

**RAN SANTÉ**

28/11/2023

DOCUMENT DE CONCLUSION

Réunion du groupe de travail RAN SANTÉ

23-24 octobre 2023, en ligne

RAN SANTÉ : Les troubles psychotiques et leurs implications dans le domaine de la prévention et de la lutte contre l'extrémisme violent

Principaux résultats

Les 23 et 24 octobre a eu lieu en ligne via WebEx une réunion du groupe de travail Santé mentale intitulée « Les troubles psychotiques et leurs implications dans le domaine de la prévention et de la lutte contre l'extrémisme violent ». Au cours de cette réunion, des praticiens de la santé mentale, des travailleurs sociaux et des agents pénitentiaires ont discuté du rôle des troubles psychotiques et de leurs symptômes dans le processus de radicalisation, ainsi que de leur impact sur le processus de désengagement, de réadaptation et de réintégration. Des études prouvent que les troubles psychotiques et les troubles du spectre de la schizophrénie sont sur-représentés chez les terroristes qui agissent seuls ⁽¹⁾. La présence de symptômes psychotiques pouvant compliquer le travail mené dans le domaine de la prévention et de la lutte contre l'extrémisme violent, il est capital d'examiner les aspects spécifiques de la psychose et si, quand et comment ils peuvent avoir un lien avec le comportement extrémiste plutôt qu'avec la formation d'idées extrémistes ⁽²⁾. Les participants ont examiné les implications de ces troubles à travers des études de cas, puis ont formulé les besoins pratiques et des recommandations :

- Si l'on examine les liens entre psychose et terrorisme, on peut identifier quatre scénarios exigeant chacun une approche de traitement différente.
- Selon qu'il existe un lien direct entre psychose et terrorisme, un lien indirect, aucun lien, ou en l'absence de psychose. Le traitement des symptômes psychotiques peut ou non réduire le risque.
- Il est important de connaître les antécédents médicaux d'une personne ainsi que la séquence des symptômes présents lors de la formulation de conclusions. Le rôle de la famille peut être très important à ce niveau.

⁽¹⁾ Schulten, N., Doosje, B., Spaaij, R., & Kamphuis, J. H. (2019). *Radicalization, Terrorism & Psychopathology: State of affairs, gaps and priorities for future research*. Commandé par le Centre de recherche et de documentation / Ministère néerlandais de la Justice et de la Sécurité. Université d'Amsterdam.

⁽²⁾ Formation en ligne du RAN : *Extrémisme, radicalisation et santé mentale : manuel pour les praticiens*, via EU Academy.

- Les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère et radicalisées restent très stigmatisées. Il est important que les praticiens soient conscients de cette stigmatisation et ne contribuent pas à l'aggraver. Ceci pourrait nuire aux résultats du traitement et empêcher les personnes de surmonter leur maladie.
- Le partage d'informations entre les parties (médecins, police, services de justice pénale, services sociaux, immigration) continue de poser problème. Dans ces conditions, il est difficile d'identifier les risques, de poser le bon diagnostic et de proposer le bon parcours de soin. Cela complique également le processus de réadaptation.

Ce document récapitule des principales conclusions tirées suite aux discussions et présentations.

Points forts de la discussion

Psychose et radicalisation dans la recherche

Des études prospectives et rétrospectives ont permis d'identifier un risque plus important de délit violent chez les personnes atteintes de schizophrénie. Une étude réalisée auprès de détenus met en évidence une plus forte propension à commettre des actes violents chez les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère que chez les personnes présentant une psychose fonctionnelle. Toutefois, l'association entre absence d'éducation formelle et actes violents est presque trois fois supérieure ⁽³⁾. Plusieurs mises en garde sont nécessaires concernant les recherches menées sur la radicalisation et la santé mentale. La plupart des recherches sont transversales et ne permettent pas d'établir d'inférences causales. De plus, les études comparent souvent la population terroriste à la population générale, et non aux autres délinquants.

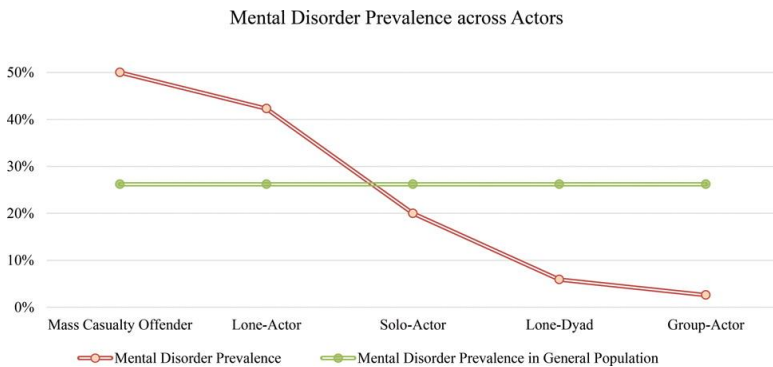
Généralement, la plupart des individus qui se livrent au terrorisme ne présentent pas de maladie mentale ⁽⁴⁾. Si une maladie mentale est présente, elle a tendance à être plus répandue dans des sous-groupes particuliers que dans la population générale. Des preuves montrent que plus l'individu est isolé, par rapport à ses codétenus et en termes de réseaux de soutien, plus il est probable qu'il présente aussi des problèmes de santé mentale ⁽⁵⁾. D'après la même étude, la schizophrénie et les troubles délirants sont plus courants chez les acteurs isolés que dans la population générale ⁽⁶⁾.

⁽³⁾ Saavedra, J., López, M., & Trigo, E. (2017). Association between violent crimes and psychosis in men serving prisons terms. *Spanish Journal of Psychology*, 20, 1-11.

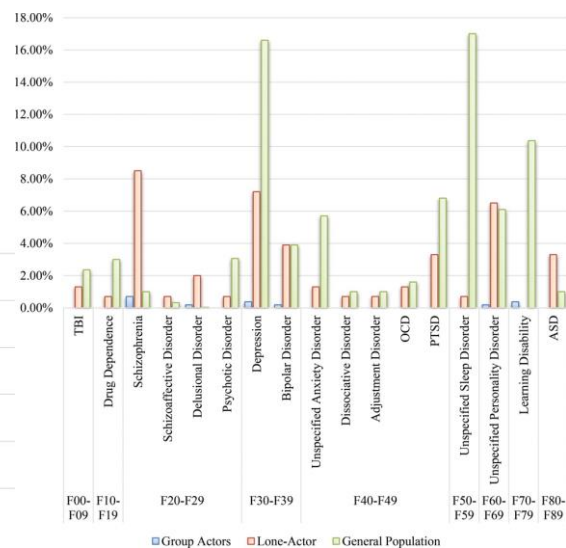
⁽⁴⁾ RAN H&SC Manuel : *Extrémisme, radicalisation et santé mentale*.

⁽⁵⁾ Corner, E., Gill, P., & Mason, O. (2016). Mental health disorders and the terrorist: A research note probing selection effects and disorder prevalence. *Studies in Conflict & Terrorism*, 39(6), 560-568.

⁽⁶⁾ Ibid.



Graphiques de : Corner, Gill & Mason (2016)



Expérience psychotique

Les personnes qui présentent des troubles psychotiques ont du mal à faire la différence entre leurs perceptions et la réalité. Le trouble affecte leur fonctionnement en altérant leurs pensées, leurs convictions ou leurs perceptions et peut s'accompagner d'hallucinations (voir ou entendre des choses qui n'existent pas) ou de délires (adhérer à un ensemble de convictions fausses entraînant une perte du sens de la réalité). Les expériences suivantes peuvent être présentes :

- Insécurité ontologique, conduisant l'individu à chercher du sens pour expliquer certaines situations et expériences, mais aussi à voir des schémas ou des liens dans des perceptions aléatoires ou insignifiantes.
- Un état de tension et d'incertitude, le sentiment qu'une apocalypse est imminente, avec une altération de la conscience du monde qui l'entoure peuvent inciter la personne à se mettre en quête de sens.
- Une perte de conscience de soi pouvant entraîner le développement de tendances autodestructrices.
- Une alternance d'expériences corporelles et de continuité dans le temps et un sentiment de déconnexion du monde.

Démêler les liens entre psychose et terrorisme

La première ligne de traitement souvent envisagée lorsque la personne traverse un épisode psychotique est la médication. Ce type de traitement peut réduire le stress et être nécessaire pour pouvoir démarrer le traitement mais on ne sait pas clairement s'il réduira le risque de terrorisme. Chaque individu est différent. Les liens entre psychose et terrorisme et leur traitement exigent une formulation complexe, dynamique et individuelle. De manière générale, on pourrait dire qu'il existe quatre scénarios possibles lorsqu'un individu radicalisé est atteint d'une psychose. Les approches de traitement et de soutien qui réduisent le risque de terrorisme pourraient varier selon le scénario.

1. Il existe un lien direct entre (certains aspects de la) psychose et terrorisme : réduire les symptômes, c'est réduire le risque

Ce n'est pas parce qu'une personne parle de terrorisme qu'elle présente un risque terroriste. Nous devons dépasser l'idée préconçue selon laquelle une discussion sur le terrorisme est synonyme de risque. Beaucoup de symptômes sont biologiques/psychologiques/sociaux et donc impactés par l'importance sociale. Par exemple, les attentats du

11 septembre ont fait l'objet de nombreux articles et ont été au cœur de nombreuses conversations. Certains patients psychiatriques ont, tout à coup, commencé à parler d'Al Qaïda et leur idéation a évolué vers les thèmes du terrorisme. Dans de rares cas, les symptômes psychotiques sont liés de façon directe et causale au risque. En présence d'un lien de causalité, la violence pourrait être activée par des ensembles de symptômes, et non par un symptôme particulier. Ce peut être le cas d'hallucinations associées à des délires.

- Par exemple, un système de croyances délirantes et les hallucinations associées peuvent amener la personne à se sentir fortement menacée par un exogroupe ennemi (symptômes de perte de contrôle de la menace, TCO). Cette menace perçue semble réelle au patient et lui donne l'impression qu'il doit se défendre.
- Par exemple, les idées délirantes et les hallucinations associées créent chez l'individu la perception qu'il fait partie d'un groupe terroriste et a une mission héroïque à accomplir. Il s'agit d'une mégalomanie accompagnée d'un sens du devoir moral.

Implications en termes de traitement : envisager de traiter les personnes médicalement afin de réduire leur stress et, si cela s'avère nécessaire sur le plan psychologique, de mettre en place une thérapie comportementale cognitive pour supprimer les symptômes générant un risque (idéation favorable et perte de contrôle de la menace).

2. Liens indirects : le fait de limiter les autres facteurs de risque qui interagissent avec la psychose et le terrorisme réduit le risque

Le deuxième scénario peut être celui des liens indirects entre les aspects de psychose et de terrorisme, et est probablement plus courant que le scénario des liens directs. Voici plusieurs exemples de ce scénario :

- Les **conséquences de la psychose**, telles que l'anxiété, le stress, le déclin social, l'isolement, le sentiment d'impuissance, l'abattement et la stigmatisation, peuvent donner naissance à des facteurs incitant au terrorisme. Les discours extrémistes peuvent constituer des facteurs d'attractivité car ils profitent de la menace ressentie en apportant de l'apaisement, du sens, un sentiment d'appartenance ou une solution à l'impression de menace et d'injustice.
- **Les effets secondaires des médicaments antipsychotiques**, comme la prise de poids, les dysfonctionnements sexuels, les troubles cognitifs et les problèmes physiques, peuvent conduire à l'apparition de vulnérabilités pouvant pousser la personne à basculer dans le terrorisme.
- La psychose **interagit avec d'autres troubles** (trouble de la personnalité, abus de substances, troubles du développement neurologique, syndrome complexe de stress post-traumatique) pour créer des facteurs incitant ou poussant la personne au terrorisme :
 - Par exemple, la psychose seule peut ne pas prévaloir sur le plan légal (ne pas être considérée comme un facteur de risque principal), contrairement au trouble de la personnalité antisociale ou narcissique. La psychose a pour effet d'accroître la vulnérabilité de l'individu tout en diminuant sa résilience.
 - Par exemple, la psychose seule peut ne pas avoir de primauté chronologique, ce qui signifie que le risque apparaît et est suivi de la psychose. Elle peut lever les inhibitions associées au risque.
- La psychose **révèle ou accentue une autre pathologie** qui peut déterminer des facteurs attractifs et incitatifs
 - Par exemple, on passe souvent à côté d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) non diagnostiqué. La psychose peut être induite par des facteurs de stress associés au TSA, comme le changement, la sensibilité exacerbée à l'environnement social ou la surcharge.
- La psychose pourrait masquer et **occulter un risque préexistant ou l'atténuer provisoirement**. Dans ce cas, il convient de prendre en charge la psychose avant de gérer le risque.

Implications en termes de traitement : en cas de liens indirects, envisager de prendre en charge d'autres facteurs s'interfaçant avec la psychose pour façonner le risque. Il est possible de séquencer l'intervention, d'examiner ce qui est le plus important pour le risque afin de pouvoir l'atténuer.

3. Absence de lien : gérer les facteurs de risque séparés (non liés à la psychose) afin de réduire le risque

Dans le troisième scénario, la personne peut présenter une psychose sans lien avec le risque. Voici plusieurs exemples de ce scénario :

- La psychose est apparue plus récemment et a déclenché une prise en charge professionnelle mais le risque s'est développé avant. Le risque peut avoir précédé des épisodes psychotiques ou exister de manière indépendante d'eux sans qu'ils aient d'influence sur lui.
- La psychose pourrait masquer et remplacer un risque préexistant ou l'atténuer provisoirement. Dans ce cas, il convient de prendre en charge la psychose avant de gérer le risque.
- La psychose et le terrorisme peuvent être liés de façon indépendante à une troisième variable :
 - Le terrorisme et la psychose peuvent, par exemple, être liés chacun de leur côté au traumatisme sans être liés entre eux.
 - Par exemple, les symptômes du TDAH tels que l'impulsivité et la recherche d'intensité peuvent constituer un risque en termes de terrorisme et de consommation de drogues, ce qui peut déclencher un épisode psychotique.

Implications en termes de traitement : en l'absence de lien, envisager d'étudier la maladie et le risque séparément et ne pas partir du principe que traiter un « risque » aura pour effet de réduire les autres.

4. Absence de psychose

Des troubles psychotiques peuvent être diagnostiqués mais il s'avère qu'il s'agit d'une erreur de diagnostic ou que la maladie a été simulée. Erreur de diagnostic :

- On aurait tort de considérer la psychose comme la maladie mentale la plus évidente à diagnostiquer, et de la façon la plus fiable. De nombreux symptômes peuvent être ambigus et être communs à différents diagnostics. À moins de passer beaucoup de temps avec la personne et de connaître ses antécédents médicaux, il est difficile de différencier certains symptômes.
- Le lien entre idéation et « réalité » peut ne pas être aussi facile à délimiter.
 - Par exemple, les intérêts limités rencontrés dans le cadre des troubles du syndrome autistique avec idiosyncrasie pourraient être pris à tort pour des troubles délirants lors d'un diagnostic.
 - Par exemple, la pseudo psychose. Sous l'effet du stress, des personnes atteintes de TSA, de troubles de l'humeur ou de troubles de la personnalité peuvent se transformer en une version plus tourmentée d'elles-mêmes et adopter un comportement qui peut être interprété à tort comme résultant d'un trouble psychotique.

Implications en termes de traitement : les praticiens de la santé mentale pourraient commencer par examiner tous les autres diagnostics. En particulier lorsque l'apparition d'idées extrémistes précède les symptômes positifs et se poursuivent après le traitement par antipsychotiques. De plus, on pourrait se demander si la « pseudo psychose » est déclenchée par des facteurs de stress (difficultés associées au TSA).

Il peut être nécessaire d'envisager que la maladie soit simulée, lorsque la personne fait semblant d'être atteinte d'une psychose, lorsqu'un diagnostic de psychose est posé et que les liens présumés avec le risque sont discutables :

- L'individu pourrait exagérer le rôle de la psychose dans le risque, accuser les symptômes, accentuer l'effet de la « pathologie » et son irresponsabilité, ou il pourrait faire semblant d'être malade pour en tirer un avantage ou pour des raisons secondaires.
- Lorsque les symptômes simulés s'appuient sur des références culturelles spécifiques (tels que le djinn, des êtres invisibles créés par Allah (?)), les cliniciens peuvent hésiter à évaluer de façon critique la signification et la preuve du ou des symptômes, car ils peuvent avoir l'impression, s'ils le font, de ne pas tenir compte de la culture de l'individu. L'expérience des symptômes d'un individu doit être examinée afin de pouvoir évaluer leur authenticité.

Implications en matière de prévention et de lutte contre l'extrémisme violent

Travailler auprès de personnes radicalisées atteintes de troubles psychotiques présente des difficultés sur les plans clinique et opérationnel. Pour discuter de la complexité du travail réalisé auprès de personnes radicalisées (problèmes cliniques) et de l'importance du partage d'informations (problèmes opérationnels), les participants ont étudié différents cas au cours de la réunion. Des descriptions des cas et des exemples d'éléments de discussion abordés par le groupe de participants sont proposés plus bas. Pour terminer, les participants ont aussi discuté du fait qu'il est encore plus difficile de travailler dans un domaine où la stigmatisation est forte. Ils ont donc formulé des recommandations à ce sujet.

Problèmes cliniques

- Le non-respect de la médication et/ou du traitement est courant chez les personnes atteintes de troubles psychotiques. Ceci peut poser problème au niveau du traitement et entraîner un risque. Le fait que les personnes consultent un professionnel de la santé mentale est déjà une victoire car cela veut dire qu'elles suivent la thérapie proposée. En tant que praticien, il est impossible d'avoir une discussion avec une personne atteinte d'une psychose aiguë.
 - On peut essayer d'atteindre la personne en prenant en considération ses délires et ses sentiments. Essayez d'établir le dialogue afin que la personne puisse aussi comprendre et reconnaître ses propres délires.
 - La sensibilisation à la psychologie a pour but de développer les connaissances de la personne et de l'aider à comprendre sa propre situation. Ceci pourrait aider la personne à se sentir plus maîtresse d'elle-même et moins démunie, ce qui pourrait l'inciter à s'impliquer davantage dans la thérapie.
- Il est parfois difficile de réunir des informations sur la maladie, les risques, leurs liens et les signes de rechute. Cette formulation des liens et des risques détermine le parcours thérapeutique proposé.
- Une approche familiale, dans le cadre de laquelle un praticien peut mener un travail de plus longue haleine auprès de la personne présentant des symptômes psychotiques, peut aider à avoir une vision globale de la personne et à connaître ses antécédents en termes de santé mentale. Elle peut aussi contribuer à apporter un soutien adapté à l'individu au quotidien, ou pendant sa réadaptation.

(?) Lim, A., Hoek, H. W., & Blom, J. D. (2014). The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcultural Psychiatry*, 52(1), 18-32. DOI : 10.1177/1363461514543146.

Description du cas

X est un réfugié syrien chrétien de 37 ans qui vit aujourd'hui en Belgique. Sa haine obsessionnelle à l'égard des musulmans est inquiétante. Il a confié à des travailleurs sociaux savoir certaines choses sur les musulmans que personne d'autre ne sait et que ces informations devraient être communiquées aux médias et au maire. Son système de convictions délirantes est le suivant : tous les musulmans, où qu'ils soient, sont liés les uns aux autres et ont une mission commune. Il est un des agents qui voit leur petit jeu et son rôle est de mettre en garde la société belge contre ce phénomène. Un diagnostic a été posé : il est atteint de schizophrénie et d'un traumatisme complexe et a besoin de médication et d'une thérapie. Toutefois, en travaillant avec lui, les praticiens s'exposent à des risques. X boit beaucoup d'alcool seul dans son appartement. Lorsqu'il est agité, il profère des menaces, crie et jette des objets. Il présente un comportement sexuellement transgressif (frustration sexuelle). Cette situation, combinée à son manque de discernement et à son refus de prendre des médicaments, a conduit l'équipe de psychologues qui le suit à cesser de travailler avec lui. Le médecin explique qu'il a besoin de toucher le fond avant de pouvoir être aidé. La plus grande crainte est qu'il devienne dangereux avant d'avoir touché le fond.

Temps forts et recommandations de la discussion sur le cas

- Les différents symptômes de X doivent être formulés de manière précise et spécifique afin de pouvoir établir le lien entre psychose et risques :
 - il peut s'agir d'un lien direct par lequel son système délirant et la perte de contrôle de la menace induisent un risque ;
 - il peut s'agir d'un lien indirect par lequel son isolement, sa singularité sociale et son absence de réactions normales et saines le rendent plus obsédé et font de la psychose le résultat ;
 - il peut aussi s'agir d'autres liens pouvant expliquer le risque, comme le TSA, les problèmes développementaux ou le manque de maturité, qui entraînent le risque.
- C'est une chronologie qu'il convient d'établir, et non un diagnostic. Elle permet d'identifier le comportement de référence de la personne, lorsqu'elle est asymptomatique. Quel est le comportement « par défaut » de X et qu'est-ce qui le fait basculer ?
- Il est important de garder à l'esprit que X présente un **système de croyances délirantes** et qu'il devient très agité lorsque ses idées sont invalidées. En tant que praticien, vous pourriez répondre aux idées qu'il avance en commençant par une validation (« je comprends comment vous pouvez arriver à cette conclusion, Daesh prétend représenter tous les musulmans ») et poursuivre en apportant plus d'informations (« mais statistiquement, ils ont tué beaucoup de musulmans »).
- Être traumatisé peut donner l'impression d'être en danger. Sous l'effet du **traumatisme**, X se dérègle plus facilement et est moins prévisible. Vous pouvez envisager de travailler avec les membres de la famille pour déterminer s'ils répondent différemment au même traumatisme ou s'ils ont des symptômes similaires.
 - En Syrie, où la violence est très importante, certaines de ses idées pourraient ne pas être considérées comme irrationnelles. Ce pourrait être le cas du **préjudice moral**, une forme de traumatisme, dans lequel ses valeurs centrales ont été bafouées. Il a dit que Daesh viendrait là où il vit, détruirait tout et tuerait même les bébés. Il est possible qu'il n'ait pas pu accepter l'idée que cela se produise. Pour certaines idéologies, il peut s'agir d'un facteur incitatif qui corrige les transgressions morales.
- Comparez le patient à ses propres normes culturelles. On ne s'attend pas forcément à ce qu'un Syrien lambda boive seul et n'ait aucune relation sociale. Ceci montre qu'il est plus bizarre que le comportement « par défaut » et que ses croyances étranges sont peut-être présentes depuis longtemps. Sa **consommation d'alcool** peut constituer depuis longtemps déjà une sorte d'automédication.

- Interrogez la famille de X sur ses **troubles neurodéveloppementaux**. En quoi était-il différent de sa famille avant le traumatisme ? S'il était déjà contrarié lorsque d'autres personnes ne comprenaient pas le « savoir spécial qu'il détenait » avant la psychose et le traumatisme, c'est peut-être qu'il présentait un TSA.
 - Lorsqu'une personne présentant un TSA est obsédée par un certain sujet, comme l'injustice, ce sujet peut tourner en boucle dans sa tête. En période de stress, le sujet en question peut la stresser encore plus et elle peut se mettre en quête de preuves pour étayer ses convictions. Cette recherche de preuves peut être effectuée en ligne mais les médias traditionnels peuvent nourrir les obsessions.
 - Les personnes atteintes d'un TSA peuvent avoir du mal à comprendre le point de vue des autres personnes et aiment discuter avec des personnes ayant les mêmes obsessions qu'elles. Par conséquent, il peut être inutile de les contredire. Essayez plutôt de l'aider à changer le monde en faisant appel à la logique et replacez sa théorie dans le contexte (politique). Rendez le monde plus prévisible. Cette approche ne peut pas faire de mal, même lorsque la personne n'a pas de TSA.

Problèmes opérationnels

Plusieurs problèmes opérationnels peuvent se présenter lorsque l'on a affaire à des personnes radicalisées atteintes d'une maladie mentale :

- Le partage d'informations (entre médecins, police, services de justice pénale, services sociaux, immigration) continue de poser problème. Les participants à la réunion étaient d'accord sur le fait que les professionnels de la santé mentale ne doivent informer la police que lorsque la menace est imminente. Toutefois, lorsque les différentes organisations/personnes impliquées n'ont en mains qu'une partie des informations, personne n'a une vision complète de la situation. Par conséquent, il est très difficile de poser le bon diagnostic et de décider à quel moment un risque existe et justifie de partager des informations. Si un praticien n'a pas l'impression que quelqu'un agit de façon anormale ou présente un risque, c'est peut-être qu'il ne possède pas toutes les informations. Ce qu'une personne fait, par exemple, sur les médias sociaux, peut influencer l'évaluation du risque. Ceci met en évidence la nécessité de mettre en place une collaboration plus étroite entre secteur de la santé mentale et sécurité.
- Les praticiens n'appartenant pas au secteur de la santé mentale ne sont pas formés pour poser un diagnostic et détecter les symptômes subtils. Il est important de les former et de les sensibiliser à ces signaux afin qu'ils sachent comment réagir face à des symptômes de troubles mentaux. Lorsque les praticiens de la santé mentale utilisent un jargon clinique, ils doivent être très précis pour les non cliniciens et expliquer à quoi peuvent ressembler les problèmes de santé mentale.
- La psychose est davantage médicalisée que les autres troubles. Par conséquent, on suppose que c'est aux médecins qu'il revient de décider de partager ou non des informations. Les praticiens doivent décider entre eux lorsque des interventions médicales et opérationnelles sont nécessaires.

Description du cas

B, 22 ans, est incarcéré parce qu'il a financé un réseau djihadiste. Il présente une addiction au cannabis, a tendance à répéter les propos tenus par d'autres personnes radicalisées et refuse tout traitement médical. Dans le cadre de sa détention, aucune information sur ses antécédents médicaux ou son entourage familial n'a été communiquée. L'hypothèse a toutefois été émise qu'il pourrait présenter les premiers signes d'une schizophrénie. B a été transféré dans une autre prison où il accepte d'être suivi par un psychologue et un psychiatre, qui ont confirmé les diagnostics de schizophrénie, principalement avec des symptômes négatifs (apparentés à une forme de TSA). Au bout de quelques années, B a presque terminé de purger sa peine et sa libération doit être préparée. Compte tenu des symptômes qu'il présente, il est nécessaire de mettre en place une aide sociale et une mise sous tutelle (il gère mal son argent), mais les membres de l'équipe médicale de la prison ne sont pas tous d'accord pour communiquer son dossier médical aux parties concernées du système judiciaire. De plus, juste avant sa sortie de prison, on apprend que sa mère, chez qui il va aller vivre une fois libéré, est elle aussi atteinte de schizophrénie.

Temps forts et recommandations de la discussion sur le cas

- Il est très difficile d'aider une personne schizophrène présentant principalement des symptômes négatifs (tels qu'affect émoussé, avolition, alogie, asocialité), car les médicaments peuvent ne pas suffire à atténuer les symptômes. La famille a donc un rôle important à jouer pour aider B à se réinsérer à sa sortie de prison.
- Le fait de ne pas partager son dossier (médical) et ses antécédents médicaux pose problème dans ce cas :
 - Il a été plus difficile d'établir une chronologie et de poser le bon diagnostic.
 - Au moment d'évaluer les symptômes de B, il aurait été capital de savoir que sa mère était schizophrène. Cette information indique une prédisposition génétique à la maladie chez lui. Il est possible que B ait subi un traumatisme dans son environnement familial qui a pu déclencher les symptômes de schizophrénie.
 - Cette information est également importante du fait que B a prévu de vivre chez sa mère à sa sortie de prison. Compte tenu de ses symptômes psychiatriques, elle n'est pas en mesure de lui apporter le soutien dont il a besoin. Ceci a un impact sur son projet de réadaptation et de réintégration.
 - Il est nécessaire de partager les informations médicales et psychologiques avant la libération afin de pouvoir apporter une aide psychologique et sociale adaptée à la sortie de prison.
- Les personnes qui sont incarcérées et qui sont radicalisées sont très stigmatisées. Tous les professionnels de la santé mentale ne sont pas habitués ou à l'aise à l'idée d'avoir parmi leurs patients des personnes radicalisées et présentant un trouble mental tel que la schizophrénie. Dans ces conditions, il est plus difficile de proposer un traitement adapté. Il est essentiel de former les professionnels de la santé mentale à la gestion de ce profil de patients.

Stigmatisation

Faire l'objet d'un suivi psychiatrique est stigmatisant, en particulier s'il s'agit d'une psychose. Être stigmatisé par la population empêche les individus de surmonter leur maladie mentale, et c'est encore plus dur lorsqu'un lien est établi entre maladie mentale grave et violence. En tant que praticien (de la santé mentale), tenez compte des points suivants pour éviter de contribuer à la stigmatisation :

- Ne vous focalisez pas uniquement sur la pathologie psychologique et les symptômes : soulignez aussi le rôle joué par les facteurs biographiques et sociaux au niveau du risque. On peut citer en exemple l'échec social dans le contexte de la marginalisation, le manque d'éducation, la négligence médicale ou l'abus de substances.
- Le fait de passer totalement sous silence les troubles psychiatriques liés à la violence n'aide pas non plus. En tant que psychologue ou que psychiatre, ne pas parler de la radicalisation renforce la stigmatisation. Le praticien doit aborder le sujet afin de le nuancer et de pouvoir proposer un traitement adapté.
- Le terrorisme, tout comme les autres délits graves mais rares, peut être associé à l'idée que la personne est « folle » ou « mauvaise », ce qui a pour effet d'engendrer une stigmatisation et de la désinformation sur la maladie mentale.
- La situation s'est améliorée dans ce domaine au cours des dernières années. Les médias ont commencé à davantage parler de comorbidité et la police a joué un rôle dans la sensibilisation des médias à la façon de traiter le sujet, en leur expliquant quand et comment communiquer les informations. Ils leur ont aussi appris à éviter de faire du sensationnalisme lorsqu'ils parlaient d'une personne.
- Lorsque les personnes n'acceptent pas le trouble et ne veulent pas se faire soigner pour éviter d'être stigmatisées, l'extrémisme/terrorisme peut constituer une alternative au traitement psychiatrique.

Suivi

- Cet événement peut être suivi d'un événement organisé conjointement avec RAN Santé mentale et RAN Réadaptation afin de se pencher sur la stigmatisation dont font l'objet les personnes (radicalisées) présentant des symptômes psychotiques. Il permettrait aussi d'étudier l'impact de cette stigmatisation sur le processus de réintégration et de réadaptation d'une personne après sa sortie de prison.
- Le besoin de partager des informations sera abordé plus en détails à l'occasion de l'événement transversal du RAN avec des praticiens, des décideurs et des chercheurs sur le thème de la « Prévention de l'extrémisme violent : responsabilité partagée entre secteur de la santé mentale et secteur de la sécurité »

Pour approfondir

- Capello, N., Oppetit, A., Thompson, C., Cohen, D., & Louet, E. (2022). A clinical and psychopathological approach to radicalization among adolescents. *Frontiers in Psychiatry, 13*, Article 788154.
- Corner, E., & Gill, P. (2015). A false dichotomy? Mental illness and lone-actor terrorism. *Law and Human Behavior, 39*(1), 23-34.
- Misiak, B., Samochowiec, J., Bhui, K., Schouler-Ocak, M., Demunter, H., Kuey, L., Raballo, A., Gorwood, P., Frydecka, D., & Dom, G. (2019). A systematic review on the relationship between mental health, radicalization and mass violence. *European Psychiatry, 56*(1), 51-59.
- Saavedra, J., López, M., & Trigo, E. (2017). Association between violent crimes and psychosis in men serving prisons terms. *Spanish Journal of Psychology, 20*, 1-11.
- Trimbur, M., Amad, A., Horn, M., Thomas, P., & Fovet T. (2021). Are radicalization and terrorism associated with psychiatric disorders? A systematic review. *Journal of Psychiatric Research, 141*, 214-222.
- Al-Attar, Z. (2020). Severe mental disorder and terrorism: When psychosis, PTSD and addictions become a vulnerability. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 31*(6), 950-970.
- Lim, A., Hoek, H. W., & Blom, J. D. (2014). *The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. Transcultural Psychiatry, 52*(1), 18-32.