

ARTICLE EX POST

Groupe cible présentant de multiples problèmes : l'influence des troubles de santé mentale et de la toxicomanie sur les activités de sortie

Synthèse

Face aux personnes à risque, vulnérables à la radicalisation, ou ayant déjà été radicalisées, les praticiens sont confrontés à d'importantes difficultés. Le travail de désengagement est complexe car il fait appel à différentes sphères de la vie personnelle, et exige la coopération et la coordination de praticiens de divers domaines. Toutefois, lorsque l'alcool, la drogue ou l'abus de médicaments font aussi partie de l'équation, lorsqu'une personne présente de graves troubles mentaux, ou les deux à la fois, le travail devient encore plus complexe. Que peuvent faire les praticiens ?

Cet article traite des approches permettant d'aborder les groupes cibles présentant de multiples problèmes. Par où commencer et comment appréhender sa mission lorsqu'elle concerne des individus appartenant à ces groupes ?

Le rôle des troubles de santé mentale et de la toxicomanie dans le processus de radicalisation

Les troubles de santé mentale et la toxicomanie sont étroitement liés, compte tenu de la prévalence élevée de comorbidité entre ces phénomènes (présence simultanée des deux problèmes).¹ La relation entre ces problèmes est extrêmement complexe puisqu'elle varie en fonction du trouble mental d'une part, et de la substance et de la nature de la consommation (abusives) qui en est faite, d'autre part. Bien évidemment, aucune méthode ne peut être appliquée à tous les cas. Différentes hypothèses pourraient expliquer cette comorbidité, comme :

- L'existence de **facteurs de risque communs** conduisant à la survenue des deux troubles : les facteurs de risque peuvent être génétiques, environnementaux, ou les deux. À titre d'exemple, un traumatisme peut être transmis d'une génération à l'autre et contribuer à l'apparition d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie (trauma transgénérationnel) ;
- **Les troubles psychiatriques** constituent un facteur de risque de consommation de drogue et de troubles liés à la consommation de substances ;
- **La toxicomanie** pourrait entraîner le développement d'une maladie mentale, qu'elle soit temporaire (intoxication ou repli sur soi) ou permanente (altération du développement cérébral chez l'adolescent).

Compte tenu de la forte comorbidité entre toxicomanie et troubles de santé mentale, le lien entre les deux doit être pris en compte. Il convient de faire la distinction entre toxicomanie, abus et addiction.

La consommation de drogue implique un usage délibéré et contrôlé, mais on considère qu'il s'agit d'une **toxicomanie** lorsqu'elle entraîne des problèmes immédiats. **L'addiction** implique que la personne a développé une tolérance à la substance. Dans ce cas, la consommation de substance conduit à des problèmes spécifiques tels que dommages cérébraux, repli sur soi et rechute.

Plusieurs études ont évalué la **comorbidité entre consommation de tabac, alcool et drogue d'une part, et la maladie psychotique** dans la population générale². Une étude réalisée par Conway et al (2016)³ a identifié un lien entre troubles mentaux antérieurs et toxicomanie chez les adolescents. Des taux élevés de consommation d'alcool (10,3 %) et de drogues illégales (14,9 %) ont été relevés chez les adolescents présentant des troubles mentaux. L'étude est arrivée à la conclusion que des troubles antérieurs augmentaient le risque de passer au « stade supérieur » en matière de consommation de drogue, c'est-à-dire de l'absence de consommation à la consommation, ou de la consommation à la consommation problématique. De manière générale, les adultes souffrant d'anxiété, de troubles affectifs

¹ EMCDDA, Perspectives on drugs, Comorbidity of substance abuse and mental health disorders in Europe (2016)

² Voir

Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, et al. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. 2005;58(8):668-676; Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication [correction publiée dans *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(7):709]. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-627; Lasser K, Boyd JW,

Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA*. 2000;284(20):2606-2610; Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264(19):2511-2518.

³ Conway, K. P., et al. (2016) Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results from the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 55, Issue 4, pg. 280-288.

et de troubles psychotiques⁴ ont deux fois plus de risques de développer une dépendance à l'alcool et aux drogues. Une autre étude de Hartz et al (2014)⁵ a comparé la consommation de drogues de personnes atteintes de maladies psychotiques graves à celle de la population générale. Elle révèle que les taux d'abus de substances par les personnes souffrant d'une maladie psychotique grave sont beaucoup plus élevés que ceux des personnes atteintes d'une maladie mentale modérée. Parmi les substances prises en compte figuraient le tabac, l'alcool, la marijuana et les drogues récréatives.

Les sections qui suivent s'attachent à déterminer si et comment chacun de ces troubles joue un rôle dans le processus de radicalisation.

Troubles de santé mentale

Le problème de l'identification et de la prise en charge des problèmes de santé mentale a déjà été discuté dans le cadre du Réseau de sensibilisation à la radicalisation (RAN). Le **concept de troubles mentaux** est très large puisqu'il comprend un large éventail de problèmes entraînant des perturbations mineures à sévères de l'humeur, de la réflexion et du comportement d'un individu : pour les besoins de cet article, on considérera que les troubles mentaux incluent les problèmes psychiatriques, comportementaux et cognitifs. La dépression, la bipolarité, la schizophrénie, le syndrome de stress post-traumatique (TSPT) et les troubles du spectre autistique (TSA) en sont des exemples. Toutefois, il convient de noter que les troubles du spectre autistique sont considérés comme un trouble du développement neurologique puisque ses symptômes apparaissent généralement à un très jeune âge.

Ces dernières années, des praticiens impliqués dans la lutte contre la radicalisation ont pointé du doigt un lien potentiel entre santé mentale et radicalisation. Toutefois, des recherches universitaires sur la prévalence de maladies mentales chez les terroristes ont échoué à apporter des preuves claires soutenant cette hypothèse. De fait, des études menées depuis 2012 semblent toutes arriver à la même conclusion : l'absence d'un lien clair entre maladie mentale et terrorisme.⁶ De la même façon, bien que Gill et al (2012) aient suggéré qu'il soit possible d'identifier des « différences discernables entre les sous-groupes »⁷ telles que la probabilité accrue d'antécédent de maladie mentale chez les délinquants ayant commis une seule infraction, les études n'ont identifié aucun lien de cause à effet avec des pathologies particulières. Plus récemment, Corner et al (2016) ont également fait référence à des résultats récents sur la prévalence élevée de troubles de santé mentale chez les terroristes isolés, soutenant que « le trouble mental en tant que variable expliquant le comportement terroriste reste dichotomique » dans les recherches sur le terrorisme.⁸

Traumatisme

Parmi les nombreux types de troubles de santé mentale, **le traumatisme mérite une attention particulière dans le domaine de la recherche criminelle**. Un lien entre syndrome de stress post-traumatique et taux de délinquance et de récidive a été établi, même si cela ne signifie pas nécessairement qu'ils sont unis par un lien de cause à effet⁹. De la même façon, un traumatisme, y compris un traumatisme transmis d'une génération à l'autre, et d'autres

⁴ Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(5):543-552.

⁵ Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, et al. Comorbidity of Severe Psychotic Disorders With Measures of Substance Use. JAMA Psychiatry. 2014;71(3):248-254.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3726

⁶ Heath-Kelly, C, Terrorism, Autism and Mental Illness in the UK Prevent Strategy (2018). Disponible sur : <https://discoversociety.org/2018/06/05/terrorism-autism-and-mental-illness-in-the-uk-prevent-strategy/>

⁷ Gill P, Horgan J., Deckert P., 2013, Bombing Alone: Tracing the Motivations and Antecedent Behaviors of Lone-Actor Terrorists, Journal of Forensic Sciences, Volume 59, Issue 2.

⁸ 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, Taylor & Francis Group.

⁹ RAN HSC, 2018, Le trouble de stress post-traumatique, les traumatismes, le stress et le risque de se tourner vers la violence ou d'y revenir, article Ex-post disponible à l'adresse https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/ran-papers/docs/ran_h-sc_ptsd_trauma_stress_risk_returning_violence_lisbon_10-11_04_2018_fr.pdf

problèmes psychologiques complexes constituent un des nombreux facteurs qui, combinés, peuvent conduire à l'extrémisme violent.¹⁰

Pour comprendre le rôle qu'un traumatisme peut jouer dans le processus de radicalisation, il est important de noter que le traumatisme n'est pas un phénomène statique. Les traumatismes ne doivent pas être compris comme étant un événement du passé, mais plutôt comme un **processus dynamique par lequel la réponse à l'événement traumatique est retardée ou prolongée dans le temps.**¹¹ En fait, une personne souffrant de syndrome de stress post-traumatique peut « revivre » l'expérience traumatique et y réagir comme si elle se produisait de nouveau, entraînant souvent peur chronique et détresse.

Un autre aspect à prendre en compte concernant le traumatisme est la **fenêtre de tolérance**. L'exposition au traumatisme sur une période prolongée peut réduire la fenêtre de tolérance, ce qui peut conduire la personne souffrant de syndrome de stress post-traumatique à adopter un comportement dangereux pour activer des déclencheurs émotionnels. Cette « agression appétitive » est souvent rencontrée chez les anciens combattants qui sont si habitués à la violence qu'ils se mettent à l'apprécier. Ce problème peut être rencontré chez les combattants étrangers revenant de la guerre, qui sont plus susceptibles que la moyenne de souffrir de problèmes mentaux. De la même façon, des preuves montrent que 14 % de la population adulte d'Irlande du Nord souffre de problèmes de santé mentale dus au conflit nord-irlandais¹² et qu'en Croatie, un demi-million d'anciens combattants (11 % de la population) ont développé un syndrome de stress post-traumatique suite à la guerre qui a déchiré l'ancienne Yougoslavie. Ce phénomène est également reflété par le nombre de suicides d'anciens combattants, les taux de suicide dans les deux pays étant si élevés qu'ils ont dépassé le nombre des personnes mortes au combat.

Comme indiqué plus haut, les effets du traumatisme ne se limitent pas à la personne qui l'a subi directement : il peut être transmis des parents aux enfants (traumatisme transgénérationnel). Ce phénomène a fait l'objet de nombreuses recherches depuis qu'il a été identifié chez les petits-enfants de survivants de l'Holocauste. En Europe, une étude sur les anciens combattants croates qui ont survécu aux guerres yougoslaves révèle que 30 % des enfants des anciens combattants atteints de syndrome de stress post-traumatique souffrent d'un traumatisme secondaire, que 10 % des personnes qui ont survécu à un événement traumatisant développeront plus tard des symptômes de stress post-traumatique et que 10 % développeront des troubles du comportement ou des problèmes psychologiques qui perturberont leur comportement.¹³

S'il est impossible d'établir un lien de cause à effet entre traumatisme et radicalisation, des preuves anecdotiques réunies auprès d'individus radicalisés suggèrent que les **groupes extrémistes (religieux et non religieux) ont tendance à exploiter les problèmes mentaux issus d'un traumatisme**. Certains cas d'individus radicalisés en Bosnie mettent par exemple en évidence quelques caractéristiques communes telles que des liens familiaux brisés, des parents abusifs, des individus traumatisés, des cas fréquents de transfert de traumatisme, des problèmes de santé mentale, etc. Ces problèmes n'ayant pas été pris en charge à temps par les professionnels, des groupes extrémistes ont pu tirer avantage des angoisses des individus pour leur offrir réconfort et refuge.

Dans ce contexte, on pourrait être tenté de penser que les traumatismes vécus par les migrants et réfugiés au cours de leur difficile périple à travers l'Europe pourraient se transformer en griefs

¹⁰ Ranstorp, M., 2016, document d'analyse du RAN Les causes profondes de l'extrémisme violent.

¹¹ Ghaffarzadegan, N., Ebrahimvandi, A., Jalali, M. S., 2016, A Dynamic Model of Post-Traumatic Stress Disorder for Military Personnel and Veterans, PLOS ONE (Open Access journal).

¹² Voir : <https://www.cvsni.org/media/1171/towards-a-better-future-march-2015.pdf>

¹³ Boričević-Maršanić et al.(2014). Sekundarna traumatizacija djece veterana oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja, available at <https://hrcak.srce.hr/file/198789>

qui pourraient être exploités par les recruteurs de terroristes¹⁴. Il est en effet vital d'apporter des réponses adéquates aux conséquences de la détresse déclenchée par ces expériences ; d'autre part, accepter automatiquement une telle hypothèse peut être dangereux en raison de la stigmatisation de ces groupes qui pourrait en découler.

Troubles du spectre autistique (TSA)

Le rôle des troubles du spectre autistique en tant que facteur de risque conduisant à la radicalisation n'a pas été autant étudié que les autres troubles de santé mentale, et les conclusions sur son rôle restent incohérentes. Si une étude récente suggère que les personnes présentant des caractéristiques de TSA seraient plus exposées au risque de radicalisation, elle n'établit aucun lien notable entre troubles du spectre autistique et terrorisme.¹⁵ En effet, en dépit des inquiétudes exprimées par les autorités, **l'incidence parmi les individus radicalisés reste très faible**, à savoir environ 1 % au Royaume-Uni, un chiffre cohérent avec l'incidence au sein de la population générale.

L'autisme pourrait toutefois offrir un contexte propice à la radicalisation. Lorsqu'un individu radicalisé est reconnu comme étant autiste, il convient d'évaluer dans quelle mesure les différentes caractéristiques de l'autisme déterminent la trajectoire criminelle et le mode opératoire de l'individu. Dans ce contexte, sept facettes de l'autisme sont particulièrement pertinentes :

- **Des intérêts circonscrits** : les personnes atteintes d'autisme développent généralement un intérêt prononcé pour des sujets particuliers (histoire, politique, technologie), dans lesquels elles s'impliquent inlassablement. Il peut alors arriver qu'elles tombent sur de la propagande extrémiste. Par ailleurs, le développement d'un intérêt circonscrit, par exemple, aux explosifs ou à certaines

organisations terroristes pourrait les conduire à se radicaliser.

- **Un monde imaginaire riche/fertile** associé à une imagination sociale limitée : peut conduire l'individu à reproduire une image ou une histoire vue dans un livre ou sur Internet sans se rendre compte des conséquences. Le caractère limité de l'imagination sociale et de la prise de conscience des conséquences favorise le processus de déshumanisation de l'ennemi, un phénomène souvent exploité par les terroristes pour justifier l'usage de la violence face à l'ennemi ;
- **Besoin d'ordre, de règles, de routine et de prévisibilité** : les explications des extrémistes peuvent apporter une solution ordonnée au chaos qui règne dans le monde, du fait qu'ils prônent des solutions absolutistes ;
- **Tendance à un comportement obsessionnel et répétitif** : une fois qu'une personne atteinte d'autisme a accepté une théorie extrémiste, elle peut devenir obsessionnelle ;
- **Difficultés sociales et de communication** : Internet peut être un refuge pour les autistes, pour qui les interactions sociales sont difficiles à gérer. De plus, leur incapacité à faire la différence entre propagande extrémiste et faits réels peut en faire des cibles faciles pour les groupes radicaux ;
- **Modes cognitifs** : compte tenu de leur « myopie » cognitive (tendance à centrer leur attention sur une seule chose et à ignorer le reste), les visions des extrémistes peuvent avoir du sens pour eux puisqu'elles fournissent une explication claire et dualiste du monde. D'autre part, l'importance du traitement visuel peut les inciter à écrire, dessiner ou conserver des images liées à un groupe ou à une idéologie ; et
- **Traitement sensoriel** : ils peuvent accorder un vif intérêt aux images extrémistes marquantes et apprécier

¹⁴ Voir Ranstorp, M., 2016, document d'analyse du RAN Les causes profondes de l'extrémisme violent, disponible à l'adresse https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/ran-papers/docs/issue_paper_root-causes_jan2016_fr.pdf

¹⁵ Faccini L., Allely, C.S., 2017, Rare instances of individuals with autism supporting or engaging in terrorism, Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour, Vol. 8 Issue: 2, pp.70-82

l'esthétique des armes (elles produisent des lumières vives et font du bruit). Par ailleurs, l'évitement des sensations recherché par les autistes pourrait les conduire à s'enfermer chez eux, leur seul mode de socialisation devenant ainsi le monde virtuel, propice à l'exposition aux idées radicales.

De plus, les groupes radicaux peuvent tirer avantage de la confusion généralement ressentie par les personnes autistes en leur offrant une alternative aux difficultés qu'ils rencontrent.

Toxicomanie

Le lien entre toxicomanie et radicalisation a été étudié à une échelle moindre que les troubles de santé mentale. Pour commencer, un lien est apparu lorsque l'on s'est rendu compte qu'un nombre croissant d'individus radicalisés appréhendés par la police étaient déjà connus pour des délits mineurs, souvent liés à la drogue. Le discours tenu par les recruteurs de terroristes fait souvent référence à ces addictions puisqu'ils leur promettent le pardon pour leurs péchés, notamment concernant la consommation de drogues et d'alcool. De Poot, Sonnenschein et al (2011)¹⁶ ont notamment déterminé qu'au sein des réseaux djihadistes néerlandais, de nombreux individus faisant l'objet d'enquêtes judiciaires étaient d'anciens toxicomanes.

Bien qu'aucune relation n'ait été établie entre consommation de drogues et radicalisation, **le rôle des drogues et autres substances addictives (telles que l'alcool) dans le processus de radicalisation doit être considéré en raison de leur lien à plusieurs niveaux avec la violence.** La violence est un des effets secondaires des drogues et de l'alcool. Le fait que les substances psychoactives déclenchent un comportement violent n'est un secret pour personne. C'est la raison pour laquelle certaines substances sont

utilisées délibérément par les groupes extrémistes dans le cadre des processus de lavage de cerveau ou pour inciter leurs membres à la violence. L'État islamique a par exemple utilisé de la fénéthylline, un activateur cognitif favorisant la violence, pour augmenter les agressions.

La prévalence de la consommation et de l'abus de substances chez les individus radicalisés va bien au-delà de leur capacité à déclencher un comportement violent. On a pu observer que la consommation de drogue (principalement du cannabis) est très répandue chez les individus radicalisés et qu'une forte consommation d'alcool est associée aux extrémistes de droite. Des preuves claires **montrent également que les combattants terroristes étrangers consomment également d'autres drogues**, notamment le tramadol (un analgésique opioïde autorisé par la loi)¹⁷ et le captagon (également appelé « drogue des djihadistes », une substance similaire aux amphétamines mais aux effets plus modérés). Des preuves anecdotiques recueillies auprès d'individus radicalisés de Bosnie montrent aussi que dans l'ancienne Yougoslavie, **toxicomanie et traumatisme vont parfois de pair.** L'usage que font les groupes radicaux d'Internet est important car ils créent des pages thématiques pour inciter à la consommation de certaines substances, une pratique qui peut s'avérer très efficace en raison de l'influence majeure de l'entourage au sein de ces groupes.

La toxicomanie est considérée comme une maladie mentale, également associée à d'autres problèmes mentaux tels qu'une autosuffisance altérée. Elle affecte également le fonctionnement du cerveau, en particulier à l'adolescence (lorsque le cerveau est encore en train de se développer). Il convient de noter que seules les substances ayant un effet excitant (amphétamines, cocaïne, ecstasy, caféine) et calmant (opioïdes, cannabis, alcool) peuvent entraîner une dépendance. Les substances psychédéliques (LSD, kétamine, peyote) ne sont pas addictives, mais elles peuvent déclencher un comportement violent.

¹⁶ C.J. De Poot, & A. Sonnenschein et al. (2011) Jihadi terrorism in the Netherlands. A description based on closed criminal investigations. The Hague: WODC & Meppel: Boom Juridische

¹⁷ En novembre 2017, les autorités italiennes ont intercepté 24 millions de cachets de tramadol destinés aux combattants de l'État islamique en Syrie.

Les implications des troubles de santé mentale et de la toxicomanie dans les activités de sortie

Dans la plupart des pays, la toxicomanie étant considérée comme une maladie mentale, elle est généralement traitée par les professionnels de la santé mentale. La radicalisation, par contre, est généralement prise en charge par les travailleurs sociaux, bien que dans certains pays (tels que le Royaume-Uni), les professionnels de la santé mentale aient pour mission d'identifier les signes de la radicalisation et de signaler ces cas dans le cadre des efforts de prévention.¹⁸

Difficultés

Face à des individus qui cumulent les problèmes, **les individus impliqués dans les activités de sortie rencontrent de nombreuses difficultés**. Du point de vue de la santé mentale, ils n'ont pas accès à un **traitement psychiatrique** adapté compte tenu de la longueur des listes d'attente dans certains pays, du coût élevé des soins spécialisés et du niveau limité voire inexistant de coopération entre professionnels et spécialistes. Ils manquent aussi parfois de la formation et des connaissances spécialisées requises pour faire face à ces cas. Il arrive aussi qu'ils ne soient pas informés des outils disponibles au niveau local pour garantir une approche structurée.

Parallèlement, la **coexistence entre toxicomanie et problèmes de santé mentale** peut ralentir ou même compromettre le processus de déradicalisation. L'expérience acquise dans des domaines adjacents, notamment concernant les différents cultes, montre que certains groupes radicalisés ont tendance à rejeter la médication traditionnelle sur la base d'idées et théories non scientifiques. Ce facteur rend encore plus complexe la mise en place de stratégies de sortie auprès d'une personne radicalisée qui, en plus, a besoin d'être soignée. En outre, lorsqu'ils doivent décider de la marche à suivre, les praticiens doivent généralement

prendre des décisions sur la base d'informations extrêmement limitées.

Enfin, le **contexte** pose aussi parfois problème : certains agents de sortie travaillent en milieu carcéral ou dans le cadre d'une liberté surveillée, ou interviennent à un certain stade de la procédure judiciaire. Ce contexte pourrait avoir une influence négative sur le comportement des individus. Ils pourraient par exemple se montrer moins honnêtes ou dissimuler des informations.

Approche des individus radicalisés présentant plusieurs problèmes

Toute approche visant à aborder des individus radicalisés qui cumulent plusieurs problèmes doit être **exhaustive**. Certains praticiens considèrent que, pour réussir, le travail de sortie doit couvrir simultanément tous les domaines pertinents (médical, social, légal, etc.). La prise en charge d'un seul problème peut s'avérer contreproductive étant donné que ces problèmes peuvent se renforcer mutuellement. Par exemple, une personne tentant de se soustraire à un environnement radicalisé peut ressentir de la peur et du désespoir, ce qui peut l'inciter à consommer de la drogue. Par conséquent, lorsque l'on a affaire à une personne présentant plusieurs problèmes, savoir comment remédier à un problème ou trouble ne suffit pas. Certains praticiens expriment toutefois leur désaccord sur ce point : certains préfèrent s'attaquer à un problème à la fois sans pour autant perdre de vue les problèmes 'non prioritaires'.

L'adoption d'une stratégie complète exige **une approche multi-institutionnelle** et une communication régulière entre les différents professionnels impliqués. Disposer d'une définition claire des rôles et des canaux de communication aide à surmonter certains obstacles. Tous les praticiens de la prévention de la radicalisation rencontrent le même problème, à savoir le partage de données et d'informations sur les patients avec les autres praticiens avec lesquels ils travaillent dans le cadre d'une approche multi-institutionnelle. Tout problème du même ordre doit être clarifié par les praticiens au début de la relation de travail

¹⁸ À cette fin, le gouvernement britannique a mis en place des directives visant à les aider à remplir cette obligation. Voir : Réseau de sensibilisation à la radicalisation

afin d'éviter tout malentendu ultérieur.

Concernant la sortie, une **communication régulière** entre les praticiens permettrait aux travailleurs sociaux et aux professionnels de la santé mentale d'obtenir une vision plus large et d'identifier les causes profondes du ou des problèmes. L'incapacité à identifier les causes profondes fait depuis toujours obstacles aux efforts des travailleurs sociaux pour obtenir des résultats auprès des personnes ayant subi un traumatisme, car ils n'ont pas une vision complète de la situation et ont tendance à se focaliser sur le comportement répréhensible.

Cet effort de communication devrait aller de pair avec la **sensibilisation et la formation** de tous les acteurs impliqués, y compris des professionnels de la santé mentale, des travailleurs sociaux, des forces de l'ordre et même de l'entourage. Il est, par exemple, nécessaire de mettre en place une politique de soin adaptée au traumatisme. La prise de conscience du traumatisme doit donc faire partie des compétences essentielles enseignées à tous les individus travaillant avec les enfants rapatriés, mais aussi avec les réfugiés, les anciens combattants, les combattants terroristes étrangers, etc.

Le traitement spécifique dépendra alors des circonstances inhérentes à chaque cas et devra donc être évalué au cas par cas. À titre d'exemple, bien que le bien-fondé de la thérapie cognitivo-comportementale ait été décrit par certains,¹⁹ elle a prouvé son efficacité pour aider des d'enfants et leurs familles à surmonter leurs difficultés liées au traumatisme.²⁰ Pour ce qui est des addictions, différentes possibilités de traitement peuvent être proposées selon les circonstances particulières (contexte, état psychiatrique ou somatique, type d'addiction, motivation ou absence de motivation et autres problèmes rencontrés par le patient). L'adoption de certains aspects des

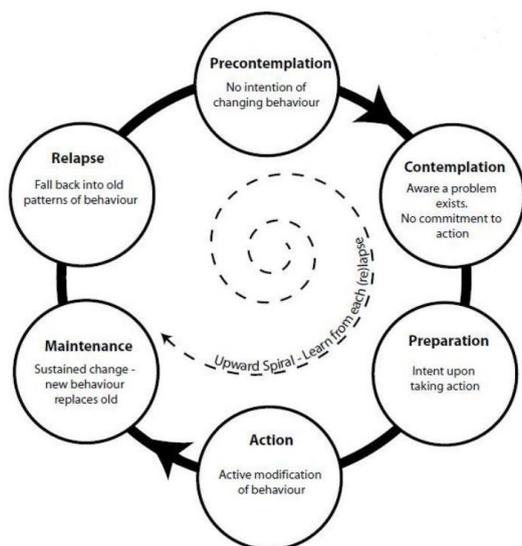
thérapies de lutte contre les dépendances s'est avérée utile dans la prévention de la radicalisation et le travail de sortie, tels que :

- **Entretien motivationnel** : élément clé des traitements contre les addictions, cette technique s'attache à établir une relation de confiance avec le patient et à stimuler sa capacité à changer. L'entretien motivationnel exige de combiner attitude empathique, questions ouvertes, écoute réflexive, acceptation de l'ambivalence, discours-changement, et assistance pour identifier les solutions, dans le but d'aider le patient à s'approprier le traitement (voir Figure 1)
- **Approche de soutien communautaire** , qui s'est avérée efficace dans le traitement de l'alcoolisme et d'autres formes de dépendance. Cette approche exige l'implication de l'entourage du patient, notamment de sa famille. L'implication des familles et de l'entourage social du patient est une méthode associée à différents cas dans le travail de sortie, mais pas uniquement dans un contexte de toxicomanie et de dépendance.

¹⁹ Weillböck, H., 2016, Confronting the counter-narrative ideology. Embedded face-to-face prevention – and youth (media) work.

²⁰ Steel, M., Malchiodi, C.A., 2010, Trauma Informed Practice with Children and Adolescence, Routledge, New York.

Figure 1 : Le modèle Stades du changement adapté à l'entretien motivationnel



Source : Établi par Jellinek Amsterdam à partir du modèle de Prochaska et Di Clemente (2002)

Les points à aborder en priorités doivent être déterminés **au cas par cas**. On a par exemple observé que les combattants terroristes étrangers de retour en Europe ont parfois honte d'avoir consommé des amphétamines et d'autres drogues récréatives. Dans un cas tel que celui-ci, où le cerveau peut être perturbé par la consommation de drogues, il peut être préférable de demander à un psychiatre d'analyser les risques de psychose puis de régler ensuite les autres problèmes. La définition de priorités parmi les besoins est toutefois contestée par certains praticiens qui considèrent qu'essayer d'identifier le besoin le plus urgent est contreproductif et que tous les besoins doivent être pris en charge simultanément.

Étude de cas source : communiquée par un participant à la réunion.

Étude de cas : un patient présentant plusieurs problèmes

Voici un exemple de cas anonymisé de patient présentant plusieurs problèmes, issu de l'expérience de praticiens des secteurs du travail de sortie et des soins médicaux.

Un psychiatre s'apprête à diagnostiquer une schizophrénie chez un jeune homme de 25 ans lorsque le père de celui-ci mentionne la sensibilité de son fils aux environnements extrémistes islamiques. Le jeune homme de 25 ans présente en effet des signes susceptibles de le rendre vulnérable à la radicalisation : récemment converti à l'Islam, il a coupé les ponts avec ses amis et arrêté tous ses loisirs. Il a également abandonné ses études.

L'approche adoptée avec cette personne s'appuie sur les techniques d'entretien motivationnel et de soutien communautaire (voir ci-dessus). Pour commencer, le psychiatre ayant diagnostiqué la schizophrénie a contacté la communauté locale pour faire part des préoccupations du père du patient. La communauté locale désigne un tuteur chargé d'accompagner le jeune de 25 ans et met en place des séances de thérapie avec un psychologue rompu aux troubles de schizophrénie.

Le rôle du tuteur est d'aider le jeune homme à organiser sa vie quotidienne autour d'un emploi et d'autres activités constructives. Parallèlement, le tuteur aide le jeune homme à exprimer ses inquiétudes, ses difficultés et ses convictions, notamment d'ordre religieux.

Les tuteurs qui doivent remplir ce type de mission rencontrent plusieurs difficultés : d'une part, le tuteur devra définir une méthode d'approche du patient en tenant compte du diagnostic de sa maladie mentale et rédiger un rapport, d'autre part il devra anticiper l'impact des difficultés de la situation sur la mission. Par ailleurs, le tuteur doit identifier les personnes et éléments susceptibles de l'aider dans son travail auprès de la personne, les praticiens impliqués dans ce type de mission étant soumis à une charge psychologique importante. Parmi les difficultés rencontrées, on trouve : les informations limitées disponibles sur la personne et son passé ; l'impact que la schizophrénie pourrait avoir sur l'établissement d'une relation de confiance ; le devoir de confidentialité vis-à-vis du client ; l'impact du diagnostic et de la médication sur la personne et la relation avec son tuteur ; le travail avec la famille, en tenant compte des tensions passées entre le père et le fils.

Enfin, dans le cas de personnes présentant un trouble du spectre autistique, le travail de sortie pose une difficulté supplémentaire étant donné que les sept facettes exposées ci-dessus ont des implications au niveau de l'approche à adopter :

- Intérêts circonscrits : les praticiens doivent gérer ces intérêts et permettre à la personne d'y penser et d'en parler tout en l'aidant à faire la distinction entre les variantes dangereuses et inoffensives. Ces intérêts peuvent également être exploités de manière incitative et en tant que récompense.
- Monde imaginaire riche/fertile associé à une imagination sociale limitée : un monde intérieur peut être un mécanisme de survie et doit donc être exploité dans le cadre de la rééducation, par exemple par le biais de livres et d'un monde imaginaire.
- Besoin d'ordre, de règles, de routine et de prévisibilité : les praticiens doivent en tenir compte dans leur traitement (plannings prévisibles, explication des règles, etc.).
- Tendance à un comportement obsessionnel et à la répétition : les obsessions saines doivent être tolérées et les fixations doivent être gérées en identifiant des exutoires sains ou en mettant en place des stratégies visant à éviter toute mise en danger.
- Difficultés sociales et de communication : les praticiens doivent inciter la personne à s'ouvrir aux autres et trouver des opportunités de développer des liens sociaux au sein de la zone de confort de l'individu.
- Modes cognitifs : les interventions doivent être adaptées aux difficultés et facultés cognitives pour aider l'individu à élargir sa vision des choses.
- Traitement sensoriel : il convient de recourir aux récompenses sensorielles pour susciter de nouveaux intérêts. En outre, si des images extrémistes ont une valeur sensorielle, il est important d'évaluer s'il existe un moyen inoffensif d'en tirer satisfaction. Si ce n'est pas le cas, il faut alors chercher des solutions de substitution tout aussi satisfaisantes.

Conclusions

comorbidité entre toxicomanie et maladie mentale représente un véritable défi pour les praticiens médicaux et les systèmes de santé nationaux. Les praticiens possèdent rarement l'expertise particulière nécessaire pour traiter simultanément les deux problèmes. Pour aider les patients atteints d'une maladie mentale et présentant une addiction, il est nécessaire de mettre en place des procédures et processus de coopération efficaces.

La situation est encore plus complexe lorsque le patient est aussi **radicalisé et inscrit à un programme de désengagement**. De par sa nature, le travail de sortie exige la coopération de plusieurs praticiens appartenant à différentes organisations. Si l'individu est toxicomane et atteint d'une maladie mentale, en particulier de troubles psychotiques graves, le travail effectué en collaboration par les différentes agences doit être extrêmement efficace pour réussir. Un des principaux problèmes rencontrés par les personnes impliquées dans les activités de sortie est de trouver des soins spécialisés que leurs patients peuvent recevoir parallèlement au travail de sortie. D'autre part, faute de soin spécialisé prodigué en parallèle, le travail de sortie peut être inutile, voire contre-productif. Néanmoins, le patient ne peut être laissé livré à lui-même et sans traitement. Les praticiens impliqués dans les activités de sortie doivent parfois gérer des situations complexes dans lesquelles ils doivent déplacer des montagnes alors qu'ils ne possèdent pas forcément la formation requise dans le domaine concerné.

Si les praticiens ne sont pas tous d'accord sur la façon d'appréhender des situations similaires, ils s'accordent généralement à dire que quel que soit le traitement suivi, **tous les patients (qu'ils soient atteints d'une maladie mentale, présentent une addiction et/ou soient radicalisés) exigent de faire preuve de patience et d'adopter une approche humaniste.**