
  Rhétorique radicale : analyse du discours de Mohamed Merah
- **Geneviève Morel**, psychanalyste, Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)
  Le rôle de certaines images précoces dans le passage à l'acte terroriste
- **Sabine Riss**, psychologue clinicienne, Administration pénitentiaire, Mission de Lutte contre la radicalisation Violente, doctorante
  Clinique des martyrs, de l'impossibilité d'être à la demande de mort grandiose
- Discutant.e.s : **Véronique Degermann**, procureure adjointe au parquet de Paris, en charge de la division antiterrorisme, affaires pénales militaires, crimes de guerre et crimes contre l'humanité & **Arnaud Martin**, haut fonctionnaire adjoint de défense et de sécurité des ministères sociaux

÷ 12h30 : Pause déjeuner

➤ 14h00-14h45 : **Conférence**

- **Cécile Rousseau**, pédopsychiatre, professeure, département de psychiatrie, Université McGill (Montréal)
  Souffrance sociale et haine de l'Autre : cerner la place et les limites de la clinique

➤ 14h45-16h15 : Séance 3 - **Clinique de la radicalisation**

- Présidente : **Gladys Mondière**, coprésidente de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP)
- **Sarah Daoudi-Gassama**, psychologue clinicienne à la PJJ, doctorante, Université Paris Nanterre
  Dans les méandres du devenir femme : situation de deux adolescentes radicalisées
- **Annabelle Jaccard**, psychologue clinicienne, doctorante, Université Paris Diderot
  Quand la haine rencontre l'idéal
- **Léa Kalaora**, psychologue clinicienne, anthropologue, doctorante, Université Paris Diderot
  Quelle clinique pour les femmes de retour de Syrie ?
- **Thierry Lamote**, psychologue clinicien, maître de conférence, directeur adjoint du CERT *Leçons du dispositif de Pontourny*
- Discutante : **Danièle Epstein**, psychologue clinicienne, ex-PJJ, psychanalyste

÷ 16h15 : Pause

➤ 16h30-18h00 : Séance 4 - **Approches psychothérapeutiques**

- Président : **Hassan Rahioui**, psychiatre, chef de Pôle VII, Hôpital Sainte-Anne
- **Thierry Delcourt**, pédopsychiatre, psychanalyste, vice-président de l'AFPEP-SNPP
  Accueillir la radicalité adolescente et le radicalisé : comment et à quelles conditions ?
- **Serge Hefez**, psychiatre, psychanalyste, responsable de l'Unité de thérapie familiale, Hôpital de la Salpêtrière
  L'adolescence sous l'emprise de Daech. Retour sur deux ans d'activité d'une consultation de pédopsychiatrie
- **Malika Mansouri**, maîtresse de conférence, Université Paris Descartes, clinicienne en protection de l'enfance
  Penser les postures cliniques face aux radicales réalités adolescentes
- Discutant : **Alain Vanier**, psychiatre, psychanalyste, professeur de psychopathologie, Université Paris Diderot

➤ **Allocution de Madame Agnès Buzyn**, Ministre des Solidarités et de la Santé

÷ 18h00 : Pause

➤ 18h15-19h00 : **Conférence**

- **Marc Sageman**, psychiatre médicolégal (USA)
  L'émergence du terrorisme

Vendredi 9 novembre 2018

➤ 9h00-11h00 : Séance 5 - **Les mineur.e.s de retour de zones de guerre**

- Président : **Jean-Jacques Bonamour du Tartre**, psychiatre, président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP)

- **Thierry Baranger**, premier vice-président du TGI de Bobigny, président du tribunal pour enfants
- **Caroline Eliacheff**, pédopsychiatre, psychanalyste
  Qui va s'occuper des enfants ?
- **Thierry Baubet**, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, UTRPP Université Paris 13, CESP Inserm 1178, AP-HP
  Enfants revenant de zone de conflit : quelle place pour la pédopsychiatrie ?
- **Léonor Sauvage**, chargée de mission, SG-CIPDR

- Discutant.e.s : **Soraya Ayouch**, psychologue pôle santé, sous-direction des missions de protection judiciaire et d'éducation (DPJJ) & **Daniel Oppenheim**, psychiatre, psychanalyste, Paris

÷ 11h00 : Pause

➤ 11h15-12h00 : **Conférence**

- **Jean-François Gayraud**, auteur de *Théorie des hybrides* (CNRS éditions)
  Le profil hybride des auteurs d'attentats : de la délinquance au terrorisme

÷ 12h00 : Pause déjeuner

➤ 13h30-15h15 : Séance 6 - **L'épreuve des familles, le soutien à la parentalité**

- Présidente : **Monique Lauret**, psychiatre, psychanalyste, membre du Conseil scientifique du Centre d'Action et de Prévention contre la Radicalisation des Individus (CAPRI)

- **Gweltaz Fily**, psychologue clinicien, ADSEA29 & **Guillaume Habasque**, éducateur spécialisé, ADSEA29
  Retour d'expérience sur des accompagnements en milieu ouvert
- **Stéphane Houyez**, psychologue, association Ressources, Essonne
  Le travail de l'équipe de « Ressources » auprès des familles
- **Véronique Stéphan-Vatan**, psychologue & **Marie-Pierre Robin**, infirmière et thérapeute familiale, Maison des Adolescents 49, Angers
  Les parents comme ressource de désengagement
- **Eliane Theillaumas**, psychologue clinicienne, ex-chargée de mission à l'Unité de Coordination de la Lutte Anti-Terroriste (UCLAT)
  Rôle des familles dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire

- Discutant : **Daniel Coum**, psychologue clinicien, psychanalyste, directeur des services de Parentel, Brest, maître de conférence associé, CRPC-CLCS, EA4050 site de Brest, UBO

÷ 15h15 : Pause

➤ 15h30 - 17h15 : Séance 7 - **Traitement de la radicalisation en milieu pénitentiaire**

- Président : **Antoine Garapon**, magistrat, secrétaire général de l'Institut des hautes études sur la justice (IHEJ)

- **François Toutain**, responsable de la mission de lutte contre la radicalisation violente, direction de l'administration pénitentiaire
- **Marion Dupays**, psychologue binôme de soutien (MLRV), doctorante, Hauts de France et Bourgogne-Franche-Comté
  Radicalisation et faits de terrorisme : clinique de la rencontre entre détenus et professionnels
- **Guillaume Monod**, psychiatre, pédopsychiatre, responsable de la consultation de santé mentale de la maison d'arrêt de Seine-Saint-Denis
  La prise en charge clinique des radicalisés et des jihadistes en milieu carcéral
- **Giorgia Tiscini**, psychologue clinicienne, ATER, Université Paris Diderot
  Le processus de radicalisation en milieu carcéral

- Discutant : **Xavier Crettiez**, professeur de sciences politiques, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

÷ 17h15 : Pause

➤ 17h30- 19h30 : Séance 8 - **Dispositifs pluriprofessionnels de prévention de la violence 1**

- Présidente : **Sabine Choquet**, chercheuse au CRIEC (UQAM), secrétaire générale du CERT

- **Guillaume Corduan**, psychiatre, Maison des adolescents/ARS, Réseau Virage, Strasbourg
  Réseau V.I.R.A.G.E : Un dispositif régional de santé en prévention des radicalisations
- **Zohra Harrach-Ndiaye**, directrice de services judiciaires et protection de l'enfance à la Sauvegarde de Seine-Saint-Denis, créatrice et pilote du dispositif de prise en charge des personnes radicalisées ou en risques de radicalisation en Seine-Saint-Denis
  Une certaine approche de la radicalisation, retours d'expériences de la Seine-Saint-Denis
- **Jérôme Payen de la Garanderie**, psychiatre & **Nora Letto**, psychologue
  La place des psy dans un dispositif de désengagement de la violence extrémiste, dans le cadre d'une procédure judiciaire, en pré et post sentenciel
- **Marie-Aude Piot**, pédopsychiatre, PHU Université Paris V, Inserm 1178, Institut Montsouris, Paris & **Djamila Tail**, éducatrice PJJ, Unité éducative de milieu ouvert, Villeneuve-Saint-Georges
  Rencontre et travail éducatif avec des mineurs radicalisés à la PJJ

- Discutante : **Tamara Guénoun**, psychologue clinicienne, maîtresse de conférence, Université de Lyon Lumière 2

Samedi 10 novembre 2018

➤ 9h00-10h45 : Séance 9 - **Questions éthiques, déontologiques et juridiques**

- Président : **Jean-Claude Ameisen**, président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique

- **Jacques Borgy**, psychologue, secrétaire général du Syndicat National des Psychologues (SNP)
  Notre déontologie est-elle à géométrie variable ?
- **Michel David**, psychiatre, vice-président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)
  Psychiatrie et radicalisation : une présence vigilante et discrète
- **Gilles Munier**, vice-président du Conseil national de l'Ordre des Médecins
  Quid du secret médical face à la radicalisation ? Aspects éthiques, légaux et déontologiques

Discutante : **Michèle Benhaïm**, psychanalyste, professeure, Aix-Marseille Université

÷ 10h45 : Pause

➤ 11h00-12h30 : Séance 10 - **Radicalisation et maladie mentale, quels rapports ?**

- Président : **Michel Triantafyllou**, psychiatre, président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP)
- **Michel Botbol**, professeur de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université de Bretagne occidentale et CHU de Bretagne
  Radicalisation et psychiatrie : une géométrie très variable
- **François Caroli**, psychiatre
  L'extrême en psychiatrie ordinaire
- **Patrick Chemla**, psychiatre, chef de service, clinique Henri Ey, centre de jour Antonin Artaud à Reims
  Celui qui criait Daech
- **Daniel Zagury**, chef de service au Centre psychiatrique du Bois de Bondy (EPS Ville-Evrard)
  Ce que l'expertise psychiatrique nous apprend
- Discutant : **Yorgos Dimitriadis**, psychiatre, psychanalyste, professeur de psychopathologie, Université Paris Diderot

➤ 12h30-13h15 : **Conférence**

- **Mark Dechesne**, psychiatre, professeur, Université de Leyde, Pays Bas
  L'approche clinique psychologique et psychiatrique de la radicalisation aux Pays-Bas

÷ 13h15 : Pause déjeuner

➤ 14h15- 15h15 : Séance 11 - **Autour d'une expérience de territorialisation de la prévention**

- Présidente : **Eliane Theillaumas**, psychologue clinicienne, ex-chargée de mission à l'Unité de Coordination de la Lutte Anti-Terroriste (UCLAT)

- **Noëlle Diebold**, psychologue clinicienne, CPRAF préfecture 21, coordinatrice du réseau CONCORDANCE, Bourgogne Franche-Comté
  La fonction du psychologue dans la prévention territoriale
- **Laurent Prévost**, Préfet du Val de Marne
- **Aurélien Rousseau**, directeur général de l'ARS Île-de-France
- Discutante : **Claudie Baudino**, chargée de mission, Cellule nationale de coordination et d'appui à l'action territoriale, SG-CIPDR

➤ 15h15-16h00 : **Conférence**

- **Anders Bo Christensen**, Special Consultant at the Danish Centre for Prevention of Extremism

÷ 16h00 : Pause

➤ 16h15-18h15 : Séance 12 - **Dispositifs pluriprofessionnels de prévention de la violence 2**

- Président : **Patrick Chemla**, psychiatre, chef de service, clinique Henri Ey, centre de jour Antonin Artaud à Reims

- **Sabra Ben Ali**, coordinatrice clinique, Centre de Prévention et d'Actions contre la Radicalisation des Individus (CAPRI)
  CAPRI : La radicalisation à l'épreuve d'un territoire
- **Erwan Dieu**, criminologue, directeur ARCA & **Olivier Sorel**, psychologue, directeur ARCA
  Le traitement de la radicalisation en prison, le cas du protocole Césure
- **Catherine Grandsard**, psychologue, maîtresse de conférence, Université Paris 8, directrice adjointe du Centre Georges Devereux
  Clinique des «âmes errantes» : ethnopsychiatrie et prévention de la radicalisation
- **Marie-Cécile Marty**, psychologue clinicienne en foyers de la protection de l'enfance, psychanalyste au CPCT, Lyon
  Les horizons intérieurs de la peur

- Discutant : **Éric Bidaud**, professeur de psychopathologie clinique, Université Paris Diderot

➤ 18h15-19h00 : **Conclusion**

- Président : **Fethi Benslama**, président du Comité d'organisation des états généraux Psy
- Recueil des propositions par un **comité d'auditeurs des états généraux** avec la participation de **Christel Grimbergen** & **René Zegerius** du Health and Social Care Working Group, Radicalisation Awareness Network (RAN), ainsi que **Jacques Borgy**, psychologue, secrétaire général du Syndicat National des Psychologues (SNP)

Annexe 3 : Titres et adresses URL des 13 interventions du corpus issu des EGPR

1. Allocution de Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé
   https://www.youtube.com/watch?v=fxMpXIiBUGM

2. « Souffrance sociale et haine de l'Autre » - Intervention du Pr Cécile Rousseau, pédopsychiatre, Université McGill (Montréal)
   https://www.youtube.com/watch?v=cR3xXbPefMA

3. « Accueillir la radicalité adolescente et le radicalisé : comment et à quelles conditions ? » - Intervention du Dr Thierry Delcourt, pédopsychiatre, psychanalyste, vice-président de l'AFPEP-SNPP (Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé & Syndicat National des Psychiatres Privés)
   https://www.youtube.com/watch?v=5_DdcHKkdKI

4. « L'adolescence sous l'emprise de Daesh, retour sur deux ans d'activité d'une consultation de pédopsychiatrie » - Intervention du Dr Serge Hefez, psychiatre, psychanalyste, responsable de l'Unité de thérapie familiale, Hôpital de la Salpêtrière
   https://www.youtube.com/watch?v=E83L798khq8

5. « Penser les postures cliniques face aux radicales réalités adolescentes » - Intervention de Mme Malika MANSOURI, maîtresse de conférences, Université Paris Descartes, clinicienne en protection de l'enfance
   https://www.youtube.com/watch?v=OMXvKmz2dnQ

6. « La prise en charge clinique des radicalisés et des jihadistes en milieu carcéral » - Intervention du Dr Guillaume MONOD, psychiatre, pédopsychiatre, responsable de la consultation de santé mentale de la maison d'arrêt de Seine-Saint-Denis
   https://www.youtube.com/watch?v=-LbYdj6VEfs

7. « Notre déontologie est-elle à géométrie variable ? » - Intervention de Jacques BORGY, psychologue, secrétaire général du Syndicat National des Psychologues (SNP)
   https://www.youtube.com/watch?v=PjNUeKbbE74

8. « La place des psys dans un dispositif de désengagement de la violence extrémiste dans le cadre d'une procédure judiciaire, en pré- et post-sentenciel » - Intervention de Mme Nora LETTO, psychologue et du Dr Jérôme PAYEN DE LA GARANDERIE, psychiatre
https://www.youtube.com/watch?v=yHQ3TF5miaI

9. « Psychiatrie et radicalisation : une présence vigilante et discrète » - Intervention du Dr Michel DAVID, psychiatre, vice-président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)
https://www.youtube.com/watch?v=sY5mgYKq3EY&t=19s

10. « Quid du secret médical face à la radicalisation ? Aspects éthiques, légaux et déontologiques » - Intervention de Gilles Munier, vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins
https://www.youtube.com/watch?v=onSHi6cCrNQ&t=122s

11. « Radicalisation et psychiatrie : une géométrie très variable » - Intervention du Pr Michel Botbol, professeur de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université de Bretagne occidentale et CHU de Bretagne
https://www.youtube.com/watch?v=JXhYrngJ-SI&t=70s

12. « Celui qui criait Daech » - Intervention du Dr Patrick Chemla, psychiatre, chef de service, clinique Henri Ey, centre de jour Antonin Artaud à Reims
https://www.youtube.com/watch?v=zn-Pn4wPiTI&t=3s

13. Allocution de Mme Véronique Degermann, Procureure adjointe au Parquet de Paris, en charge de la division antiterrorisme, affaires pénales militaires, crimes de guerre et crimes contre l'humanité

Annexe 4 : Modèle du mail de contact adressé aux praticiens sollicités

Docteur(e) X,

Je vous écris ce jour, sur recommandation du Dr Marie-Aude PIOT, afin de vous proposer de participer au projet de recherche que nous menons sur la question de la radicalisation.

Je suis interne en psychiatrie (5 semestres validés) à Brest et me destine à la pédopsychiatrie. Je bénéficie actuellement de l'attribution d'une année-recherche se déroulant de novembre 2018 à novembre 2019 afin de pouvoir effectuer un Master 2 d'Éthique Médicale et de Bioéthique dans le laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale de l'université de Paris-Descartes.
Le protocole de recherche auquel je vous propose aujourd'hui de participer s'inscrit dans le travail de mémoire que je réalise pour ce Master 2, sous la codirection du Dr Marie-Aude Piot (pédopsychiatre à l'Institut Mutualiste Montsouris) et du Pr Marie-France MAMZER, qui dirige le laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale de l'université de Paris-Descartes.

L'étude que nous mettons en place porte sur la manière dont les psychiatres se représentent la notion de radicalisation ainsi que leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ». Vous trouverez ci-joint une note d'information dans laquelle sont rassemblées des informations destinées à vous exposer notre démarche clinique, afin que vous puissiez déterminer si vous souhaitez ou non participer à ce projet de recherche.

La participation à cette recherche est entièrement volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous en justifier, et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité d'une éventuelle prise en charge médicale ultérieure.

Par ailleurs, l'ensemble des données recueillies sera anonymisé dès le recueil, ce qui implique que toutes les informations vous concernant seront traitées de manière confidentielle.
La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel. En revanche, les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, nous conviendrons ensemble d'une date de rendez-vous. Je me tiens, bien sûr, à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, et suis joignable par mail [adresse mail] ou téléphone [numéro de téléphone].

Bien à vous,
Marion Grenon

Annexe 5 : Note d'information communiquée aux participants

M. Grenon, M.F. Mamzer, M.A. Piot (2019)

Note d'information

Paris, le 12 décembre 2018

Madame, Monsieur,

Vous êtes médecin psychiatre et/ou pédopsychiatre, et vous exercez actuellement sur le territoire français. Madame Marion GRENON, le Dr Marie-Aude Piot et le Pr Marie-France MAMZER vous proposent de participer à une **étude qualitative** réalisée dans le cadre du travail de mémoire de Master 2 « **Ethique médicale et bioéthique** » de Mme Marion Grenon.

Cette étude porte sur **la manière dont les psychiatres se représentent la notion de radicalisation ainsi que leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés »**.

Les informations rassemblées ci-dessous ont pour but de vous exposer notre démarche clinique, afin que vous puissiez déterminer si vous souhaitez ou non participer à ce projet de recherche. La participation à cette recherche est entièrement volontaire. **Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer**. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous en justifier, et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité d'une éventuelle prise en charge médicale ultérieure.

Objectif de l'étude

L'objectif principal de ce projet de recherche est d'explorer de quelle manière les médecins psychiatres se représentent leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ».

Déroulement de l'étude

Si vous acceptez de participer à ce protocole de recherche, une rencontre avec l'investigateur vous sera proposée. Au cours de ce rendez-vous, il vérifiera que vous remplissez bien les conditions d'inclusion, puis vous remettra la note d'information ainsi que le formulaire de non-opposition.

A la suite de cet échange ou lors d'une autre rencontre, il vous sera proposé de participer à **un entretien individuel**. Avec l'accord des participants, **les entretiens seront enregistrés puis retranscrits manuellement dans leur intégralité**.

Les entretiens seront réalisés **entre janvier et mars 2019, en présentiel ou par Skype** en fonction des disponibilités de chacun et de nos possibilités. Afin d'approcher, autant que possible, de la saturation des données, nous visons la réalisation de 20-25 entretiens.

Tous les entretiens seront réalisés par un seul et même investigateur, Mme Marion GRENON, interne en psychiatrie et étudiante en Master 2 d'Éthique Médicale et de Bioéthique dans le laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale de l'université de Paris-Descartes.

Une attention particulière sera apportée à la mise en place d'une atmosphère bienveillante et respectueuse de la personne. Le déroulement de l'entretien s'appuiera sur une **grille de questions ouvertes préalablement construite à partir de la revue de la littérature** ainsi que sur la **présentation de trois vignettes cliniques** distinctes. Le participant sera encouragé à **parler librement**, à associer et à développer ses idées.

Les données recueillies feront l'objet d'une analyse phénoménologique interprétative (*Interpretative Phenomenological Analysis* ou IPA), méthode classique d'exploitation des récits.

Retombées attendues

En permettant de dégager des éléments concernant cette question, cette étude pourrait contribuer à la réflexion menée actuellement autour des liens existant ou à faire naître entre psychiatrie et radicalisation, mais également d'identifier des besoins spécifiques de formation des professionnels de santé concernant la radicalisation et les auteurs d'attentats terroristes.

Les éléments recueillis sont également susceptibles de contribuer à l'élaboration d'une réflexion plus large concernant les limites du champ de la compétence et de l'exercice professionnel des médecins psychiatres.

Risques potentiels et événements indésirables

Cette étude ne comporte aucun risque majeur potentiel.

Législation et confidentialité

Cette étude répond à la qualification d'« *expérimentation en science humaines et sociales dans le domaine de la santé* ». Elle n'entre pas dans les conditions fixées par le § 2° de l'article L1121-1 (Loi Jardé), modifié par décret du 9 mai 2017, N° 2017-884, du code de Santé Publique, et constitue donc une « *recherche n'impliquant pas la personne humaine* » (RNIPH). Cela implique que nous ne sommes pas tenus de soumettre ce projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Néanmoins, au vu de contexte récent des modifications de la loi et des visées de publications envisagées pour cette recherche, **l'avis d'un comité d'éthique a été requis et obtenu le 10 décembre 2018**.

Par ailleurs, un fichier informatique de données concernant les participants sera constitué. Les données seront codées grâce à la première lettre du nom et du prénom, qui seront associées à un numéro d'inclusion propre au protocole. **L'ensemble des données recueillies sera anonymisé dès le recueil, ce qui implique que toutes les informations vous concernant seront traitées de manière confidentielle**. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes - qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret professionnel -, **votre anonymat sera strictement préservé**.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004), les participants disposent d'un **droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement des données qui les concernent**. Ces droits s'exercent auprès du chercheur qui les suit dans le cadre de la recherche et qui connaît leur identité : Mme Marion GRENON [redacted]

La publication des résultats de l'étude ne comportera **aucun résultat individuel**. En revanche, les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, vous pouvez contacter l'un des superviseurs de l'étude, le Docteur Marie-Aude PIOT de l'Institut Mutualiste Montsouris [redacted] ou le chercheur correspondant [redacted]

Chercheur correspondant

Mme Marion GRENON

Interne en psychiatrie, étudiante en Master 2 « Ethique médicale et bioéthique »

Université Paris Descartes

[redacted]

Superviseurs de l'étude

Docteur Marie-Aude Piot

Praticien Hospitalo-Universitaire

Université Paris Descartes

Inserm 1178/CESP 1018

Institut Mutualiste Montsouris

[redacted]

Professeur Marie-France Mamzer

Praticien Hospitalier – Professeur des Universités

Laboratoire d'Ethique Médicale et Médecine Légale (LEMML)

Université Paris Descartes – Centre universitaire des Saints-Pères

[redacted]

Annexe 6 : Formulaire de non-opposition

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS DESCARTES

Formulaire de non-opposition

Chercheur correspondant
Mme Marion GRENON – Interne en psychiatrie, étudiante en Master 2 « Ethique médicale et bioéthique »
Université Paris Descartes
[redacted]

Superviseurs de l'étude
Docteur Marie-Aude Piot – Praticien Hospitalo-Universitaire,
Université Paris Descartes
Inserm 1178/CESP 1018
Institut Mutualiste Montsouris
[redacted]

Professeur Marie-France Mamzer – Praticien Hospitalier-Professeur des Universités
Laboratoire d'Ethique Médicale et Médecine Légale (LEMML)
Université Paris Descartes – Centre universitaire des Saints-Pères
[redacted]

Ce document est remis au participant
Un exemplaire est conservé dans le dossier médical

Madame, Monsieur,

Vous êtes médecin psychiatre et/ou pédopsychiatre, et vous exercez actuellement sur le territoire français. Madame Marion GRENON, le Dr Marie-Aude Piot et le Pr Marie-France MAMZER vous proposent de participer à une étude qualitative entrant dans le champ des expérimentations en science humaines et sociales dans le domaine de la santé. Cette étude est réalisée dans le cadre du travail de mémoire de Master 2 « Ethique médicale et bioéthique » de Mme Marion Grenon, et porte sur la manière dont les psychiatres conçoivent la notion de radicalisation ainsi que leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ».

Avant de décider de participer à cette recherche, prenez le temps de lire les informations suivantes.

Contexte de l'étude

Depuis les attaques ayant ciblé le Word Trade Center, le 11 septembre 2001, les attentats terroristes dits islamistes font régulièrement la une des journaux. En France et en Europe comme à l'échelle internationale, ces attaques n'ont cessé de se multiplier au cours des dernières années.

Pour assurer la prise en charge des victimes des attentats, qui constitue un enjeu majeur de santé publique, les pouvoirs publics font appel à la psychiatrie. Néanmoins, de manière surprenante, et comme ce fut le cas précédemment concernant d'autres criminels (notamment les pédophiles), c'est également vers la psychiatrie que les regards se tournent lorsqu'est évoquée une éventuelle prise en charge médicale des auteurs de ces attaques. Ainsi, nombre de psychiatres et de pédopsychiatres français ont d'ores et déjà été contactés par les pouvoirs publics afin d'examiner ou de prendre en charge, sinon des auteurs d'attentats, au moins des individus dits « fichés S » ou « radicalisés ».

Objectif et retombées attendues de la recherche

L'objectif principal de ce projet de recherche est d'explorer de quelle manière les médecins psychiatres se représentent leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ».

En permettant de dégager des éléments concernant cette question, cette étude pourrait contribuer à la réflexion menée actuellement autour des liens existant ou à faire naître entre psychiatrie et radicalisation, mais également d'identifier des besoins spécifiques de formation des professionnels de santé concernant la radicalisation et les auteurs d'attentats terroristes.

Les éléments recueillis sont également susceptibles de contribuer à l'élaboration d'une réflexion plus large concernant les limites du champ de la compétence et de l'exercice professionnel des médecins psychiatres.

En quoi consiste votre participation à cette recherche ?

Afin de répondre à notre question de recherche, nous effectuerons un entretien semi-directif individuel, mené par Mme Marion Grenon, par téléphone, Skype ou en présentiel en fonction des disponibilités de chacun et de nos possibilités.

En acceptant de participer à ce protocole de recherche, vous consentez à ce que l'entretien réalisé avec vous soit enregistré puis retranscrit manuellement dans son intégralité. Toutes les données recueillies seront anonymisées.

La grille d'entretien sera construite à partir de recherches bibliographiques, puis validée auprès de deux praticiens tests. Nous articulerons l'entretien autour de trois vignettes cliniques distinctes.

Participation volontaire

La participation à cette recherche est entièrement volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous en justifier, et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité d'une éventuelle prise en charge médicale ultérieure.

Confidentialité et utilisation des données médicales

Un fichier informatique de données vous concernant va être constitué. Les données seront codées grâce à la première lettre de votre nom et de votre prénom, qui seront associées à un numéro d'inclusion propre au protocole. L'ensemble des données recueillies sera anonymisées dès le recueil.

Le personnel impliqué dans cette recherche est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement des données.

Ces droits s'exercent auprès du chercheur qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité : Mme Marion GRENON [redacted]

Cette recherche a obtenu l'avis favorable du Comité d'Ethique …… en date du ……..

Fait à ....., le .....

Nom, Prénom du participant : **Nom, prénom de l'investigateur :**

Signature du participant: **Signature de l'investigateur :**

Annexe 7 : Questionnaire d'enquête

Numéro d'inclusion : |__|__| Numéro de centre : |__|__|

Date de passation : |__|__||__|__||__|__|__|__|

Investigateur : .....

Questionnaire d'enquête

Age : |__|__| ans

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Mode(s) d'exercice actuel :

☐ Hospitalier (civil)

☐ Hospitalier (militaire)

☐ Centre médico-psychologique

☐ Clinique privée

☐ Libéral

☐ Autre : .....

Nombre d'années d'exercice médical (depuis votre diplôme d'Etat) : |__|__| ans

Exercice hospitalo-universitaire : ☐ Oui ☐ Non

Surspécialité(s) :

☐ Psychiatrie adulte

☐ Pédopsychiatrie

☐ Géronto-psychiatrie

☐ Autre : .....

Expérience dans le domaine de l'expertise psychiatrique pénale : ☐ Oui ☐ Non

Expérience dans l'évaluation et/ou la prise en charge d'individus dits « radicalisés » :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle : .....

.....

.....

.....

.....

Participation antérieure à des projets de recherche concernant la radicalisation et/ou les individus dits « radicalisés » :

☐ Oui, en tant que sujet inclus

☐ Oui, en tant qu'investigateur

☐ Non

Annexe 8 : Critères COREQ-32

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? *Par exemple : PhD, MD*
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche*
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche*
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date*
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant*
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 9 : Grille d'entretien

Grille d'entretien

Je m'appelle Marion GRENON. Je suis interne en psychiatrie (5 semestres validés) à Brest, et me destine à la pédopsychiatrie. Je bénéficie actuellement de l'attribution d'une année-recherche se déroulant de novembre 2018 à novembre 2019 afin de pouvoir effectuer un Master 2 d'Éthique Médicale et de Bioéthique dans le laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale de l'université de Paris-Descartes.

Le protocole de recherche auquel je vous propose aujourd'hui de participer s'inscrit dans le travail de mémoire que je réalise pour ce Master 2, sous la codirection du Dr Marie-Aude Piot (pédopsychiatre à l'Institut Mutualiste Montsouris) et du Pr Marie-France MAMZER, qui dirige le laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale de l'université de Paris-Descartes.

Comme je vous l'ai indiqué dans mon premier mail et sur la note d'information que je vous ai transmise, l'étude que nous mettons en place porte sur la manière dont les psychiatres se représentent la notion de radicalisation ainsi que leur rôle éventuel dans la prise en charge médicale des individus dits « radicalisés ».

Au cours de cet entretien, je vais vous proposer trois vignettes cliniques successives. Les cas présentés sont fictifs, mais leur construction est basée sur des rapports portant sur les caractéristiques des individus dits radicalisés qui ont pu être identifiés en France et en Europe. Nous avons ainsi élaboré trois cas cliniques rassemblant des éléments qui correspondent à ceux qui ont été le plus fréquemment observés dans l'histoire de vie et le parcours des personnes radicalisées, afin d'obtenir des vignettes cliniques crédibles et de coller au plus près aux situations auxquelles les psychiatres exerçant en France sont susceptibles d'être confrontés dans l'exercice de leurs fonctions.

Au fur et à mesure de notre entretien, je vais vous poser différentes questions ouvertes. Je vous laisserai ensuite aussi longtemps que nécessaire pour me répondre. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse. Ce qui m'intéresse aujourd'hui, c'est votre point de vue sur les situations que je vais vous présenter, et c'est pour cette raison que je vais rester très silencieuse, même s'il m'arrivera sans doute de vous demandez d'approfondir ou de préciser un point précis.
Il me semble également important de vous préciser que nous avons fait le choix, en élaborant ce projet de recherche, de ne pas nous adresser uniquement à des experts sur la question, mais au contraire à un panel de psychiatres aussi large que possible, car il nous a semblé que chacun était susceptible d'apporter un éclairage différent sur la problématique que nous mettons en avant, et que ce n'est qu'en croisant ces points de vue que nous pourrions envisager de répondre à la question posée. Vos remarques nous seront donc, j'en suis certaine, très précieuses.

1/ Pour commencer, vous est-il possible de vous présenter ?

Merci. Je vais maintenant vous présenter un premier cas clinique.

Vignette n°1

Vous recevez en consultation le jeune Guillaume, âgé de 15 ans, accompagné de ses parents. Guillaume est actuellement scolarisé en classe de 2nde générale dans un lycée situé en périphérie de Nice. Ses parents ont pris ce premier rendez-vous sur sollicitation de l'établissement scolaire, qui exige que le jeune garçon bénéficie d'une évaluation psychiatrique avant de réintégrer sa classe.

Guillaume a en effet été exclu temporairement du lycée en raison de troubles du comportement violent. Il a notamment frappé et insulté plusieurs élèves, ou encore bousculé le conseiller d'orientation. Il y a quelques jours, dans le cadre d'une nouvelle bagarre avec un camarade (dont il vous précise d'ailleurs que ce n'est « pas un camarade »), il aurait parlé de « *tuer tous ces mécréants* », proclamant « *Allah reconnaîtra les siens* ».

Le jeune homme reste très silencieux, tête baissée, fuyant votre regard, tandis que ses parents vous expliquent qu'ils sont inquiets de ces troubles du comportement. Son père ajoute : « *On pense qu'il s'est radicalisé* ».

2/ Comment accueillez-vous cette demande ?

[Vous sentez-vous en capacité d'y répondre ? La demande de consultation psychiatrique vous semble-t-elle adaptée ?]

Au cours de cet entretien, vous apprenez que Guillaume est l'aîné d'une fratrie de 4 enfants. Il est né en France de parents tous deux originaires du Maroc, qui sont arrivés en France vers l'âge de 20 ans. Ils sont de confession musulmane, mais se définissent comme « *non pratiquants* ». Ils sont retournés au Maroc une fois depuis la naissance de Guillaume, qui a donc eu l'occasion d'y passer un été en famille, mais leur ancrage est essentiellement centré sur la France. Ils vous expliquent devant leur fils, toujours extrêmement silencieux et fermé, que Guillaume a toujours été un bon élève. Son père ajoute qu'il met un point d'honneur à pousser et à accompagner ses enfants dans leur cursus scolaire, « *pour qu'ils fassent de grandes études* » et qu'ils « *aient une bonne situation* ».

Guillaume s'est toujours beaucoup investi sur le plan scolaire, nourrissant le projet de faire une école de commerce. Pourtant, depuis quelques mois, ses résultats n'ont cessé de chuter. Bien qu'il s'en soit montré triste et frustré pendant quelques semaines, Guillaume semble désormais ne plus se soucier de cet effondrement de ses résultats. Ses parents s'en inquiètent d'autant plus qu'il s'isole, délaissant son cercle de copains pour se rapprocher notamment d'un autre garçon, âgé d'une vingtaine d'années, qu'il aurait rencontré à la mosquée à laquelle il se rend au moins une fois par semaine depuis environ six mois. Son père précise : « *On fait très attention à ses fréquentations, vous savez. Je ne veux pas que mon fils traîne avec n'importe qui, surtout qu'il a déjà eu des problèmes* ». Il vous explique alors que Guillaume a en effet déjà été condamné à une peine légère dans le cadre d'une affaire de vol de portables, il y a quelques années. Il avait alors été suivi par un éducateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), suivi interrompu il y a environ un an du fait de l'évolution favorable de la situation de Guillaume.

3/ Comment procédez-vous pour la suite de cette consultation ?

[Recevez-vous Guillaume seul ou uniquement en présence de ses parents ? Comment entamez-vous la discussion avec lui ?]

En tête à tête, Guillaume vous explique qu'il a « *embrassé l'islam* » il y a quelques mois, soutenu dans cette voie par Amir, le jeune homme évoqué par ses parents, qu'il a effectivement rencontré en se rendant à la mosquée. Il vous explique : « *Je ne connaissais rien à l'Islam, mon père est un kâfir, il ne m'a rien transmis. Amir m'a tout expliqué, il m'a enseigné le Coran et il m'a montré des sites et des vidéos* ». Il raconte avoir ainsi été confronté, notamment, à des vidéos de décapitation ou à des films montrant des enfants tués ou gravement blessés. Il ajoute que depuis cette rencontre, il prie cinq fois par jour et effectue ses ablutions consciencieusement, soucieux de se « *purifier* ». Il est très attaché au dialogue avec ce tuteur, qui l'encourage à exprimer sa rage et lui donne raison. Guillaume ajoute : « *Lui au moins, il me comprend* », et vous explique alors qu'il s'est toujours senti rejeté et incompris, y compris par ses parents, et faisait régulièrement l'objet de moqueries au collège.

4/ Comment procédez-vous à l'issue de cet entretien ?

[Pensez-vous que Guillaume soit effectivement « radicalisé », comme le craignent ses parents ? Lui proposez-vous de mettre en place un suivi auprès de vous ? Une hospitalisation ? Un traitement médicamenteux ? Le réorientez-vous vers des confrères ou vers une autre structure ? Comment évaluez-vous le risque que représente Guillaume ? Vous semble-t-il dangereux ? Craignez-vous un passage à l'acte de type terroriste ? Vous semble-t-il nécessaire de signaler la radicalisation de ce jeune aux autorités ou d'encourager ses parents à le faire ?]

5/ Dans quelle mesure y a-t-il, dans cette situation clinique, des éléments qui vous interpellent particulièrement et/ou qui sont susceptibles de vous mettre en difficulté, de vous poser problème ?

[S'agit-il de difficultés survenant sur un plan professionnel ou personnel ? D'où peut provenir votre sentiment de malaise ? Vous sentez-vous bousculé dans les valeurs qui sont les vôtres ?]

Si vous le voulez bien, nous allons désormais passer au deuxième cas clinique.

Vignette n°2

Vous recevez en consultation la jeune Camille, âgée de 17 ans, accompagnée de sa mère, qui monopolise la parole pour vous faire part des motifs de cette consultation.

Camille est fille unique, et vit avec sa mère en région parisienne. Elle ne connaît pas son père, qui a quitté le domicile familial quand elle avait 9 mois. La jeune fille est scolarisée en classe de première ST2S (Sciences et Technologies de la Santé et du Social), et obtient des résultats médiocres. Sa mère vous explique qu'elle était pourtant bonne élève jusqu'en troisième, mais a ensuite commencé à consommer du cannabis et de l'alcool de manière régulière, refusant toute autorité. Elle décrit une enfant de tempérament gai, spontanée et curieuse, soucieuse de l'autre, généreuse, qu'elle dit ne plus reconnaître « *depuis qu'elle a commencé sa crise d'ado* ».

Depuis un peu plus d'un an, un nouveau changement semble s'opérer. La mère de Camille vous explique en effet que depuis cette période, sa fille se replie au domicile familial, s'isolant de son groupe d'amis et fuyant les soirées lors desquelles elle avait pour habitude d'accumuler les consommations de toxiques, passant désormais toutes ses journées seule dans sa chambre, devant son ordinateur. Elle raconte : « *Je suis sa mère, je la connais bien, on a une relation fusionnelle vous savez, vu qu'on n'a toujours été que toutes les deux. J'ai bien vu qu'elle n'allait pas bien, je me suis dit qu'elle déprimait un peu mais en même temps, elle avait arrêté la drogue, alors ça me rassurait* ».

Il y a quelques jours, dans un moment de panique, Camille a confié à sa mère que l'homme qu'elle a épousé religieusement en secret projette de l'emmener en Syrie. La mère de la jeune fille se met à pleurer et déclare n'avoir rien vu, rien perçu du processus de radicalisation de sa fille. Elle consulte donc aujourd'hui sur les conseils de l'intervenant avec lequel elle a échangé en appelant le numéro vert (0800 005 696) mis en place par le gouvernement pour les familles confrontées à la radicalisation d'un proche.

6/ Comment accueillez-vous cette demande ?

[Vous sentez-vous en capacité d'y répondre ? La demande de consultation psychiatrique vous semble-t-elle adaptée ?]

En face à face, très réticente, Camille revient sur son parcours. Il y a deux ans, raconte-t-elle, elle se questionne sur son genre et craint d'être homosexuelle. Elle se rend alors sur des sites médicaux et des sites LGBT, où la réponse accueillante qu'elle reçoit ne la satisfait pas, renforçant bien au contraire ses angoisses et son sentiment de culpabilité. C'est alors qu'elle est contactée via Facebook par un homme qu'elle décrit comme un recruteur actif qui déclare rapidement être amoureux d'elle, amour dont elle doit se monter digne. Sous son impulsion, elle apprend l'arabe, cesse toute consommation de toxiques, se convertit à l'islam et commence à prier cinq fois par jour : « *Avec l'islam, j'ai trouvé le sens de la vie et des limites. Je suis une femme qui se respecte, maintenant* ». Elle porte le voile en cachette de sa mère, dès qu'elle quitte le domicile familial, et change de prénom, se faisant désormais

appeler Emna. Elle revient sur le processus d'emprise qui l'a conduite progressivement jusqu'à épouser religieusement via internet, à l'âge de 16 ans, cet homme qu'elle n'a pourtant encore jamais rencontré. C'est cet homme qui lui fournit les liens internet vers les sites et les médias de propagande de Daech. Camille décrit les images de corps d'enfants déchiquetés, de scènes de guerre, d'exécutions, et semble trouver une certaine jouissance dans la verbalisation de ces atrocités. Elle vous explique qu'elle s'en veut terriblement d'avoir parlé à sa mère et que son mari ne voudra probablement plus lui parler, perspective qui entraîne un intense sentiment de désespoir.

Camille vous explique que ses comportements ascétiques ont une visée purificatrice, et qu'elle est investie d'une mission importante : « *J'ai trop longtemps vécu dans le vice, sali mon corps et forniqué. J'ai trop longtemps eu la haine de tout. Maintenant je me purifie, je gagne des bons points pour le paradis contre tous mes péchés. Mais j'y arriverai jamais, j'ai trop le vice en moi, il faut que je meure au Sham. Il faut que je quitte ces mécréants, que j'en tue. C'est ma solution. C'est ce qu'il y a de plus beau au monde* ».

Elle refuse toute prise en charge médicale ou psychologique, et estime que sa mère ne « *comprend rien, j'essaie de la sauver, elle comprend rien. Il faut qu'elle me laisse partir, sinon on est tous perdus* ».

7/ Comment procédez-vous à l'issue de cet entretien ?

[Pensez-vous que Camille soit effectivement « radicalisée », comme le dit sa mère ? Lui proposez-vous de mettre en place un suivi auprès de vous ? Une hospitalisation ? Un traitement médicamenteux ? La réorientez-vous vers des confrères ou vers une autre structure ? Comment évaluez-vous le risque que représente Camille ? Vous semble-t-elle dangereuse ? Craignez-vous un passage à l'acte de type terroriste ou un départ vers la Syrie ? Vous semble-t-il nécessaire de signaler la radicalisation de cette jeune aux autorités judiciaires ou d'encourager sa mère à le faire ? Estimez-vous devoir la protéger, et si oui comment ?]

8/ Dans quelle mesure y a-t-il, dans cette situation clinique, des éléments qui vous interpellent particulièrement et/ou qui sont susceptibles de vous mettre en difficulté, de vous poser problème ?

[S'agit-il de difficultés survenant sur un plan professionnel ou personnel ? D'où peut provenir votre sentiment de malaise ? Vous sentez-vous bousculé dans les qui sont les vôtres ?]

Si vous le voulez bien, nous allons désormais passer au troisième et dernier cas clinique.

Vignette n°3

Vous recevez en consultation Farid, âgé de 28 ans, à la demande de la Préfecture et plus exactement à l'initiative du Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance et de la Radicalisation. Farid a en effet été condamnée à cinq ans d'emprisonnement dont deux avec sursis pour « *Association de malfaiteurs en vue de la préparation d'un acte de terrorisme* ». Après avoir purgé sa peine de trois ans de prison ferme, il fait donc désormais l'objet d'une mesure de sursis avec mise à l'épreuve assortie d'un contrôle judiciaire et d'une injonction de soins.

Vous attachant à retracer son parcours, vous découvrez que Farid est le cinquième d'une fratrie de huit enfants. D'origine franco-algérienne, il a grandi dans un milieu défavorisé, auprès d'un père alcoolique et violent qui le passait régulièrement à tabac, et d'une mère qui subissait elle-même la violence de son époux. Son père, d'origine algérienne, est arrivé en France à l'âge de 21 ans, et a épousé sa mère, d'origine française, alors âgée de 19 ans. Cette dernière s'est convertie à l'islam, et a accepté de porter le voile.

Farid a quitté l'école très tôt, et n'a jamais obtenu son brevet des collèges. Dès l'âge de 12 ans, il accumule les faits de petite délinquance (vols, violences), avant de s'engager dans le trafic de stupéfiants. Il consomme lui-même d'importantes quantités d'alcool et de cannabis. A la même période, alors qu'il n'a que 12 ans, son père tue sa mère à coups de poing. La fratrie est alors éclatée et placée, Farid errant de foyer en famille d'accueil, tous les accueils proposés étant successivement interrompus du fait de ses troubles du comportement (violences, vols, consommations de stupéfiants). Vers l'âge de 23 ans, il est finalement condamné à une peine de 9 mois de prison ferme dans une affaire de trafic de cocaïne.

En détention, il fréquente des individus condamnés pour des actes de terrorisme, qui se livrent à des activités prosélytes agressives auprès de détenus vulnérables. A l'issue de sa peine, il part vivre chez son frère Hicham, de sept ans son aîné, qui décide de « *le reprendre en main* ». Il l'introduit alors dans des milieux pratiquant un islam radical. Au cours des mois qui suivent, il s'engage dans une idéologie de plus en plus radicale, consommant de manière compulsive des vidéos d'une extrême violence (décapitations, mutilations, exécutions, etc…) et échange de manière de plus en plus importante avec d'autres membres de réseaux djihadistes, toujours accompagné de son frère. Il est finalement interpellé il y a un peu plus de trois ans, à l'âge de 25 ans, grâce à l'interception de messages échangés via internet avec « *des frères* » avec lesquels il préparait un attentat terroriste pour le compte du groupe Daech.

Placé en détention provisoire, Farid participe activement au suivi médico-socio-psychologique mis en place, et semble se défaire progressivement de son idéologie radicale, tenant un discours beaucoup plus mesuré. Il continue de pratiquer sa religion, de manière adaptée, et ne présente aucun trouble du comportement. Du fait de cette évolution positive, il est finalement placé sous contrôle judiciaire avec

mise en place d'un nouveau suivi psychiatrique prenant la forme de soins ambulatoires, raison pour laquelle il vous est adressé ce jour.

9/ Comment accueillez-vous cette demande ?

[Vous sentez-vous en capacité d'y répondre ? La demande de consultation psychiatrique vous semble-t-elle adaptée ?]

Alors que vous suivez Farid depuis quelques semaines, à raison d'un entretien hebdomadaire, vous recevez un courrier de la Préfecture vous demandant de communiquer au Magistrat en charge du dossier de Farid les éléments dont vous disposez actuellement concernant son état psychique, son évolution depuis sa sortie de détention et votre estimation du risque que Farid est susceptible de représenter pour la sécurité nationale.

10/ Comment accueillez-vous cette demande ?

[Vous sentez-vous en capacité d'y répondre ? Vous semble-t-elle adaptée ? Pouvez-vous répondre aux questions qui vous sont posées ? Souhaitez-vous le faire ? Informez-vous le patient de cette demande et de la réponse que vous y apportez ?]

Après quelques mois de suivi au cours desquels vous ne percevez aucun signe inquiétant dans le discours et le comportement de Farid, la situation vous semble se dégrader. Farid apparaît plus fermé et tendu, son discours se durcit. Il se rend à la mosquée presque tous les jours, ne vous fournit que des réponses évasives concernant ses projets d'avenir, ne verbalise aucune critique autour des attentats terroristes récemment perpétrés sur le territoire français et européen, qui ont pourtant fait plusieurs dizaines de morts.

Inquiet, vous interrogez Farid, qui se défend de toute idéologie radicale, vous assurant qu'il est simplement un peu déprimé en ce moment, et trouve un certain réconfort dans la pratique de sa religion. Il dit n'avoir renoué avec aucun de ses anciens contacts djihadistes, et vous indique qu'il est effaré au vu des récents événements, qui ne sont selon lui sans doute pas pour rien dans la dégradation de son état thymique.

11/ Quelles conclusions tirez-vous à l'issue de cet entretien ?

[Etes-vous inquiet de cette évolution ? Comment évaluez-vous le risque que représente Farid ? Vous semble-t-il dangereux ? Craignez-vous un passage à l'acte de type terroriste ? Vous semble-t-il nécessaire de signaler la radicalisation de ce patient aux autorités ?]

12/ Dans quelle mesure y a-t-il, dans cette situation clinique, des éléments qui vous interpellent particulièrement et/ou qui sont susceptibles de vous mettre en difficulté, de vous poser problème ?

[S'agit-il de difficultés survenant sur un plan professionnel ou personnel ? D'où peut provenir votre sentiment de malaise ? Vous sentez-vous bousculé dans les valeurs que vous défendez ?]