

RAPPORT FINAL

Étude médico-psychologique des adolescents radicalisés confiés à la PJJ en France

**Mesure comparée de la prévalence psychiatrique, de l'empathie, de la suicidalité et de
la maltraitance infantile chez les mineurs poursuivis pour association de malfaiteur
en vue d'une entreprise terroriste**

PSY-R-PJJ

Avril 2021

Pr Guillaume BRONSARD

Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, CHRU de Brest, dép. de Sciences Humaines et Sociales et EA7479 de l'UFR médecine et santé UBO, Brest et EA3279 (CEReSS, AMU)

Pr Laurent BOYER

Médecin de Santé Publique, CHRU de Marseille, EA3279 (CEReSS, AMU)

Investigateurs associés : Nicolas **CAMPELO** (psychologue-chercheur, APHP, Artémis) ; Dr Aurélien **VARNOUX** (pédopsychiatre, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Région Ile-de-France) Dr Marc-Antoine **PODLIPSKI**, (pédopsychiatre, CHU de Rouen)

Attachée de Recherche Clinique Coordinatrice : Issaga DIALLO BOGREAUX (APHP)

Remerciements

Nous tenons à remercier la Direction Nationale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DNPJJ) pour son accompagnement permanent et efficace au cours de la recherche.

Les adolescents qui se sont largement impliqués ainsi que leurs parents qui ont permis les rencontres.

Les directeurs, les responsables d'unité, les professionnels de l'administration pénitentiaires et les éducateurs des UEMO dont les actions et le soutien ont été décisifs pour l'inclusion des adolescents et notre insertion ponctuelle dans la dynamique institutionnelle.

Comité scientifique :

1. Pr Guillaume Bronsard (pédopsychiatrie, Brest)
2. Pr Pascal Auquier (Santé Publique, Marseille),
3. Pr Michel Botbol (Pédopsychiatrie, Brest),
4. Pr Laurent Boyer (Santé Publique, Marseille),
5. Luc-Henry Choquet (Sociologue du droit, Direction Nationale Protection Judiciaire de la Jeunesse/SACN/Pôle recherche),
6. Pr David Cohen (Pédopsychiatrie, Paris-Pitié-Salpêtrière),
7. Pr Angèle Consoli (Pédopsychiatrie, Paris-Pitié-Salpêtrière),
8. Pr Marie-Rose Moro (Pédopsychiatrie, Paris-Cochin),
9. Pr Jean-Philippe Raynaud (Pédopsychiatrie, Toulouse),
10. Dr Patricia Suter (Pédopsychiatrie, Protection Judiciaire de la Jeunesse PACA),
11. Dr Aurélien Varnoux (Pédopsychiatrie, Protection Judiciaire de la Jeunesse Ile de France),
12. Pr Priscille Gerardin (Pédopsychiatre, Rouen),
13. Dr Rameth Radjack (Pédopsychiatre, Paris-Cochin),
14. Dr Vincent Belloncle (Pédopsychiatre, Rouen),
15. Dr Maude Ludot (Pédopsychiatre, Paris-Cochin),
16. Pr Maurice Corcos (Pédopsychiatre, Institut Mutualiste Montsouris, Paris),
17. Dr Marie-Aude Piot (Pédopsychiatre, Institut Mutualiste Montsouris, Paris),
18. Pr Françoise Neau, EA 4056 Université Paris Descartes.

Comité de pilotage

Mmes Delphine Bergère et Angèle Roisin (Direction Protection Judiciaire de la Jeunesse/MNVI),

Pr Guillaume Bronsard

Dr Nicolas Campelo

Mme Issaga Diallo

Financements et contributions institutionnelles

AP-HP

ARTEMIS (Groupe SOS)

ARS Bretagne

ARS Normandie

Table des matières

I.	Introduction : Contexte et objectif	8
II.	Méthodes et procédures	12
	1) Méthode.....	13
	2) Critères d'inclusion	13
	3) Population étudiée	13
	4) Préparation des professionnels, enquêteurs et coordination.....	14
	5) Outils de recueil des données.....	14
	6) Circuit des données.....	19
	7) Saisie et traitement automatisés des données	19
	8) Stockage et gestion des archives papiers et informatiques.....	20
	9) Analyses statistiques.....	20
	10) Autorisations et aspects éthiques.....	21
	11) Loi informatique et libertés	21
	12) Confidentialité	22
III.	Résultats	23
	1) Résultats de l'étude portant sur les adolescents poursuivis pour AMT	24
	1.1 Déroulé général de l'étude	24
	1.2 Représentativité des adolescents inclus.....	25
	1.3 Faits qualifiants l'AMT	25
	1.4 Religiosité.....	26
	1.5 Motifs de l'engagement idéologique	26
	1.6 Scolarité et projets personnels	26
	1.7 Prévalence des pathologies psychiatriques	27
	a) Taux de prévalence bruts, trouble par trouble	27
	b) Taux cumulés des prévalences des pathologies psychiatriques	28
	1.8 Caractéristiques psychologiques.....	28
	a) Suicidalité.....	28
	b) Impulsivité	29
	c) Empathie	29
	d) Attachement.....	29

e) Estime de soi	29
f) Raisons de vivre.....	29
g) Hostilité (Buss-Durkee):	30
h) Coping.....	30
i) Personnalité borderline	31
j) Estimation du niveau intellectuel	31
1.9 Antécédents socio-judiciaires (Questionnaire socio-démographique)	32
1.10 Exposition aux expériences adversives de l'enfance (ACE)	32
1.11 Synthèse des Caractéristiques des adolescents poursuivis pour AMT ..	33
2. Comparaison entre les adolescents poursuivis pour AMT et les adolescents placés en CEF.....	35
2.2 Scolarité et projets personnels	35
2.3 Prévalence des pathologies psychiatriques	36
a) Taux de prévalence bruts, trouble par trouble	36
b) Taux cumulés des prévalences des pathologies psychiatriques	37
2.4 Caractéristiques psychologiques.....	37
a) Suicidalité	37
b) Impulsivité	38
c) Empathie	38
d) Attachement.....	38
e) Estime de soi	39
f) Raisons de vivre.....	39
g) Hostilité :	39
h) Coping.....	39
i) Personnalité borderline	41
j) Estimation du niveau intellectuel	41
2.5 Antécédents socio-judiciaires et médicaux (Questionnaire socio-démographique).....	42
2.6 Exposition aux expériences aversives de l'enfance (ACE).....	43
2.7 Synthèse de la comparaison entre adolescents placés en CEF et adolescents poursuivis pour AMT.....	43
IV. Discussion.....	46
1) Discussion des résultats.....	47

1.1	Prévalence des troubles psychiatriques, de la suicidalité et de l'empathie chez les adolescents poursuivis pour AMT	47
1.2	Ce que la comparaison avec les adolescents placés en CEF nous apprend des adolescents poursuivis pour AMT	48
1.3	Synthèse.....	49
2)	Limites.....	50
3)	Considérations générales	51
4)	Synthèse générale et recommandations.....	54
V.	Bibliographie.....	56
VI.	Annexes	62
1)	Courrier avis favorable CPP.....	63
2)	Courrier de la PJJ	64
3)	Notice d'information adressée aux parents	65
4)	Notice d'information adressée aux adolescents	68
5)	Note complémentaire sur le déroulement de l'étude.....	70
6)	Grille d'entretien semi-structuré « radicalisation ».....	72
7)	Grille de cotation « radicalisation »	77
8)	Questionnaire socio-démographique.....	81
9)	Liste synthétique des questionnaires utilisés	83

I. Introduction : Contexte et objectif

L'état psychique et le profil psychologique des individus radicalisés (fanatiques, sympathisants ou ayant commis des actes violents de nature terroriste) est étudié ponctuellement depuis de très nombreuses années en particulier dans un cadre médico-légal, mais aussi pour mieux comprendre et éventuellement prévenir des actes à retentissement majeur sur la population et les politiques.

Depuis les attentats du 11 septembre 2001, des études cliniques et épidémiologiques menées directement auprès d'individus radicalisés, le plus souvent adultes, incluant ceux ayant commis des actes terroristes se sont développées par des méthodes scientifiques plus systématisées (Bénézech & Estano, 2016), et grâce à une plus grande visibilité de ces individus. Des sous-groupes psycho-comportementaux très différents sont apparus et ont été intitulés : « sympathisants », « activistes », « leader charismatique », « soldat agissant sur ordre », « loup solitaire », etc...

Les nombreux résultats et analyses ne permettent cependant pas d'extraire des profils psychologiques pathologiques, principaux et réguliers. Il existe à la fois une grande hétérogénéité des profils mais la pathologie mentale avérée apparaît rare et c'est finalement un « profil normal » qui est le plus fréquemment mis en avant (Turvey, 2002), même si une tonalité paranoïaque est largement signalée dans toutes les catégories (Bénézech & Estano, 2016). Seul le groupe des « loups solitaires » fait apparaître des prévalences significativement importantes de troubles mentaux (Corner & Gill, 2015).

En France, le Centre de Prévention contre les Dérives Sectaires liées à l'Islam estime en revanche à 40% les antécédents de dépression dans la population radicalisée étudiée dans ce cadre, désignée par son entourage. Toutefois il ne s'agit pas d'une étude de prévalence psychiatrique *stricto sensu*, mais d'une estimation déclarative (Bouzar & Martin, 2016).

Les adolescents mineurs représenteraient une partie significative des personnes radicalisées ou en cours de radicalisation. Le même rapport indique que 20% d'entre eux ont moins de 18 ans, correspondant au pourcentage des mineurs signalés en 2016 au dispositif *Stop-Djihadisme.gouv*.

Si certaines caractéristiques médico-psychologiques ont été étudiées chez des individus radicalisés adultes, nous n'avons pas retrouvé d'étude spécifique concernant les adolescents mineurs. Or la période de l'adolescence est associée à des particularités psychopathologique et environnementale notoires induisant que les connaissances issues des études concernant les adultes ne sont pas transposables.

C'est pourquoi nous avons souhaité, au travers de cette étude, examiner certaines caractéristiques issues du champ médico-psychologique chez les adolescents radicalisés :

- La prévalence des troubles mentaux, permettra de connaître d'éventuelles spécificités morbides de cette population particulière, en connaissant les taux de chaque catégorie pathologique et l'association de plusieurs d'entre elles.
- L'empathie correspond aux réponses affectives aux émotions et aux situations d'autrui, et notamment la capacité au partage du ressenti émotionnel. L'empathie d'adolescents mettant ou envisageant de mettre en place des actions visant à blesser ou à détruire autrui pourrait être perturbée ou défaillante. L'étude de l'empathie sera utilement complétée par celle du profil d'attachement, tel que décrit par Bowlby dans les années 1950. L'attachement est largement perturbé chez les individus présentant des conduites d'agression durable (Bowlby et al., 1988) et est mesurable par des outils actuels. Ces deux entités décrivent des éléments objectivables de la relation à l'autre.
- Enfin les risques objectifs de mort violente ou de blessure grave de l'individu radicalisé lui même pendant, au cours ou au décours de la réalisation d'un acte terroriste (réponse des forces de l'ordre, sacrifice par explosion) ou au combat dans des secteurs de guerres (Front syrien etc....), amènent à la question de la dépressivité apparente ou masquée et de la conduite suicidaire. Cette dimension complexe peut être étudiée par plusieurs sous-dimensions : suicidalité, dépressivité, raisons de vivre et perte d'espoir dont les échelles sont traduites en français (Labelle et al., 2015).

Ces différents éléments ont pu être comparés avec les données médico-psychologiques de même nature concernant le public d'adolescents au profil délinquant « tout venant » grâce à une recherche précédemment menée également en partenariat avec la PJJ et visant à évaluer les caractéristiques d'adolescents accueillis en CEF (Bronsard & Boyer, 2019).

Les données issues de cette étude pourront déterminer l'intérêt de la mise en place de dépistage et de traitement particulier, d'intervention précoce et de la modification spécifique de la prise en charge globale d'adolescents judiciairisés pour AMT par les dispositifs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

Les adolescents concernés par cette étude ont tous été confiés au service de la Protection Judiciaire de la Jeunesse par jugement. Ce service du ministère de la Justice a en charge la protection et l'accompagnement des mineurs confiés au cours de leur détention (ou son alternative). L'analyse de leur état psychologique, du fonctionnement familial et l'exploration de leur état de santé font partie intégrante et explicite des missions de la PJJ auprès de l'adolescent et de sa famille. Elles sont menées par les équipes éducatives et les professionnels de santé de la PJJ (médecins, IDE, psychologues). La démarche exploratoire concernant les caractéristiques psychologiques des adolescents proposée dans cette étude entre dans les missions habituelles de la PJJ. De ce fait, il n'y a pas eu de modification significative du cours de leur placement lors de leur inclusion.

L'implication de la PJJ à toutes les étapes du projet a permis d'obtenir les autorisations administratives et légales et de veiller à l'information des différentes administrations impliquées (Direction de l'Administration Pénitentiaire, Parquet Anti-Terroriste de Paris, Tribunal pour Enfant), et d'assurer le lien avec la famille.

L'objectif de cette étude a été d'étudier certaines caractéristiques médico-psychologiques (prévalence des troubles mentaux, suicidalité et empathie) des adolescents radicalisés confiés à la PJJ en France.

II. Méthodes et procédures

1) Méthode

Les données recueillies au cours de cette étude sont issues de l'utilisation de questionnaires et échelles validés et d'usage courant en psychologie clinique ou expérimentale, remplis par un professionnel formé, en face à face avec l'adolescent ou sous forme d'auto-questionnaire. Les rencontres avec l'adolescent ont eu lieu en prison, dans des institutions d'alternative à l'incarcération ou dans le cadre d'une liberté surveillée auquel cas la rencontre a eu lieu dans les locaux de l'Unité Educative en Milieu Ouvert (UEMO) de la PJJ. Ces rencontres ont eu lieu sur tout le territoire français. L'entretien mené auprès de chaque adolescent a été réalisé par les investigateurs. La durée de participation par adolescent était de 2 heures en moyenne.

2) Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude, tous les adolescents mineurs de plus de 13 ans en Janvier 2018 confiés à la PJJ, condamnés ou mis en examen pour « Association de Malfaiteurs en vue d'une entreprise Terroriste (AMT) ». Cette caractéristique a été estimée comme le critère le plus objectivable pour constituer un groupe d'adolescents dits « radicalisés » repérable et accessible.

3) Population étudiée

Le groupe des adolescents (13-17ans) mis en examen ou condamnés pour association de malfaiteur en vue d'une entreprise terroriste (AMT) a été étudié dans son ensemble. Il correspond aux mineurs effectivement poursuivis ou condamnés au moment du début de l'étude et de ceux qui l'ont été au cours de la période d'inclusion.

Lorsque l'inclusion des adolescents concernés par cette mise en examen a pu débuter, en Janvier 2018, 34 sujets répondaient aux critères sur le territoire français. 3 ont été relaxés au cours de la recherche et en ont donc été retirés. 16 ont refusé de participer à l'étude. Nous avons pu inclure et recueillir les données complètes de 15 sujets. Même si l'échantillon peut paraître faible, il représente la moitié d'une

population marginale d'adolescents français concernés par une judiciarisation pour AMT en Janvier 2018.

4) Préparation des professionnels, enquêteurs et coordination

La préparation de l'ensemble du personnel de la PJJ en charge de ces adolescents est apparue nécessaire pour permettre la mise en place d'une telle étude.

La diffusion de l'information auprès de tous les acteurs de terrain et l'organisation de réunions préalables avec chaque structure d'accueil (centre de détention, CEF ou UEMO) ont été préparées avec l'administration centrale de la PJJ puis régionale. Les psychiatres, psychologues et infirmières de la PJJ au niveau central, régional et local (pôle santé) ont pu être impliqués s'ils le souhaitaient dans l'organisation pratique qui a cependant nécessité des adaptations dans chaque région voire chaque structure concernée.

Les questionnaires ont été passés par les investigateurs associés et l'ARC, mais dans certains cas, psychologues ou éducateurs de la structure d'accueil du jeune ont été formés spécifiquement à l'utilisation des questionnaires et accompagnés par l'équipe porteuse de l'étude.

5) Outils de recueil des données

5.1. Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire socio-démographique construit par l'équipe de recherche est complété par des informations issues de l'entretien de recherche ou du dossier éducatif du sujet : âge, description de la famille (fratrie, parenté), antécédents médicaux (suivis préalables, hospitalisations et motifs, prise régulière de médicaments), médico-sociaux (admission en ITEP (institut thérapeutique éducatif et pédagogique), IME (Institut Médico-Éducatif), niveau scolaire (dernier niveau connu, redoublement, scolarité adaptée), suivis sociaux (AEMO (Assistance Éducative en Milieu Ouvert) et placements ASE (Aide Sociale à l'Enfance) (cf. questionnaire « socio-démographique » en annexe).

5.2. Diagnostics psychiatriques :

Pour permettre une évaluation diagnostique psychiatrique selon les critères du DSM-IV et de la CIM 10, la MINI KID.2 a été passée aux adolescents sous forme d'un questionnaire en face à face.

Le Trouble de Personnalité Limite (TPL) a été évalué par l'Ab-DIB (Abbreviated-DIB) (J. M. Guilé et al., 2009). Cet auto-questionnaire rempli par le jeune de 12 à 21 ans couvre les composantes affectives, cognitives et impulsives du TPL. Il présente une très bonne fiabilité et une bonne validité convergente avec le DIB-R. Le DIB-R est un instrument développé par Gunderson et son équipe qui est utilisé internationalement dans de nombreuses études sur les TPL, y compris chez l'adolescent. Il a été adapté pour l'identification des TPL dans la population adolescente. Utilisé dans une étude récente en population québécoise, il a montré un très bon accord interjuge (corrélations intra-classes entre 0,96 et 0,99 pour la cote totale) (J. M. Guilé et al., 2003). On dispose de normes en population clinique francophone permettant le dépistage du trouble.

Une éventuelle déficience intellectuelle a été évaluée à l'aide du subtest Matrices de l'échelle d'évaluation de la WAIS-IV (>15 ans) et de la WISC-IV (<17 ans) en fonction de l'âge de l'adolescent. La passation de tous les subtests de cette échelle d'évaluation de l'intelligence est longue mais ce subtest Matrice de Raven est celui qui évalue le mieux l'intelligence fluide de l'individu, à savoir sa capacité de penser logiquement et de résoudre des problèmes dans une situation nouvelle indépendamment des connaissances acquises.

5.3. Suicidalité/Dépression :

La dépression a été évaluée à l'aide de l'ADRS (Adolescent Depression Rating Scale), auto-questionnaire court, avec seulement 10 items, et répondait donc aux besoins de l'étude.

Le risque suicidaire a été évalué à l'aide de l'Echelle d'Evaluation de Columbia sur la Gravité du risque suicidaire (C-SSRS) élaborée par Posner et al. à partir des

définitions des comportements suicidaires de « The Columbia History Form ». C'est un questionnaire administrable en face-à-face.

Le désespoir a été évalué par la Beck Hopelessness Scale (BHS). Cette échelle conçue par Beck, Weissman, Lester et Trexler, évalue l'intensité du pessimisme d'une personne, à savoir sa vision irréalistiquement négative de l'avenir (Beck et al., 1974). Ce questionnaire a été étudié auprès de populations cliniques (Beck, 1975, 1985, 1990; Beck & Steer, 1989; Greene, 1989; Ranieri et al., 1987). L'intérêt de ce questionnaire serait sa valeur prédictive des tentatives de suicide. En effet, un résultat élevé représente un meilleur corrélat de l'intention suicidaire que la sévérité clinique de la dépression. En 1990, Beck et coll. montrent qu'un score de 9 et plus permettait d'identifier 16 (94.2%) des 17 patients qui avaient fait une tentative de suicide (Beck, 1990). La traduction et la validation française de l'échelle reviennent à Bouvard, Charles, Guerin, Aimard, Cottraux (Bouvard et al., 1992). La BHS est considérée, tant en anglais qu'en français, comme un instrument de mesure dont les paramètres psychométriques sont satisfaisants.

L'estime de soi a été évaluée à l'aide de l'échelle d'estime de soi (EES-10) de Rosenberg version traduite au français par Vallieres et al. (Vallieres & Vallerand, 1990). C'est une échelle de 10 items qui mesure globalement l'estime de soi en tenant compte à la fois des ressentis positifs et négatifs vis-à-vis de soi-même.

5.4. Attachement/Empathie :

La mesure des dimensions cognitives et affectives de l'empathie, par l'échelle d'empathie pour enfant et adolescent de Bryant (Bryant, 1982) (traduit en français, en 2008 (Daniel, 2008)) est l'instrument qui a été utilisé dans cette étude.

Une exploration de l'attachement a été réalisée par l'utilisation de l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs (IPPA), d'Armsden&Greenberg (1987, traduction et rétro traduction en français, Touch, Sigel, 2006) (Armsden & Greenberg, 1987).

5.5. Impulsivité/Hostilité :

Pour l'évaluation de l'impulsivité nous avons utilisé le Questionnaire d'Eysenck, section impulsivité. Cet auto-questionnaire de 24 items rempli par le jeune de 8-17 ans (Eysenck & Eysenck, 1978) bénéficie de normes établies lors de 2 études en population générale canadienne et britannique.

Pour l'hostilité nous avons utilisé la version adolescente de l'Inventaire d'Hostilité de Buss-Durkee (Boone & Flint, 1988). Cette version est recommandée par la revue de littérature de Collett et al (2003) et par le manuel INSERM sur les troubles des conduites de l'adolescent (2005). Ce questionnaire de 24 items est utilisable chez les adolescents de 12-17 ans. La traduction française de la BDHI a fait l'objet d'une étude de fiabilité incluant un test-retest en population clinique francophone (J.-M. Guilé et al., 2009).

5.6. Facteur de Risque :

La maltraitance et autres expériences traumatisantes pendant l'enfance comme facteur de risque ont été évaluées par l'Adverse Childhood Experience (ACE). L'élaboration de cette échelle a permis de montrer le lien entre maltraitance au cours de l'enfance et problèmes de santé publique chez les adultes (Felitti et al., 1998). Ce questionnaire auto-administrable est composé de 10 items, la passation dure moins de 5 minutes. L'importante charge émotionnelle liée aux questions posées a rendu nécessaire l'accompagnement de la passation, qui s'est donc déroulée en face à face plutôt qu'en laissant le jeune seul face au questionnaire.

5.7. Facteurs de Protection :

Le coping a été évalué à partir de l'Adolescent Coping Scale (ACS). Cette échelle conçue et validée en Australie par Frydenberg & Lewis en 1993 évalue les comportements spécifiques utilisés pour faire face à une situation ou pour résoudre un problème (Frydenberg & Lewis, 1993). Cet instrument comprend 77 items regroupés en 18 sous-échelles représentant 18 stratégies spécifiques de coping. Un 78e item est ajouté à la fin et demande aux adolescents d'inscrire d'autres stratégies qu'ils utilisent et qui n'ont pas été mentionnées précédemment. De façon générale, la

version originale de l'ACS est satisfaisante tant pour la consistance interne, la fidélité test-retest et la saturation des items sur les 18 facteurs identifiés lors d'une analyse factorielle exploratoire (Owen, 1997). Une traduction française a été réalisée au Québec (Pronovost et al., 2005).

Les raisons de vivre ont été évaluées à l'aide du Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A). Cet outil a été développé et validé par Osman, Downs, Kopper, Barrios, Baker, Osman, Besett, Linehan en 1998 (Osman et al., 1998). Cet instrument évalue les croyances qui mènent un adolescent à vouloir vivre et ne pas effectuer un geste suicidaire. Ce questionnaire comprend 32 items regroupés en 5 sous-échelles, à savoir les raisons de vivre liées aux liens familiaux (LF), à la peur du suicide (PS), à la confiance en soi (CS), à l'acceptation et soutien des pairs (APS) et à l'espérance face au futur (EF). Chaque item est coté sur une échelle de type Likert en six points allant de 1 (raison de vivre pas du tout importante) à 6 (raison de vivre tout à fait importante). Un score global est obtenu ainsi qu'un score pour chaque sous-échelle.

5.8. Radicalisation : (voir cotation grille « radicalisation » en annexe)

Les caractéristiques de l'engagement radical de ces adolescents ont été examinées à l'aide d'une grille d'évaluation constituée en vue de cette étude. Au vu du faible nombre de résultats concernant les caractéristiques des individus radicalisés en France, cette grille d'évaluation s'inscrit dans une démarche exploratoire. Diverses caractéristiques (socio-culturelles, de parcours de vie, psychopathologie, comportements, discours, motifs d'engagement, etc.) ont pu être repérées par quelques écrits sur le sujet (Bazex & Mensat, 2016; Bouzar & Martin, 2016; Khosrokhavar, 2014). Cette grille a été cotée à partir d'entretiens semi-structurés auprès des sujets et, dans un second temps, avec l'aide des éducateurs référents ou bien avec la collecte d'informations complémentaires au sein des dossiers.

6) Circuit des données

Les données recueillies ont suivi le protocole MR-003 qui encadre les traitements comprenant des données de santé, réalisés dans le cadre de recherches pour lesquelles la personne ne s'oppose pas à participer après avoir été individuellement informée.

Les données ont été recueillies sur papier dans la structure qui accueillait le mineur au moment de la passation (questionnaires face à face et auto-questionnaires). Un code a été attribué à chaque mineur inclus. Celui-ci se compose comme suit : numéro d'ordre, date d'inclusion suivi de l'année de naissance. Exemple : 01-250917-2002.

Ce recueil a été fait par le psychologue de l'étude habitué à travailler avec ce genre de public qui a été aidé si nécessaire de l'attaché de recherche, en collaboration avec les équipes de suivi.

Les questionnaires remplis ont été mis sous pli et envoyés au promoteur pour être saisis par l'attachée de recherche clinique dans la base de données dont l'accès était sécurisé par un mot de passe, avant d'être archivés dans une armoire fermant à clé dans le bureau du promoteur.

7) Saisie et traitement automatisés des données

La saisie des données à partir du questionnaire papier a été faite sur EpiData par l'attachée de recherche clinique coordinatrice de l'étude. La base de données est accessible par un login et un mot de passe.

L'ensemble du processus du recueil et de saisie des données sera sous la responsabilité du promoteur, le Pr. Bronsard dont l'expérience a garanti que cette recherche soit conduite selon les bonnes pratiques cliniques, constituant un ensemble d'exigences de qualité dans les domaines éthique et scientifique, qui ont été respectées lors de la planification, la mise en œuvre, la conduite, le suivi, le contrôle de qualité, l'audit, le recueil des données, l'analyse et l'expression des résultats. Le respect de ces bonnes pratiques cliniques garantit la protection des droits, la sécurité et la protection des personnes qui se prêtent à ces recherches et la

préservation de leur anonymat ainsi que la crédibilité (intégrité, authenticité, vérifiabilité) et la précision des données et des résultats de ces recherches.

Toutes les informations recueillies sont uniquement destinées à l'étude. Elles sont présentées sous forme de résultats agrégés.

8) Stockage et gestion des archives papiers et informatiques

Une fois les questionnaires saisis, ils sont archivés dans une armoire fermant à clé dans le bureau du promoteur/investigateur. Les données papiers sont conservées pendant 5 ans alors que les données informatisées sont conservées sans limite de temps.

9) Analyses statistiques

Les analyses ont fait l'objet de l'élaboration d'un protocole d'exploitation statistique spécifique et détaillé rédigé par l'équipe en charge de l'encadrement méthodologique et statistique du projet (Responsable Pr. L. Boyer, Pr. D. Cohen et Mr. H. Pellerin) conformément aux Bonnes Pratiques. Les exploitations ne sont conduites qu'après vérification de la validité de la base et gel des données. Les analyses ont été réalisées sur le logiciel R 4.0.2 en utilisant des tests bilatéraux avec un niveau de significativité fixé à 5%.

Dans un premier temps, les variables mesurées ont été décrites dans les échantillons CEF et AMT. La distribution des variables quantitatives a été résumée par la moyenne, l'écart-type et le min-max ou par la médiane et le q1-q3 et le min-max, selon la forme de la distribution. La distribution des variables qualitatives a été résumée par le nombre et le pourcentage d'occurrences.

Dans un second temps, les populations CEF et AMT ont été comparées vis-à-vis des variables mesurées. Selon la validité des conditions d'application, les variables quantitatives ont été comparées en utilisant des Welch t-tests ou des Wilcoxon rank sum tests. De même, les variables qualitatives ont été comparées avec des Chi-squared tests sans correction de continuité ou par des Fisher's exact tests.

10) Autorisations et aspects éthiques

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche non interventionnelle (catégorie 3) au sens de l'article L.1121-1 alinéa 3.

Elle est soumise au nouveau dispositif réglementaire qui s'applique aux recherches « impliquant la personne humaine », à savoir la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé) telle que modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, et ses décrets d'application.

A ce titre, elle a fait l'objet d'une demande et a obtenu un avis favorable auprès d'un Comité de Protection des Personnes (cf. annexes).

Une notice d'information a été distribuée aux patients et une autre à leurs parents, rédigée conformément aux recommandations réglementaires, rappelant notamment l'objectif de l'étude, les bénéfices et les risques liés à cette étude, le déroulement de l'étude et l'ensemble des dispositions légales auxquelles les patients ont droit.

La démarche de recherche dans son ensemble a été organisée en libre adhésion des adolescents et de leur famille, et avec l'implication des professionnels de terrain, familiers des adolescents. Cette préparation proximale avec les professionnels est déterminante pour la réussite de la démarche globale.

11) Loi informatique et libertés

Les données recueillies lors de l'étude font l'objet d'un traitement informatisé et conformément à la loi "Informatique et Libertés" n°78-17 du 6 janvier 1978 (article 40), ces données ne seront transmises qu'au promoteur et, le cas échéant, aux autorités sanitaires habilitées, dans des conditions garantissant leur confidentialité.

Le recueil des données a été anonymisé dans sa totalité, en conformité avec les règles et recommandations de la CNIL. L'informatisation des données n'intègre pas les noms des participants et porte uniquement sur des données ne permettant pas une identification directe ou indirecte des personnes concernées.

Les données sont accessibles avec un mot de passe. Aucune utilisation du fichier à distance n'est possible.

Les adolescents sont libres de participer et d'interrompre leur participation sans justification. Les parents ont été informés et pouvaient refuser la participation partielle ou totale de leur enfant, sans justification. Les adolescents et leurs parents ont été informés de l'absence de lien entre la démarche de recherche et la procédure pénale.

Une restitution des résultats globaux et de leur interprétation auprès des adolescents et leur famille, et aux professionnels à distance de l'étude pourra être organisée.

L'étude a été déclarée à la CNIL et a reçu un récépissé attestant sa conformité à la méthodologie MR003.

12) Confidentialité

Le personnel médical et non médical impliqué dans cette étude est soumis au secret médical et professionnel vis-à-vis des données recueillies au cours de l'étude. Les informations recueillies auprès des jeunes resteront strictement confidentielles. Elles seront conservées sous un format papier à l'intérieur d'un local fermant à clé. Elles sont saisies sur un support informatique et bénéficient d'un traitement automatisé. Ce traitement informatisé ne permet pas l'identification directe ni indirecte des sujets. L'ensemble de ces données ne peut être consulté que par l'investigateur principal et les responsables de la base de données.

III. Résultats

1) Résultats de l'étude portant sur les adolescents poursuivis pour AMT

1.1 Déroulé général de l'étude

La recherche effective s'est déroulée entre Janvier 2018 et Juin 2019.

Les adolescents ont été rencontrés soit en centre de détention, soit dans le CEF ou le foyer qui les accueillait, soit dans les locaux de l'UEMO de la PJJ qui les prenait en charge. 15 adolescents ont pu être inclus et leurs données exploitées.

Voici les départements où les jeunes ont été rencontrés :

- Val de Marne (1)
- Moselle (1)
- Nord (1)
- Seine Maritime (1)
- Essonne (1)
- Val d'Oise (2)
- Seine Saint-Denis (2)
- Paris (2)
- Haut de Seine (2)
- Sarthe (1)
- Pas-de-Calais (1)

Tout au long de la recherche, des réunions de travail téléphoniques régulières entre la DNPJJ, les équipes des centre pénitentiaires, des CEF et UEMO, le comité de pilotage et l'équipe de recherche (promoteur, chercheurs associés et attachée de recherche clinique) ont été réalisées pour échanger sur les inclusions, les difficultés rencontrées et les solutions à entreprendre.

Aucun incident n'a été rapporté, avant, pendant et après la passation.

Cependant la recherche a été globalement difficile à mettre en place, nécessitant une implication présenteielle régulière de l'équipe de recherche. La raison principale est l'aspect inhabituel de la démarche de recherche médicale dans ce type de structures.

- Description de la population incluse :
 - Sex-ratio (H/F) : 1,5
 - Age = 16.9 / Min-Max = 14-18 ans

1.2 Représentativité des adolescents inclus

Quelques variables sociodémographiques que la PJJ possédait sur les adolescents qui n'ont pu participer à la recherche ont été comparées à ces mêmes variables chez les adolescents inclus. Cette comparaison avait pour objectif de vérifier que les 15 adolescents inclus sont représentatifs de l'échantillon dans son ensemble (34) et que le fait que certains n'aient pas pu participer à la recherche ne représentait pas un biais majeur. Cette comparaison a permis d'objectiver l'absence de différence significative concernant l'âge, le sexe, la composition de la fratrie, la proportion de redoublements scolaires, l'intervention de services sociaux ou de parcours de soin. Ainsi, ces éléments permettent d'affirmer que le groupe des 15 adolescents inclus est représentatif de l'ensemble des adolescents poursuivis pour AMT en France en Janvier 2018.

1.3 Faits qualifiants l'AMT

Faits	% (n)
Verbalisation de son adhésion à une idéologie qui prône le recours à la violence	100% (15)
Projet de départ en zone de guerre irako-syrienne verbalisé	73,3% (11)
Projet de passage à l'acte violent annoncé sur Internet	53,3% (8)
Tentative de départ en zone de guerre irako-syrienne	26,7% (4)
Préparation d'une action violente à l'arme blanche puis renonce à son passage à l'acte au dernier moment	13,3% (2)
Passage à l'acte violent à l'arme blanche	6,7% (1)

1.4 Religiosité

Croyances et pratiques religieuses	% (n)
Pratiquaient assidument une religion avant leur adhésion à une idéologie qui prône le recours à la violence	0% (0)
Conversions à l'islam suite à la rencontre avec l'idéologie qui prône le recours à la violence	20% (3)
Affirment être des musulmans croyants lors de l'entretien	100% (15)
Au moment de l'entretien, pratique assidue de l'islam d'après leur éducateur référent	46,7% (7)

1.5 Motifs de l'engagement idéologique

Motifs évoqués lors de l'entretien	% (n)
Altruisme (venir en aide à la population syrienne)	93,3% (14)
Quête d'une société idéale	86,7% (13)
Sentiment d'injustice et/ou vécu de discrimination	73,3% (11)
Volonté de fuir leur quotidien et/ou leur environnement de vie	60% (9)
Attirance pour le combat armé	40% (6)
Recherche d'expérience excitante	33,3% (5)
Souhait d'appartenir à une société qui différencie plus nettement le rôle des hommes et des femmes	33,3% (5)
Crainte des supplices de l'enfer et/ou désir d'accéder au paradis	26,7% (4)

1.6 Scolarité et projets personnels

Sur les 15 adolescents rencontrés, 5 (33,3%) ont redoublé durant leur parcours scolaire ce qui correspond dans l'ensemble à un niveau scolaire moyen.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que lors des entretiens de recherche 9 (60%) de ces 15 adolescents avaient des projets professionnels dans des métiers

d'aide à la personne tel que éducateur spécialisé, assistante maternelle, médecin ou infirmière.

1.7 Prévalence des pathologies psychiatriques

a) *Taux de prévalence bruts, trouble par trouble*

TROUBLES	% (n)
Absence de trouble	66,7% (10)
Episode Dépressif Majeur actuel	20% (3)
Hypomanie vie entière	6,7% (1)
Manie vie entière	6,7% (1)
Agoraphobie	6,7% (1)
Phobie sociale	0% (0)
Troubles obsessionnels compulsifs (Toc)	6,7% (1)
Troubles panique	0% (1)
Troubles anxieux généralisé	26,7% (4)
Syndrome Gilles de la Tourette	0% (0)
Troubles des conduites (TC)	20% (3)
Anorexie actuelle	6,7% (1)
Syndrome post traumatique (PTSD)%	6,7% (1)
Troubles de déficit de l'attention, hyperactivité mite (TDAH m)	6,7% (1)
Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité prédominant sur l'inattention (TDAH i)	0% (0)
Troubles de déficit de l'attention avec Hyperactivité, prédominant sur l'hyperactivité (TDAH h)	0% (0)
Episode psychotique actuel	13,3% (2)
Trouble de l'humeur psychotique actuel	0% (0)
Trouble de la personnalité limite	26,7% (4)

Un même individu peut présenter plusieurs troubles, expliquant que la somme est supérieure à 100%)

b) Taux cumulés des prévalences des pathologies psychiatriques

TROUBLES	% (n)
Absence de trouble actuel	66,7% (10)
Troubles de l'humeur	26,7% (4)
Troubles anxieux actuels	33,3% (5)
Troubles psychotiques actuels	13,3% (2)
Troubles déficit de l'attention hyperactivité (TDAH)	6,7% (1)
Troubles des conduites (TC)	20% (3)
Trouble de la personnalité limite	26,7% (4)
Consommation de psychotropes à plusieurs reprises pour sommeil ou angoisse	20% (3)

Nous avons ici cumulé les catégories morbides connexes selon les nosographies classiques.

Un individu peut présenter plusieurs troubles cumulés, expliquant une somme supérieure à 100%.

A noter que le taux de dépression exploré par l'ADRS est de 6,7% (1).

1.8 Caractéristiques psychologiques

a) *Suicidalité*

Echelle de Columbia (SD)	% (n)
Idéation suicidaire (vie entière)	13,3% (2)
Comportement pouvant mener à la mort, avec ou sans intentionnalité suicidaire	6,7% (1)
Comportement de mise en danger sans intentionnalité suicidaire	6,7% (1)
Tentative de suicide (TS) avérée	6,7 % (1)

b) Impulsivité

Echelle d'Eysenk : score moyen faible (8,43)

c) Empathie

Echelle de Bryant : score moyen fort (14,38)

d) Attachement

Score de l'échelle IPPA : score moyen, meilleur dans l'attachement à la mère (puis amis et père)

Personne concernée par l'attachement	Variables d'attachement	Score
Mère	Confiance	39,47
	Communication	33,29
	Aliénation	12,46
Père	Confiance	35,67
	Communication	26,67
	Aliénation	14,67
Pairs	Confiance	40,67
	Communication	30,20
	Aliénation	15,33

e) Estime de soi

Echelle EES-10 : score dans la moyenne (32,13)

f) Raisons de vivre

Echelle RFL : score moyen

Raisons de vivre	Score
Alliance familiale	5,31
Inquiétudes des proches en cas de suicide	5,05
Acceptation de soi	5,33
Acceptation des pairs et soutien social	4,71
Optimisme concernant le future	5,11
Score Total	5,12

g) Hostilité (Buss-Durkee):

Les résultats obtenus à l'échelle d'hostilité (29,21) montrent que les adolescents poursuivis pour AMT obtiennent des scores légèrement plus faibles que ceux obtenus des adolescents cliniques en France (33,88 ; J.-M. Guilé et al., 2009). Ainsi, il n'est pas possible de repérer une hostilité particulière chez ces adolescents.

h) Coping

Catégories de la stratégie de coping	Stratégie de coping	Score
Coping par référence aux autres	Recherche de groupes d'aides spécialisés	40.00
	S'investir dans ses amitiés	58.00
	Rechercher de soutien dans la spiritualité	81.79
	Recherche d'un support social	64.00
	Recherche d'aide auprès de professionnels	54.64
Coping Productif	Se concentrer sur la résolution du problème	70.57
	Travailler dur pour réussir	72.00
	Se concentrer sur les éléments positifs	76.07

	Se distraire par des activités plaisantes	74,00
	Évacuer par des activités physiques	61.00
Coping Non-Productif	S'inquiéter de la situation	62.29
	S'inquiéter de ce que pensent les autres et chercher leur approbation	58.00
	Espérer que cela s'arrange	43.14
	Absence de stratégie de coping	42.00
	Évacuation de la tension par des cris ou la consommation de toxiques	36.29
	Ignorer le problème	46.43
	Se blâmer de ce qui arrive	57.14
	Garder ses problèmes pour soi	62.86

Légende de couleurs : Stratégies de coping utilisées « Très peu » ; « Parfois » ; « Souvent »

Les résultats à l'échelle de coping, montrent de bonnes capacités de coping dans l'ensemble. Ces adolescents sont en mesure de mobiliser efficacement la quasi-totalité des stratégies de coping productives. L'on peut tout de même noter qu'ils rechignent à user de stratégies qui passent par l'appui sur une aide extérieure, à l'exception bien entendu du recours à la spiritualité qui est, de loin, la stratégie de coping la plus fortement mobilisée par ces adolescents.

j) Personnalité borderline

Echelle Ab-Dib : Nous retrouvons une proportion plus élevée de troubles de la personnalité limite (26,7%) qu'en population générale adolescente (3%) et qu'en population clinique adolescente (11%) d'après la littérature sur le sujet (J. M. Guilé et al., 2018).

j) Estimation du niveau intellectuel

Un niveau intellectuel global peut être estimé à partir de l'analyse des réponses aux Matrices de Raven.

La répartition des scores sur l'ensemble de l'échantillon :

- Très faible : 0%
- Limite : 0%
- Moyen faible : 26,7% (4)
- Moyen : 73,3% (11)
- Moyen fort : 0%
- Supérieur : 0%

Nous retenons donc que l'ensemble de l'échantillon obtient des scores qui se situent dans la moyenne des adolescents de leur âge.

1.9 Antécédents socio-judiciaires (Questionnaire socio-démographique)

	Taux
Aide éducative dans la famille	60% (9)
Parents vivant ensemble	20% (3)
Condamnation ou mise en examen pour atteintes aux biens	0%
Condamnation ou mise en examen pour agression sur personne	13,3% (2)
Condamnation ou mise en examen pour trafic de stupéfiants	0%

1.10 Exposition aux expériences adversives de l'enfance (ACE)

	Taux
Violence émotionnelle	40% (6)
Violence physique	40% (6)
Violence sexuelle	6,7% (1)
Négligence physique	0% (0)
Négligence émotionnelle	46,7% (7)
Absence d'un parent	13,3% (2)
Mère victime de violence	13,3% (2)

Addiction sévère d'un parent	13,3% (2)
Maladie mentale d'un parent	6,7% (1)
Membre de la famille en prison	26,7% (4)

1.11 Synthèse des Caractéristiques des adolescents poursuivis pour AMT

Les 15 adolescents du groupe AMT comprennent 6 filles et 9 garçons avec un âge moyen de 17 ans. Du point de vue de la sphère familiale, 12 (80%) rapportent la présence d'un deuil ou d'une séparation brutale durant leur parcours de vie, 7 (46,7%) affirment avoir ressenti une forme de négligence affective dans leur enfance, 9 (60%) signalent l'intervention de services sociaux et 5 (33,3%) la présence d'une précarité socio-économique familiale. Enfin, 4 (26,7%) rapportent l'incarcération d'un membre du foyer familial. Au plan scolaire, seuls 5 (33,3%) de ces adolescents ont présenté des difficultés scolaires ayant justifié un redoublement. Ils ont du reste des résultats attendus pour des adolescents de leur âge à l'épreuve d'intelligence fluide (Matrices) : 11 adolescents dans la moyenne et 4 dans la moyenne faible. Par ailleurs, une majorité d'entre eux (N=9, 60%) affirment vouloir exercer un métier d'aide à la personne (assistant maternel, infirmier, éducateur spécialisé ou médecin).

Dans leurs antécédents, 6 (40%) ont rapporté un suivi par un psychologue et 3 (tous parmi ces 6) ont également été suivis par un psychiatre. Leur examen psychiatrique actuel ne retrouve pas de trouble de l'axe 1 pour la majorité d'entre eux (N=10, 66,7%). Pour les 5 adolescents restants, on relève souvent des tableaux comorbides avec comme principaux diagnostics : le trouble de personnalité limite (TPL), le trouble anxieux généralisés, le trouble des conduites (TC) et la dépression. Enfin, des tendances suicidaires ne sont détectées que pour 2 adolescentes, dont une seule ayant concrètement effectué une tentative de suicide. Ces éléments montrent une prévalence de troubles psychiatriques qui double les chiffres classiquement évalués en population générale adolescente. Cependant la répartition des troubles reste homogène et attendue pour des adolescents de leur âge et de ce fait ne permet pas de dégager de troubles psychiatriques spécifiques à cette population.

Du point de vue de la sphère religieuse, nous notons que 3 (20%) adolescents se sont convertis à l'islam, tandis que les autres sont issus de familles où existe une tradition de croyance musulmane. Lorsque ces adolescents ont été rencontrés en entretien, ils ont tous affirmé être des croyants et des musulmans. Tandis qu'aucun de ces adolescents ne pratiquait assidûment une religion au quotidien avant l'adhésion idéologique, 7 (46,7%) affirment avoir dorénavant une pratique religieuse particulièrement assidue. Par ailleurs, les résultats obtenus à l'ACS montrent que le recours à la spiritualité représente la stratégie de coping qui est la plus fortement investie pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne.

Enfin, l'engagement radical s'est construit majoritairement via Internet puisque seulement 4 (26,7%) adolescents ont eu un premier contact physique avec l'idéologie. Une majorité d'entre eux sont en mesure d'évoquer une personne qu'ils ont particulièrement investie en lien avec leur adhésion idéologique. Parmi les motifs manifestes d'adhésion idéologique les plus récurrents, on relève une motivation altruiste comme d'aider les populations syriennes (14=93,3%), le souhait de rejoindre une société idéale (13=86,7%), une réaction à un sentiment d'injustice ou de discrimination (11=73,3%) et la volonté de fuir leur environnement de vie (9=60,0%). Plus rarement, on retrouve l'attraction pour le combat armé (6=40,0%), la recherche d'adrénaline (5=33,3%), le souhait d'une société distinguant plus nettement la place des hommes et des femmes (5=33,3%), la crainte de l'enfer et/ou le souhait d'aller au paradis (4=26,7%). La totalité de ces adolescents ont adhéré à une idéologie qui prône le recours à la violence au nom de l'islam. Pour finir, 7 (46,7%) ont agi le projet qu'ils avaient d'abord verbalisé au sein du groupe idéologique (départ pour rejoindre Daesh : 4=26,7%; attaque à l'arme blanche non aboutie car ils se sont ravisés d'eux-mêmes à la dernière minute: 2=13,3%; attaque à l'arme blanche d'un policier: 1= 6,7%).

2. Comparaison entre les adolescents poursuivis pour AMT et les adolescents placés en CEF

Une précédente recherche multicentrique auprès des adolescents placés en CEF en France avait permis d'exploiter les données issues de 101 adolescents. Les outils d'évaluation ont été globalement les mêmes que pour l'étude sur les AMT, permettant de se servir des résultats en vue d'une comparaison (Bronsard & Boyer, 2019).

<https://anmda.fr/sites/default/files/mediatheque/documents/Rapport%20Final%20VS%20VA%20CEF%20BRONSARD.pdf>

2.1 Caractéristiques de l'échantillon d'adolescents placés en Centre Educatif Fermé

- Description de la population CEF :
 - Sex-ratio (H/F) : 17,8 ; soit 5 filles pour 101 adolescents
 - Age = 15.8 / Min-Max = 13-18 ans

- Description de la population AMT:
 - Sex-ratio (H/F) : 1,5
 - Age = 16.9 / Min-Max = 14-18 ans

La population féminine est proportionnellement beaucoup plus importante dans le groupe AMT, qui est aussi plus âgé.

2.2 Scolarité et projets personnels

Les adolescents placés en CEF ont plus de difficultés scolaires puisqu'une plus grande proportion d'entre eux a redoublé, cependant la comparaison statistique n'est significative qu'à la marge (CEF = 56,4% VS AMT = 33,3% ; Test Chi2, P=0,097).

2.3 Prévalence des pathologies psychiatriques

a) Taux de prévalence bruts, trouble par trouble

TROUBLES	AMT % (n total=15)	CEF % (n total=101)	Test	P
Absence de trouble	66,7% (10)	9,8% (9)	Chi2	<0,001
Episode Dépressif Majeur actuel	20% (3)	7,6% (7)	F	0,146
Hypomanie vie entière	6,7% (1)	9,8% (9)	F	1
Manie vie entière	6,7% (1)	23,9% (21)	F	0,187
Agoraphobie	6,7% (1)	8,6% (8)	F	1
Phobie sociale	0% (0)	2,2% (2)	F	1
Troubles obsessionnels compulsifs (Toc)	6,7% (1)	3,3% (3)	F	0,438
Troubles panique	0% (1)	1,1% (1)	F	1
Troubles anxieux généralisé	26,7% (4)	12% (11)	F	0,22
Syndrome Gilles de la Tourette	0% (0)	2,2% (2)	F	1
Troubles des conduites (TC)	20% (3)	81,5% (75)	F	<0,001
Anorexie actuelle	6,7% (1)	3% (3)	F	0,473
Syndrome post traumatique (PTSD)	6,7% (1)	5,4% (5)	F	1
Troubles de déficit de l'attention, hyperactivité mixte (TDAH m)	6,7% (1)	5,6% (5)	F	1
Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité prédominant sur l'inattention (TDAH i)	0% (0)	12% (11)	F	0,357
Troubles de déficit de l'attention avec Hyperactivité, prédominant sur l'hyperactivité (TDAH h)	0% (0)	9,8% (9)	F	0,354
Episode psychotique vie entière	13,3% (2)	13% (12)	F	1
Trouble de l'humeur psychotique actuel	0% (0)	4% (4)	F	1
Trouble de la personnalité limite	26,7% (4)	33,3% (25)	F	0,766

Un même individu peut présenter plusieurs troubles, expliquant que la somme est supérieure à 100%)

b) Taux cumulés des prévalences des pathologies psychiatriques

TROUBLES	AMT % (n total=15)	CEF % (n total=101)	Test	P
Absence de trouble actuel	66,7% (10)	9,8% (9)	Chi2	<0,001
Troubles de l'humeur	26,7% (4)	31,5% (28)	F	1
Troubles anxieux actuels	33,3% (5)	25% (22)	F	0,532
Troubles psychotiques actuels	13,3% (2)	7,7% (7)	F	0,612
Troubles déficit de l'attention hyperactivité (TDAH)	6,7% (1)	26,1% (24)	F	0,184
Troubles des conduites (TC)	20% (3)	81,5% (75)	F	<0,001
Trouble de la personnalité limite	26,7% (4)	33,3% (25)	F	0,766
Consommation de psychotropes à plusieurs reprises pour sommeil ou angoisse	20% (3)	40,9% (38)	Chi2	0,122

2.4 Caractéristiques psychologiques

a) Suicidalité

Echelle de Columbia (SD)	AMT % (n total=15)	CEF % (n total=101)	Test	P
Idéation suicidaire (vie entière)	13,3% (2)	13,6% (12)	F	1
Comportement pouvant mener à la mort, avec ou sans intentionnalité suicidaire	6,7% (1)	20,3% (16)	F	0,683
Comportement de mise en danger sans intentionnalité suicidaire	6,7% (1)	17,7% (14)	F	0,683
Tentative de suicide (TS) avérée	6,7% (1)	7% (6)	F	1

b) Impulsivité

Echelle d'Eysenk : CEF=13,66 VS AMT=8,43 ; Test W, P=<0,001.

Score nettement plus élevé pour les CEF.

c) Empathie

Echelle de Bryant : CEF=10,29 VS AMT=14,38 ; Test W, P=0,004

Les scores d'empathie sont significativement plus élevés pour les AMT.

d) Attachement

Score de l'échelle IPPA : scores moyens concernant la confiance ou la communication et donc équivalents aux résultats obtenus par les adolescents poursuivis pour AMT. Cependant, les scores d'aliénation sont nettement plus élevés pour les adolescents placés en CEF que ce soit vis-à-vis de la mère, du père ou des pairs.

Personne concernée par l'attachement	Variables d'attachement	Score AMT	Score CEF	Test	P
Mère	Confiance	39,47	36,66	W	0,059
	Communication	33,29	32,54	W	0,824
	Aliénation	12,46	22,43	W	<0,001
Père	Confiance	35,67	34,49	W	0,435
	Communication	26,67	29,08	W	0,484
	Aliénation	14,67	20,14	W	0,002
Pairs	Confiance	40,67	37,43	W	0,085
	Communication	30,20	26,18	W	0,034
	Aliénation	15,33	23,29	W	<0,001

e) Estime de soi

Echelle EES-10 : score dans la moyenne sans différence significative par rapport aux adolescents poursuivis pour AMT (CEF=32,78 VS AMT=32,13 ; Test W ; P= 0,641).

f) Raisons de vivre

Echelle RFL : score moyen et même si l'on repère des scores légèrement plus faibles pour les CEF que pour les adolescents poursuivis pour AMT, la différence n'est pas statistiquement significative.

Raisons de vivre	Score AMT	Score CEF	Test	P
Alliance familiale	5,31	4,82	W	0,271
Inquiétudes des proches en cas de suicide	5,05	4,36	W	0,125
Acceptation de soi	5,33	4,85	W	0,225
Acceptation des pairs et soutien social	4,71	4,27	W	0,288
Optimisme concernant le future	5,11	4,68	W	0,753
Score Total	5,12	4,61	W	0,191

g) Hostilité :

Le score d'hostilité est significativement plus élevé pour le groupe CEF que celui des adolescents poursuivis pour AMT pour lesquels ce score restait assez faible (CEF=42,58 VS AMT=29,21 ; Test W, P=0,017).

h) Coping

Catégories de la stratégie de coping	Stratégie de coping	Score AMT	Score CEF	Test	P
Coping par	Recherche de groupes d'aides spécialisés	40.00	32.69	W	0,19

référence autres	aux	S'investir dans ses amitiés	58.00	55.81	W	0,691
		Rechercher de soutien dans la spiritualité	81.79	45.44	W	< 0,001
		Recherche d'un support social	64.00	42.03	W	< 0,001
		Recherche d'aide auprès de professionnels	54.64	41.74	W	0,059
Coping Productif		Se concentrer sur la résolution du problème	70.57	55.42	W	0,013
		Travailler dur pour réussir	72.00	56.14	W	0,004
		Se concentrer sur les éléments positifs	76.07	61.67	W	0,017
		Se distraire par des activités plaisantes	74,00	70.32	W	0,674
		Évacuer par des activités physiques	61.00	65.27	W	0,588
Coping Productif	Non-	S'inquiéter de la situation	62.29	51.38	W	0,067
		S'inquiéter de ce que pensent les autres/ recherche approbation	58.00	46.63	W	0,006
		Espérer que cela s'arrange	43.14	40.94	W	0,7
		Absence de stratégie de coping	42.00	35.52	W	0,14
		Évacuation de la tension par des cris ou la consommation de toxiques	36.29	47.56	W	0,023
		Ignorer le problème	46.43	48.15	W	0,887
		Se blâmer de ce qui arrive	57.14	44.85	W	0,037
		Garder ses problèmes pour soi	62.86	56.52	W	0,23

Légende de couleurs : Stratégies de coping utilisées « Très peu » ; « Parfois » ; « Souvent »

Ces résultats montrent que dans l'ensemble les adolescents placés en CEF ont de moins bonnes stratégies de coping que les adolescents poursuivis pour AMT. Le recours à une aide extérieure est encore plus faible chez les adolescents CEF tandis qu'ils ont plus de peine à recourir à des stratégies de coping productives. Le recours à la spiritualité se situe à l'opposé des adolescents AMT puisqu'il s'agit d'une stratégie à laquelle les adolescents des CEF recourent très peu. L'on notera que la

stratégie à laquelle les adolescents des CEF recourent le plus passe par la distraction autour d'une activité plaisante, tandis que la seule stratégie productive à laquelle ils recourent plus que les adolescents AMT consiste à évacuer la tension par des activités physiques. Si l'on s'intéresse aux stratégies non-productives l'on peut noter que, même si elle n'est que faiblement sollicitée, il y a une différence nette de score en ce qui concerne la stratégie « Évacuation de la tension par des cris ou la consommation de toxiques ». Ainsi, si l'on observe ces résultats dans leur ensemble, l'on peut noter que, par rapport aux adolescents AMT, le recours aux stratégies de coping est moins varié et de moins bonne qualité chez des adolescents placés en CEF qui ont plus souvent recourt à des stratégies de distraction, voire d'évitement (« ignorer le problème ») ainsi que des stratégies qui passent par la décharge motrice.

i) Personnalité borderline

Echelle Ab-Dib :

CEF=33,3% VS AMT=26,7% (Test F, P=0,766)

Nous retrouvons là encore une proportion plus élevée de troubles de la personnalité limite qu'en population générale adolescente ou en population clinique, cependant il n'y a pas de différence statistiquement significative avec la proportion repérée pour les adolescents poursuivis pour AMT.

j) Estimation du niveau intellectuel

Une différence significative existe entre les scores obtenus par les deux populations. Les adolescents AMT présentent des scores nettement plus élevés que les adolescents en CEF (Test F, P=0,032).

Catégorisations des Matrices de Raven	Score AMT	Score CEF
Très faible :	0%	21,7% (15)
Limite :	0%	17,4% (12)
Moyen faible :	26,7% (4)	20,3% (14)

Moyen :	73,3% (11)	34,8% (24)
Moyen fort :	0%	4,3% (3)
Supérieur :	0%	1,4% (1)

2.5 Antécédents socio-judiciaires et médicaux (Questionnaire socio-démographique)

Les antécédents judiciaires montrent une très nette différence entre les deux populations avec un parcours délictueux nettement plus présent chez les adolescents placés en CEF par rapport aux adolescents poursuivis pour AMT où leur casier judiciaire est majoritairement vierge avant leur engagement idéologique. Nous pouvons également noter le fait que les adolescents AMT ont bénéficié d'une hospitalisation aux urgences dans une proportion nettement plus importante que les adolescents placés en CEF.

	Taux AMT	Taux CEF	Test	P
Hospitalisation aux urgences pour état de crise	40% (6)	17,2% (16)	F	0,077
Aide éducative dans la famille	60% (9)	70,3% (64)	F	0,548
Parents vivant ensemble	20% (3)	23,8% (24)	F	0,515
Condamnation ou mise en examen pour atteintes aux biens	0%	67,8% (59)	Chi2	<0,001
Condamnation ou mise en examen pour agression sur personne	13,3% (2)	76,1% (70)	F	<0,001
Condamnation ou mise en examen pour trafic de stupéfiants	0%	40,7% (35)	Chi2	0,002

2.6 Exposition aux expériences aversives de l'enfance (ACE)

	Taux AMT	Taux CEF	Test	P
Violence émotionnelle	40% (6)	21,8% (19)	F	0,19
Violence physique	40% (6)	31% (27)	F	0,555
Violence sexuelle	6,7% (1)	10,3% (9)	F	1
Négligence physique	0% (0)	9,2% (8)	F	0,595
Négligence émotionnelle	46,7% (7)	21,8% (19)	F	0,056
Absence d'un parent	13,3% (2)	46% (40)	Chi2	0,026
Mère victime de violence	13,3% (2)	19,5% (16)	F	1
Addiction sévère d'un parent	13,3% (2)	26,8% (22)	F	0,506
Maladie mentale d'un parent	6,7% (1)	29,3% (24)	F	0,105
Membre de la famille en prison	26,7% (4)	56,3% (45)	Chi2	0,056

2.7 Synthèse de la comparaison entre adolescents placés en CEF et adolescents poursuivis pour AMT

Du point de vue sociodémographique, les adolescents radicalisés sont un peu plus âgés en moyenne et la proportion de filles est significativement plus importante que dans le groupe contrôle CEF. L'absence d'un parent biologique, dû à un divorce ou un abandon est moins fréquente chez les adolescents radicalisés que chez les adolescents CEF, tout comme l'incarcération d'un membre du foyer familial.

Pour le parcours scolaire, le taux de redoublement pour les adolescents radicalisés est moins important que pour les adolescents en CEF mais non significatif. Du reste, les adolescents radicalisés ont un niveau cognitif significativement supérieur à celui des adolescents en CEF chez qui plus de 20% de l'échantillon a une intelligence fluide au niveau d'une déficience intellectuelle légère.

Si l'on s'intéresse au parcours de soin, la proportion d'hospitalisations pour état de crise est plus élevée chez les adolescents poursuivis pour AMT (40%) en

comparaison aux adolescents placés en CEF (17,2%) bien que non significative. Ce résultat peut paraître surprenant au premier abord si l'on considère les résultats de l'évaluation psychiatrique qui indique des troubles plus récurrents chez les adolescents placés en CEF avec deux différences très significatives entre les deux échantillons : (1) l'absence de trouble mental beaucoup plus fréquente dans le groupe AMT (66,7% vs. 9,8%); (2) beaucoup moins de troubles des conduites (TC) dans le groupe AMT que dans le groupe contrôle CEF (20% vs. 81,5%). Ainsi, les adolescents placés en CEF présentent bien plus de troubles des conduites et, de façon plus générale, présentent plus fréquemment une comorbidité psychiatrique que les adolescents radicalisés. On note également la proportion ordinaire de symptomatologie suicidaire pour les AMT, au contraire des adolescents en CEF qui, même s'ils ne présentent pas un taux d'idéation suicidaire ou de tentative de suicide avérée plus important, mentionnent plus fréquemment des comportements de mise en danger graves, comme s'ils agissaient le fait de se faire du mal sans forcément le mentaliser.

La présence très conséquente de troubles des conduites pour les adolescents placés en CEF recouvre globalement la raison de leur condamnation ou mise en examen, tandis que ces dernières sont quasi-absentes chez les adolescents radicalisés. 76,1% des adolescents placés en CEF ont été mis en examen pour agression sur personne contre 13,3% des adolescents poursuivis pour AMT ; 67,8% des adolescents placés en CEF ont été mis en examen pour atteinte aux biens contre 0% pour les adolescents AMT ; et 40,7% des adolescents placés en CEF ont été mis en examen pour trafic de stupéfiants contre 0% pour les adolescents poursuivis pour AMT. Ce constat semble également cohérent avec le taux d'hostilité (BDHI) envers autrui qui est nettement plus élevé chez les adolescents placés en CEF, tout comme les scores obtenus à l'échelle d'impulsivité (Eysenck). Les résultats à l'échelle d'empathie de Bryant vont également dans ce sens puisque les adolescents radicalisés obtiennent des scores d'empathie significativement supérieurs aux adolescents en CEF. Ils montrent aussi des scores d'attachement plus équilibrés puisque l'on retrouve un score d'aliénation aux figures d'attachement significativement supérieur chez les adolescents placés en CEF.

Les stratégies de coping sont très différentes dans les deux groupes. D'un côté, les adolescents radicalisés ont de meilleures ressources pour faire face à la

difficulté que les adolescents placés en CEF puisqu'ils utilisent significativement plus de stratégies de coping productives. Ils ont aussi recours significativement plus souvent à la spiritualité et à la recherche de soutien social. Ils recourent plus, de façon significative, aux stratégies non-productives de coping nécessitant une capacité d'insight (« se blâmer de ce qui arrive », « s'inquiéter de la situation », « recherche d'appartenance ») que les adolescents placés en CEF. Quant aux adolescents placés en CEF, ils recourent plus volontiers à des stratégies non-productives de coping consistant à évacuer leur tension interne par la décharge motrice ou la consommation de toxique.

IV. Discussion

1) Discussion des résultats

1.1 Prévalence des troubles psychiatriques, de la suicidalité et de l'empathie chez les adolescents poursuivis pour AMT

Du point de vue du questionnement initialement posé dans le cadre de cette étude, à savoir la prévalence de troubles psychiatriques, de la suicidalité et de l'empathie, nous sommes en mesure de dégager des résultats nets.

Pour ce qui est de la prévalence des troubles psychiatriques, on note qu'elle est deux fois plus importante qu'en population ordinaire mais que la répartition homogène et non spécifique des différents troubles ne permet pas de dégager la prédominance d'un trouble psychiatrique chez les adolescents concernés par le phénomène de radicalisation. Ainsi, il est possible de formuler qu'ils ont plus de risque que la population générale de présenter un trouble psychiatrique sans que cela ne concerne pour autant la majorité d'entre eux. Seuls 2 des 15 adolescents AMT présentent des troubles psychiatriques sévères ayant abouti à une prise en charge en pédopsychiatrie. Nous pouvons noter malgré tout, que si l'on s'écarte des troubles psychiatriques les plus sévères, il est tout de même possible de repérer l'importance des troubles anxiodépressifs et des troubles de la personnalité limite chez ces adolescents.

Si l'on s'intéresse à la prévalence de la suicidalité, l'on peut aisément noter que celle-ci est minoritaire, proche des scores moyens. Une seule jeune fille a effectué une tentative de suicide préalablement à son engagement radical et une autre a pu faire mention d'une idéation suicidaire, tandis que le reste de l'échantillon de ces adolescents apparaît comme très éloigné de cette problématique que l'on examine cette question à partir de leur suicidalité concrète ou que ce soit à travers des échelles de dépression, de désespoir ou celle évaluant les raisons de vivre. Il n'y a pas de lien entre suicidalité et phénomène de radicalisation. Cependant, étant donné que pour nombre d'entre eux, l'expression d'affects dépressifs semble laborieuse et que le suicide en tant que tel fait l'objet d'un interdit fort dans la religion musulmane, il semble important que ces questionnements puissent éventuellement être prolongés dans des recherches futures.

Enfin, si l'on s'intéresse aux capacités d'empathie de ces adolescents, il apparaît nettement que celles-ci sont plutôt bonnes et correspondent à ce qui peut être attendu pour des adolescents de leur âge. Cela interroge concernant le fait que ces adolescents aient été en mesure d'adhérer à une idéologie qui prône le recours à la violence. A ce titre, il semble important de relever que l'adhésion idéologique qu'ils ont manifestée ne s'est accompagnée d'une action violente que pour une seule de ces 15 adolescents. Ainsi, ces résultats conduisent à s'interroger sur ce qui se joue en termes de dynamique de groupe ainsi que l'influence de l'idéologie et l'emprise d'un ou plusieurs éventuels mentors. Le fait que, sur ces 15 adolescents, 2 aient été poussés à passer à l'acte de façon violente avec une arme blanche et, le moment venu, se soient ravisés, se trouvant dans l'impossibilité d'aller au bout de leur démarche, invite à prendre en compte la dimension d'emprise relationnelle, tout comme il semble important de rappeler que ce sont des adolescents qui ont été sensibles à l'interpellation qui a conduit à cette emprise. Ils en ont forcément tiré un bénéfice secondaire, même si quelqu'un les a poussés au passage à l'acte. Par ailleurs, le fait qu'ils évoquent majoritairement des motivations altruistes (population syriennes) dans leur adhésion idéologique interroge également. Même s'il peut s'agir d'une posture idéologique, d'un discours convenu, celle-ci n'en reste pas moins la motivation la plus souvent évoquée laissant entendre qu'ils sont en mesure de ressentir de l'empathie envers certains individus, ceux que l'idéologie désigne comme les victimes. Cette même idéologie est celle qui désigne des responsables et tend à les déshumaniser aux yeux de leurs adeptes. Ainsi, ces résultats montrent clairement que ces adolescents ont des capacités d'empathie préservées et que leur engagement radical ne peut s'expliquer par un tel déficit. Les causes et les ressorts de leur adhésion à une idéologie qui prône le recours à la violence apparaît donc comme nettement plus complexe et nécessiterait, là encore, d'être approfondie dans des recherches futures.

1.2 Ce que la comparaison avec les adolescents placés en CEF nous apprend des adolescents poursuivis pour AMT

La principale différence réside dans la proportion de troubles des conduites qui sont nettement moins fréquents chez les adolescents AMT. À ce titre, les condamnations préalables chez les AMT sont très minoritaires et faibles, tandis que chez les adolescents CEF elles sont nettement plus importantes avec pour plusieurs

d'entre eux, un cumul de mises en examen pour atteintes aux biens, agression sur personne et/ou trafic de stupéfiants. Nous avons également noté que contrairement aux adolescents des CEF, la présence de comorbidités entre plusieurs troubles psychiatriques était nettement plus faible tandis que, dans l'ensemble la proportion de pathologie psychiatrique était également plus faible avec tout de même 10 des 15 adolescents AMT qui ne présentent aucun trouble d'aucune sorte aux différentes échelles. Nous pouvons également noter que les adolescents AMT présentent de meilleures stratégies de coping qui sont à la fois plus variées, plus productives et qui passent moins par la décharge motrice que pour les adolescents CEF. Nous avons également pu relever de meilleures capacités d'élaboration intellectuelle chez les adolescents AMT ainsi qu'un investissement plus marqué de la sphère intellectuelle. Enfin, les résultats de cette étude montrent que ces deux populations présentent des parcours de vie empreints de difficultés familiales et d'expériences négatives dans l'enfance. Cependant, les difficultés de l'environnement familial des adolescents placés en CEF semblent plus importantes du fait de l'absence plus récurrente des membres de la famille qui apparaissent comme moins attentifs aux souffrances de l'adolescent. Nous pouvons le constater par l'absence plus fréquente d'un parent biologique, l'incarcération plus fréquente d'un membre du domicile familial et le recours moins fréquent à des services de soin par l'environnement de l'adolescent alors même que les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les adolescents placés en CEF. En effet, le faible taux d'hospitalisation des adolescents placés en CEF, alors même qu'ils présentent plus fréquemment des troubles psychiatriques, semble indiquer que leur environnement recourt plus difficilement à une aide sanitaire que pour les adolescents poursuivis pour AMT.

1.3 Synthèse

Ces résultats montrent que les adolescents poursuivis pour AMT ne sont pas simplement des délinquants qui auraient rencontrés une idéologie radicale et religieuse. Par ailleurs le profil psychopathologique est proche de la normale, avec notamment de bonne capacité d'empathie et sans suicidalité importante. Leur enfance est assez perturbée, mais avec une présence parentale de qualité acceptable, en tout cas meilleure que ce que l'on retrouve chez les délinquants ordinaires.

Il semble donc important de tenir compte de ces caractéristiques au moment de penser les politiques de prévention du phénomène de radicalisation que ce soit de la prévention primaire, en population générale, ou de la prévention secondaire dans la façon d'accompagner ces adolescents poursuivis pour AMT. Les ressources qu'ils manifestent au travers de leurs stratégies de coping, de leurs compétences intellectuelles ou de leur recherche de spiritualité permettent d'être optimiste quant aux effets positifs de suivis psychothérapeutiques et éducatifs.

2) Limites

La principale limite de cette étude est la taille restreinte de l'échantillon d'adolescents poursuivis pour AMT en comparaison de celui des adolescents placés en CEF. Avant tout, il semble important de rappeler qu'il s'agit d'un phénomène extrêmement marginal faisant de 15 adolescents sur 31 un échantillon tout à fait représentatif. De plus, nous avons pris soin de vérifier que les 16 adolescents qui ont refusé de participer à l'étude ne présentaient pas de différences statistiquement significatives en termes d'âge, de sexe, de composition de la fratrie, de proportion de redoublements scolaires, d'intervention de services sociaux ou de parcours de soin. Malgré cette représentativité, la comparaison statistique a souffert de la disparité entre le groupe des AMT et des CEF, en termes de nombres de sujets, d'âge (le groupe AMT est plus âgé) mais surtout en ce qui concerne la variable de genre puisque les sujets féminins représentent 40% de l'échantillon des adolescents poursuivis pour AMT contre seulement 5% pour les adolescents placés en CEF. Au-delà de la constatation que le phénomène de radicalisation concerne davantage de jeunes filles que le phénomène délinquantiel, il semble nécessaire de considérer cela comme une limite à la comparaison statistique.

Enfin, il semble important de tenir compte des transformations rapides du phénomène de radicalisation au moment de considérer ces résultats. En effet, les 15 adolescents poursuivis pour AMT qui ont été examinés dans cette étude ont adhéré de façon claire et manifeste à l'idéologie que proposait Daesh entre 2014 et 2017. Pour une majorité d'entre eux, les faits qui ont conduits à leur judiciarisation sont des discussions entretenues avec des membres de Daesh via internet ou physiquement et qui ont amené, certains d'entre eux, à tenter de commettre un acte violent en France ou partir en zone de guerre irako-syrienne. Or la défaite de Daesh et le

renforcement de l'action des services sécuritaires français limite forcément ces possibilités de passage à l'acte, que ce soit par la diminution drastique des campagnes de recrutement de Daesh sur Internet ou la récente impossibilité de se rendre sur un territoire qui est de moins en moins contrôlé par l'organisation djihadiste et de plus en plus surveillé par la coalition internationale. Ainsi, il semble important de tenir compte de ces éléments de réalité au moment de considérer les résultats de cette étude puisque sa reproductibilité semble difficile étant donné l'impact de la situation géopolitique sur le phénomène de radicalisation.

3) Considérations générales

Au plan de la clinique de l'adolescence, nous pouvons considérer leurs conduites radicales comme une tentative de gestion adaptative, de forme certes tout à fait problématique, d'une crise majeure. Mais il nous semble nécessaire de considérer les capacités transformatives de l'adolescence, la plasticité et le dynamisme propre à cet âge. Face à leur besoin de trouver des moyens de traiter leur bouillonnement interne, notre rôle, comme éducateurs, soignants, thérapeutes, ou simplement adultes qui les entourent, apparaît comme essentiel. Leurs conduites radicales leur permettent de témoigner de leur manque d'ancrage, de la défaillance du lien, des racines, de la filiation, du côté de la famille, certes, mais également du côté du groupe sociétal. Il semble essentiel de considérer les manquements de ce collectif à leur égard étant donné que leurs positions idéologiques extrêmes témoignent du lieu particulier où se noue naturellement leur conflictualité intime. Si nous leur répondons en les assignant à la place de 'radicalisé', nous risquons de refermer les solutions identificatoires qu'ils recherchent et de les empêcher de se situer ailleurs, de ne plus se placer sous emprise ouvrant sur une juste distanciation par rapport à l'autre et l'acquisition d'un esprit critique.

Nous ne pouvons cependant ignorer le risque d'évolution vers une radicalisation qui persiste dans un engagement de plus en plus militant vers des comportements violents. Connaître les facteurs de risques d'évolution plus positive ou plus péjorative est une aide importante au projet de prévention. Un partenariat associant école, soins psychique, services sociaux et PJJ apparaît incontournable. Il est important que nous puissions occuper une fonction tierce à côté de ces relations duelles de dominant/dominé que l'on aperçoit dans leurs discours (ex: France/Islam;

musulmans/mécréants; français/arabe; justice des hommes/justice divine; privilège/injustice). Cela implique de ne pas faire d'eux des 'terroristes' ou des 'étrangers', pour les comprendre, permettre une rencontre sincère et ne pas chercher à en faire de simples victimes ou de simples bourreaux. Dans le même temps, il nous faut leur montrer que nous sommes, nous aussi, soumis à une loi, sans toute-puissance, que nous ne pouvons pas faire ce que bon nous semble, sans pour autant dénier le caractère extrêmement dangereux du choix identificatoire qu'ils ont initialement choisi. Lorsque leur environnement manifeste des réactions de peur et de rejet à leur égard, leurs possibilités de trouver une place qui leur permette de goûter aux joies de l'indépendance de pensée s'en trouvent réduites d'autant.

Ces quelques réflexions peuvent paraître relever du bon sens lorsque l'on est un psychologue, un éducateur ou un pédopsychiatre face à ces adolescents. Cependant, ce positionnement ne semble plus aller de soi lorsque l'on a affaire à la 'radicalisation' et au sentiment de danger que ce terme inspire. Nous avons observé nombre de professionnels et d'institutions qui n'étaient plus en mesure de tenir leur cadre institutionnel ou d'exercer leur fonction face à ces jeunes, parce qu'ils étaient considérés comme 'radicalisés'. Redonner confiance aux professionnels dans leurs compétences pour traiter cette clinique tout en veillant à ne pas confondre les rôles de chacun semble essentiel. L'accompagnement est presque toujours pluridisciplinaire mais l'on doit souligner le rôle fondamental des éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse dans le devenir de ces adolescents. Ces jeunes parviennent bien souvent à s'appuyer sur eux et se nourrir de ces adultes qui les accompagnent au quotidien et qui vont souvent à leur rencontre sans naïveté ni préjugés. Ils représentent bien souvent, par une présence solide et constante, ce relais qui permet un accrochage essentiel dans les premiers temps, puis l'invitation à un détachement progressif. C'est avant tout le rôle de ces éducateurs qui permet de donner du sens aux décisions judiciaires, aux accompagnements psychologiques mais également à la perspective d'un avenir meilleur.

En second lieu, les résultats de cette étude invitent à considérer le fait qu'il n'est pas possible de renvoyer ces adolescents à une pathologie psychiatrique, à une volonté suicidaire maquillée ou à une démarche cruelle opportuniste. Aucune de ces catégorisations ne rend compte d'une population qui présente des particularités qui lui sont propres. Par ailleurs, dans de précédents travaux de revue de la

littérature nous avons pu relever qu'une politique de prévention du phénomène de radicalisation ne peut se centrer sur un seul des facteurs déterminants repérés et doit donc intervenir de façon simultanée sur les différents niveaux (individuel, micro-environnemental et macro-environnemental) pour espérer avoir un impact efficace.

Enfin, il serait aussi heureux de ne pas centrer la recherche ou les prises en charges uniquement sur la radicalisation islamiste, d'autant que la promotion d'actions plus ou moins violentes existe au nom d'autres idéologies au sein de nos sociétés de plus en plus polarisées (mouvances d'extrême droite identitaire, mouvances d'extrême gauche tel que les Black Blocs, militance écologique par l'action directe...). Pour répondre à la trajectoire dite de proximité qui reste à distance des dispositifs d'aide mis en œuvre, il paraît licite de veiller à des politiques publiques dans les quartiers et les écoles, rappelant les valeurs civiques d'égalité et de liberté et mettant au centre des débats les besoins de l'enfant et la protection de l'enfance. Rappelons qu'aujourd'hui l'ensemble des institutions en charge d'enfants sont concernées, Education Nationale comprise. Les débats publics qui ont suivi le terrible attentat de Conflans Sainte-Honorine témoignent des discours de plus en plus radicaux qui s'opposent, renforçant l'illusion collective, tout aussi absurde que tenace, de positions qui seraient irréconciliables par essence. Certainement que l'avenir de ces jeunes est particulièrement lié au positionnement que notre groupe-société prendra face aux passions violentes qui émergent de toutes part.

4) Synthèse générale et recommandations

Les adolescents judiciairisés pour association de malfaiteurs en vue d'une entreprise terroriste (AMT) présentent certaines caractéristiques médico-psychologiques qui les différencient de la population générale mais aussi des délinquants « tout venants » rencontrés habituellement à la PJJ.

L'étude de cette population a pu être réalisée en incluant 15 des 34 adolescents poursuivis pour AMT en France en janvier 2018. Les 15 adolescents inclus dans l'étude ne se différencient pas des 19 autres.

Ils présentent une prévalence psychiatrique globale supérieure à la population générale (x2 à 2.5) mais sans trouble spécifique que l'on pourrait associer au phénomène de radicalisation. Les troubles psychiques les plus présents sont les états dépressifs et anxieux retrouvés dans 25 à 30% des cas. On note aussi une importance élevée de la personnalité « limite ».

En revanche, de nombreuses caractéristiques offrent des perspectives favorables. D'abord, l'empathie n'est pas défailante, et même plutôt élevée, associée à des taux d'hostilité et d'impulsivité attendus pour des adolescents de leur âge. Leurs capacités de coping sont aussi de bonne qualité. De même, la suicidalité n'est ni particulière ni aggravée. Enfin leur niveau intellectuel est ordinaire.

Enfin, l'analyse de leur enfance montre de fréquentes expériences adversives en particulier des négligences, associées à l'implication fréquente des services sociaux.

Ces adolescents n'ont globalement pas de troubles spécifiques, mais une dépressivité plus élevée associée à une enfance assez perturbée, sans pour autant présenter de défaillance notable dans le lien aux autres.

La comparaison avec les adolescents placés en Centre Educatifs Fermés (CEF), représentant les délinquants « tout venants », montre d'importantes différences. Ceux-ci présentent de très fréquents troubles des conduites, associés et recouvrant globalement leur passé délinquantiel d'atteintes aux biens ou aux personnes qui les a amenés en CEF. Les adolescents AMT n'ont pas ce passé ni ce trouble comportemental. De même, les adolescents CEF, au contraire des AMT, montrent un taux d'hostilité et d'impulsivité élevé, associé à un coping médiocre. AMT et CEF partagent en revanche un passé familial assez perturbé, moindre cependant chez les AMT, avec notamment des violences conjugales, une absence des pères et un parent en prison élevés dans les deux groupes, mais de façon plus importante chez les adolescents des CEF.

Les adolescents AMT ne sont pas des délinquants « islamisés ». Leur profil psychologique et notamment leurs capacités de coping et d'empathie, ainsi que les caractéristiques familiales, présagent d'une bonne réponse aux suivis éducatifs

renforcés, en particulier individuels, associés aux psychothérapies, incluant, de préférence, un travail familial.

V. Bibliographie

- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment : Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427- 454. <https://doi.org/10.1007/BF02202939>
- Bazex, H., & Mensat, J.-Y. (2016). 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. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174, 257- 265.
- Beck, A. T. (1975). Hopelessness and Suicidal Behavior : An Overview. *JAMA*, 234(11), 1146. <https://doi.org/10.1001/jama.1975.03260240050026>
- Beck, A. T. (1985). Hopelessness and eventual suicide : A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559- 563. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>
- Beck, A. T. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide : A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190- 195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1989). Clinical predictors of eventual suicide : A 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 17(3), 203- 209. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(89\)90001-3](https://doi.org/10.1016/0165-0327(89)90001-3)
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism : The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861- 865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

- Bénézech, M., & Estano, N. (2016). À la recherche d'une âme : Psychopathologie de la radicalisation et du terrorisme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(4), 235- 249.
- Boone, S. L., & Flint, C. (1988). A PSYCHOMETRIC ANALYSIS OF AGGRESSION AND CONFLICT-RESOLUTION BEHAVIOR IN BLACK ADOLESCENT MALES. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 16(2), 215- 226. <https://doi.org/10.2224/sbp.1988.16.2.215>
- Bouvard, M., Charles, G., Guérin, J., & Aimard, G. (1992). Etude de l'échelle de désespoir de Beck (Hopelessness Scale). Validation et analyse factorielle. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 18(3), 237- 240.
- Bouzar, D., & Martin, M. (2016). Pour quels motifs les jeunes s'engagent-ils dans le djihad ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(6), 353- 359. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.08.002>
- Bowlby, J., Holmes, J., & Wiart, Y. (1988). *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*. A. Michel.
- Bronsard, G., & Boyer, L. (2019). *Etude médico-psychologique d'adolescents placés en Centre Educatif Fermé en France (PSY-VS-VS-CEF; p. 72)*. Université de Bretagne Occidentale. <https://anmda.fr/sites/default/files/mediatheque/documents/Rapport%20Final%20VS%20VA%20CEF%20BRONSARD.pdf>
- Bryant, B. K. (1982). An Index of Empathy for Children and Adolescents. *Child Development*, 53(2), 413. <https://doi.org/10.2307/1128984>

- Corner, E., & Gill, P. (2015). A false dichotomy ? Mental illness and lone-actor terrorism. *Law and Human Behavior*, 39(1), 23- 34.
<https://doi.org/10.1037/lhb0000102>
- Daniel, C. (2008). *Evaluation des effets d'un programme de développement de l'empathie chez des enfants présentant des difficultés relationnelles* [Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/1623/1/D1686.pdf>
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and Venturesomeness : Their Position in a Dimensional System of Personality Description. *Psychological Reports*, 43(3_suppl), 1247- 1255.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1978.43.3f.1247>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245- 258.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others : Age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16(3), 253- 266. <https://doi.org/10.1006/jado.1993.1024>
- Greene, S. M. (1989). The Relationship Between Depression and Hopelessness : Implications for Current Theories of Depression. *British Journal of Psychiatry*, 154(5), 650- 659. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.5.650>
- Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & Garny de La Rivière, S. (2018). Borderline personality disorder in adolescents : Prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 9*, 199- 210. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S156565>

- Guilé, J. M., Greenfield, B., Berthiaume, C., Chapdelaine, C., & Bergeron, L. (2009). Reliability and diagnostic efficiency of the abbreviated-diagnostic interview for borderlines in an adolescent clinical population. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(9), 575- 581. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0015-x>
- Guilé, J. M., Greenfield, B., Fombonne, E., Dray, P., Ahmadi, S., & Larson, C. (2003). Development of an abbreviated version of the diagnosis interview for borderlines. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*(2), 139.
- Guilé, J.-M., Chapdelaine, C., Desrosiers, L., Cornez, C., Bouvier, H., & Breton, J.-J. (2009). Preliminary study of the reliability of the affective liability scales adapted for teenagers in a French-speaking internal population. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 18*, 293- 299.
- Khosrokhavar, F. (2014). *Radicalisation* (Éditions de la Maison des sciences de l'homme).
- Labelle, R., Breton, J.-J., Berthiaume, C., Royer, C., Raymond, S., Cournoyer, M., Balan, B., Zaloum, T., Bibaud, A., Gauvin, G., & Janelle, A. (2015). Psychometric properties of three measures of protective factors for depression and suicidal behaviour among adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 60*(2 Suppl 1), S16-26.
- Osman, A., Downs, W. R., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Baker, M. T., Osman, J. R., Besett, T. M., & Linehan, M. M. (1998). The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A) : Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology, 54*(8), 1063- 1078. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199812\)54:8<1063::aid-jclp6>3.0.co;2-z](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199812)54:8<1063::aid-jclp6>3.0.co;2-z)

- Owen, L. (1997). Adolescent coping, Theoretical and research perspectives, Erica Frydenberg, 1997, Routledge, London & New York, 233 pages. *Children Australia*, 22(2), 17- 18. <https://doi.org/10.1017/S1035077200008142>
- Pronovost, J., Tétreault, K., & Leclerc, D. (2005). Le programme de coping « Faire Face » : Expérimentation auprès d'adolescents en centres jeunesse. *L'Enjeu*, 12(1), 39- 47.
- Ranieri, W. F., Steer, R. A., Lavrence, T. I., Rissmiller, D. J., Piper, G. E., & Beck, A. T. (1987). Relationships of Depression, Hopelessness, and Dysfunctional Attitudes to Suicide Ideation in Psychiatric Patients. *Psychological Reports*, 61(3), 967- 975. <https://doi.org/10.2466/pr0.1987.61.3.967>
- Turvey, B. E. (2002). *Criminal profiling : An introduction to behavioral evidence analysis* (2nd ed). Academic Press.
- Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et Validation Canadienne-Française de L'échelle de L'estime de Soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305- 316. <https://doi.org/10.1080/00207599008247865>

VI. Annexes

1) Courrier avis favorable CPP

COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES
« EST IV »

1, place de l'Hôpital
67091 STRASBOURG Cedex
☎ : 03.88.11.60.03
Fax : 03.88.11.63.48
E-mail : cpp.est4@chru-strasbourg.fr

Strasbourg, le 12 janvier 2018

Le Président

Docteur Guillaume BRONSARD
Faculté de Médecine
Laboratoire de Santé Publique
27 boulevard Jean Moulin
13005 MARSEILLE

N° CPP	17/70
Promoteur	Docteur Guillaume BRONSARD Chercheur associé au Laboratoire de Santé Publique Faculté de Médecine 27 boulevard Jean Moulin 13005 MARSEILLE
Investigateur coordonnateur	Docteur Guillaume BRONSARD Laboratoire de Santé Publique Faculté de Médecine 27 boulevard Jean Moulin 13005 MARSEILLE

Monsieur,

Lors de sa réunion du 9 janvier dernier, le Comité a pris connaissance des réponses que vous avez apportées le 23 décembre 2017, faisant suite à l'avis différé émis en séance du 12 décembre, concernant le projet

Etude médico-psychologique (prévalence psychiatrique, empathie, suicidalité) chez les adolescents radicalisés confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse en France
Etude Psy-R-PJJ

IDRCB 2017-A02713-50

Les réponses ont été jugées satisfaisantes par le Comité et vous voudrez bien trouver ci-joint l'avis favorable qu'il a émis.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Professeur Philippe WOLF

2) Courrier de la PJJ



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

LA DIRECTRICE

Paris, le **02 FEV. 2010**

À Mesdames et Messieurs les directeurs
interrégionaux de la Protection Judiciaire
de la Jeunesse
Madame la Directrice générale de l'École
nationale de Protection Judiciaire de la
Jeunesse

Objet : Démarrage de l'étude médico-psychologique (prévalence psychiatrique, empathie, suicidalité) chez les adolescents radicalisés confiés à la PJJ

La direction de la PJJ est associée à une recherche pilotée par le docteur Bronsard (pédopsychiatre, Maison Départementale de l'Adolescent et CMPPD, Santé Publique, Marseille) relative à la "prévalence, empathie et suicidalité chez les adolescents radicalisés confiés à la PJJ".

Cette recherche a pour objectif de renforcer les connaissances quant à la possible existence d'un lien spécifique entre pathologie mentale et radicalisation.

Les territoires concernés par la prise en charge des mineurs poursuivis pour des faits d'association de malfaiteurs en vue d'une entreprise terroriste seront sollicités par l'équipe de chercheurs, laquelle est composée de Guillaume Bronsard, Aurélien Varnoux (pédopsychiatre, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Région Ile-de-France), Nicolas Campelo (psychologue-chercheur, CHU La Pitié Salpêtrière, Paris) et Marc-Antoine Podlipski (pédopsychiatre, CHU de Rouen).

La recherche sera basée sur des entretiens avec des mineurs (sur la base du volontariat), avec les professionnels en charge de ces derniers, sur des auto-questionnaires que les adolescents devront remplir seuls ou accompagnés et sur l'étude des dossiers. Sa méthodologie est prévue pour s'intégrer facilement dans le déroulement des missions habituelles de la PJJ.

Il convient donc de leur permettre d'accéder à ces derniers et d'organiser le déploiement de la recherche sur vos inter régions et territoires. Leurs interlocuteurs seront les référents localité et citoyenneté des DIR et DT.

Madeleine MATHIEU

DPJJ
13 Place Vendôme, 75042 Paris Cedex 01
Téléphone : 01 44 7760 60

3) Notice d'information adressée aux parents

Etude Psy-R-PJJ. Promoteur/investigateur : Dr Guillaume BRONSARD. Sept 2017

NOTICE D'INFORMATION DESTINEE AUX REPRESENTANTS D'UN SUJET MINEUR

Etude médico-psychologique (prévalence psychiatrique, empathie, suicidalité) chez les adolescents radicalisés confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse en France

Titre abrégé : Psy-R-PJJ

VERSION1 DU 22 SEPT 2017

NUMERO ID RCB : [2017-A02713-50](#)

Promoteur/Investigateur : Dr Guillaume BRONSARD

Chercheur associé Aix-Marseille Université, EA 3279 Maladie chronique et qualité de vie, Service de Santé Publique, Faculté de médecine de Marseille et EA 7479, SPURBO, Faculté de médecine de Brest

guillaume.bronsard@free.fr

Madame, Monsieur,

Le Dr Guillaume Bronsard pédopsychiatre en collaboration avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), mène une étude médico psychologique auprès des jeunes mineurs confiés à la PJJ pour radicalisation réelle ou supposée intitulée :

« *Etude médico-psychologique (prévalence psychiatrique, empathie, suicidalité) chez les adolescents radicalisés confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse en France* »

POURQUOI FAIRE CETTE ETUDE ?

Cette recherche a pour but de mieux connaître certaines caractéristiques psychologiques des adolescents confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) en France pour des motifs de radicalisation, réelle ou supposée. Nous allons chercher à savoir si ces adolescents présentent des difficultés psychologiques particulières (anxiété, impulsivité, dépression...), mais aussi s'ils ont vécu des événements possiblement perturbant sur le plan affectif pendant leur enfance.

Les résultats de cette étude doivent permettre de mieux connaître les besoins de prévention et d'accompagnement psychologique et éducatif à proposer aux adolescents dans cette situation.

Le projet a reçu l'autorisation et l'avis d'instances réglementaires qui ont pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection de votre enfant et de ses droits à savoir :

- L'autorisation de mise en œuvre du traitement des données de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le N°.....
- L'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP)..... sous le N°....., du

Nous vous proposons donc d'envisager que votre enfant soit inclus dans cette étude scientifique.

COMMENT SE DEROULE L'ETUDE ?

L'étude sera proposée à tous les mineurs confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) au sujet du thème de la radicalisation. Les adolescents participant seront volontaires. Il est nécessaire qu'ils soient francophones. Il n'y a pas d'autres critères de sélection.

La participation de votre enfant consiste à répondre à des questionnaires en face à face dans un bureau avec un professionnel formé qui a l'habitude de travailler sur ce sujet et ce public. Les questions posées porteront sur : la dépression, l'hostilité, l'estime de soi, l'attachement,...

Toutes les données et informations recueillies pendant ces entretiens seront strictement confidentielles et réservées uniquement à l'étude.

Les questionnaires seront non identifiants c'est-à-dire qu'il n'y aura pas le nom de votre enfant et rien ne permettra de faire le lien avec lui.

Les données recueillies seront saisies et stockées sur fichiers informatiques sous un code (numéro d'ordre, date d'inclusion et année de naissance) connu que par le promoteur et les personnes s'occupant du traitement des données.

QUELS SONT LES BENEFICES ATTENDUS ?

Cette recherche est sans bénéfice individuel direct, c'est-à-dire qu'elle n'apportera pas d'information sur les capacités de votre enfant. Elle n'a pas non plus de valeur de test médical sur le développement de votre enfant mais permettra une meilleure connaissance sur le sujet afin de mettre en place des programmes de prévention mais aussi une meilleure prise en charge de ces mineurs.

QUELLES SONT LES CONTRAINTES ET DESAGREMENTS ?

Les entretiens peuvent être longs (2h30) mais peuvent se réaliser en plusieurs fois. Ils doivent être intégrés dans le programme et l'organisation de l'institution ou du dispositif auquel votre enfant est confié.

La durée de participation de votre enfant à l'étude est égale au temps de passation des questionnaires.

QUELS SONT VOS DROITS EN TANT QUE PARENT D'UN PARTICIPANT MINEUR A CETTE RECHERCHE ?

La participation de votre enfant est basée sur le volontariat, il peut refuser de participer à cette étude ou vous pouvez refuser qu'il y participe sans fournir aucune forme de justification. De plus, au cours de l'étude, votre enfant est libre d'interrompre sa participation au protocole à tout moment, sans aucune conséquence pour lui.

Vous pouvez exprimer votre refus à tout moment, même si l'étude a débuté, en le signalant directement aux responsables de l'étude (mail et adresse plus bas) ou aux responsables de l'équipe PJJ. Il ne vous sera demandé aucune explication.

La participation à cette recherche n'aura aucune influence sur la procédure juridique en cours le concernant. Toutes les réponses sont anonymes, et il ne sera pas possible de lier un nom aux réponses données. Les réponses aux questionnaires ne peuvent en aucun cas être utilisées dans la procédure juridique.

Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique (Titre II du Livre Premier relatif aux recherches biomédicales). Ces informations sont consultables sur le site Internet de Legifrance (www.legifrance.gouv.fr).

L'investigateur principal de cette étude est le Docteur Guillaume Bronsard, université d'Aix-Marseille (EA 3279 Maladie chronique et qualité de vie) e et EA 7479, SPURBO, Faculté de médecine de Brest.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, relatif au traitement de ces données personnelles. Ces droits s'exercent auprès du responsable de l'étude (Dr Guillaume BRONSARD).

Vous serez informé, si vous le souhaitez, des résultats globaux concernant cette étude par l'investigateur (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique).

Le personnel médical et non médical impliqué dans cette étude est soumis au secret médical et professionnel vis-à-vis des données recueillies au cours de l'étude.

Ce document vous appartient et nous vous invitons à en discuter avec votre enfant et vos proches et de nous indiquer votre décision de la participation ou non de votre enfant dans l'étude par le biais de l'équipe qui fait son suivi

Dr Guillaume BRONSARD
Promoteur/Investigateur principal de l'étude,
guillaume.bronsard@free.fr

4) Notice d'information adressée aux adolescents

Etude Psy-R-PJJ. Promoteur/investigateur : Dr Guillaume BRONSARD. Décembre 2017

Notice d'information destinée aux adolescents

« Etude médico-psychologique (prévalence psychiatrique, empathie, suicidalité) chez les adolescents radicalisés confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse en France »

Titre abrégé : Psy-R-PJJ

Version 2 du 22 déc 2017

Numéro ID RCB : 2017-A02713-50

Madame, Monsieur,

Le **Dr Guillaume Bronsard**, investigateur de l'étude, vous propose de participer à la recherche intitulé : « Projet d'étude médico-psychologique (prévalence psychiatrique, empathie, suicidalité) chez les adolescents radicalisés confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse en France ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation. Vous pourrez durant l'étude vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

Cette recherche a pour but de mieux connaître certaines caractéristiques psychologiques des adolescents, qui comme vous, sont confiés à la PJJ pour une situation de radicalisation réelle ou supposée.

Nous allons chercher à savoir si ces adolescents présentent des signes de difficultés psychologiques (anxiété, impulsivité, dépression...), mais aussi s'ils ont vécu des événements possiblement perturbant sur le plan affectif pendant leur enfance.

Ces connaissances doivent permettre de mieux dépister les besoins de prévention et d'accompagnement psychologique et éducatif à proposer à ces adolescents qui comme vous sont dans cette situation.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Votre participation est volontaires Il est nécessaire que vous soyez francophone. Il n'y a pas d'autres critères de sélection. Tous les adolescents confiés à la PJJ au sujet du thème de la radicalisation peuvent y participer. Toutes les données recueillies seront anonymes et réservées à l'étude.

Le personnel médical et non médical impliqué dans cette étude est soumis au secret médical et professionnel, notamment vis-à-vis des autorités judiciaires.

Si vous acceptez de participer à l'étude, un professionnel formé vous rencontrera dans un bureau au sein de votre lieu d'accueil afin de compléter les questionnaires. Ces rencontres seront en face à face.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

Les entretiens avec les professionnels peuvent être longs (2h), mais ils seront possiblement réalisés en plusieurs fois en accord avec le calendrier et l'organisation de votre lieu d'accueil.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre prise en charge ni la qualité des soins qui vous seront fournis si nécessaire.

La participation à cette recherche n'aura aucune influence sur la procédure juridique en cours vous concernant. Toutes les réponses sont anonymes, et il ne sera pas possible de lier un nom aux réponses données. Les réponses aux questionnaires ne peuvent en aucun cas être utilisées dans la procédure juridique.

Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique (Titre II du Livre Premier relatif aux recherches biomédicales). Ces informations sont consultables sur le site Internet de Legifrance (www.legifrance.gouv.fr)

Le promoteur/investigateur de cette étude est le Dr Guillaume Bronsard, Chercheur associé Aix-Marseille Université, EA 3279 Maladie chronique et qualité de vie, Service de Santé Publique, Faculté de médecine de Marseille et EA 7479, SPURBO, Faculté de médecine de Brest.

Le protocole a été soumis aux instances réglementaires (qui ont pour mission de vérifier que les conditions requises pour votre protection et celle de vos droits sont respectées) et a reçu :

- Une autorisation de mise en œuvre du traitement des données de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) du 03 juillet 2017, sous le N°2079988 v0
- Un avis favorable du Comité Protection des Personnes Est IV sous le N°1770, du 9 janvier 2018.

Les données recueillies seront stockées sur fichiers informatiques sous un code (numéro d'ordre, date d'inclusion et année de naissance) connu que par le promoteur et les personnes s'occupant du traitement des données (promoteur, statisticien et attachée de recherche clinique) et seront non identifiantes (aucun nom ne sera enregistré dans le fichier).

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition relatif au traitement de vos données personnelles.

Vous avez la possibilité si vous le souhaitez, d'être informé des résultats globaux de cette étude (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique).

Dr Guillaume BRONSARD

Promoteur /investigateur de l'étude,
guillaume.bronsard@free.fr

5) Note complémentaire sur le déroulement de l'étude

Programmation de l'étude médico-psychologique (prévalence psychiatrique, empathie, suicidalité) chez les adolescents radicalisés confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse

PSY-R-PJJ

Note complémentaire

16 février 2018

Dr G Bronsard, promoteur de l'étude

Les Référents Laïcité Citoyenneté Régionaux (RLC-R) ont été informés par la DNPJJ le 5 février du lancement de la recherche. Mme Diallo (ARC) a pu par la suite échanger avec certains d'entre eux pour envisager la programmation des démarches préparatoires. Plusieurs précisions concernant la procédure apparaissent nécessaires :

1/ Transmission de données confidentielles ou « à risque » à l'ARC par email

L'ARC doit obtenir auprès des RLC-R puis des RLC départementaux (RLC-D) des informations concernant l'âge, le lieu où l'adolescent peut être rencontré et la date de sortie ou de jugement à venir, afin d'organiser l'ordre des rencontres des adolescents.

Lorsque ces informations sont transmises par des documents numériques, l'utilisation de l'adresse email du promoteur guillaume.bronsard@justice.fr sera proposée.

2/ Procédure d'information de l'entourage de l'adolescent avant l'inclusion

Le nombre d'adolescent est peu important (une trentaine) permettant à l'ARC d'envisager avec chaque RLC-D au cas par cas la transmission de l'information auprès des parents et de certains professionnels, à partir de documents standardisés. Il apparaît que le responsable ou directeur du service (DS) dans lequel est placé ou incarcéré l'adolescent devrait être le mieux positionné pour transmettre les informations. Cependant, dans certains cas le RLC-D ou l'éducateur référent pourraient être plus opportuns. Le DS sera sollicité par l'ARC après une information préalable du RLC-D.

2-1 Parents

Les parents doivent être informés de la possibilité de l'inclusion de leur enfant à l'étude et de leur possibilité de s'y opposer, sans justification. La catégorie de la recherche et le protocole tel que validé par le CPP nous autorisent à rechercher une simple « non opposition » après

diffusion de l'information. Il s'agit d'adresser la notice d'information validée et dédiée aux parents et, si cela est matériellement possible, de leur présenter oralement les enjeux et le déroulé de l'étude. Un envoi avec AR n'est pas nécessaire. L'aboutissement de la transmission de l'information sera noté dans le dossier de l'adolescent au sein du service.

2-2 Information parallèle aux professionnels judiciaires impliqués auprès de l'adolescent : JE, Parquet, Avocat

Le Juge pour Enfant, le Juge du Parquet et l'avocat de l'adolescent seront destinataires d'une information sur le déroulement de la recherche pouvant concerner l'adolescent dont ils s'occupent. Le texte type sera adressé par l'ARC au RLC-D ou au DS pour transmission.

Texte type :

« Madame, monsieur (personnaliser)

Nous souhaitons vous informer que l'étude « médico-psychologique (prévalence psychiatrique, empathie, suicidalité) chez les adolescents radicalisés confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse » portée par le Dr Bronsard (pédopsychiatre, Marseille) est en cours. Cette recherche a pour objectif de renforcer les connaissances sur un éventuel lien entre pathologie mentale et radicalisation. Il s'agit d'une étude volontaire, anonyme, qui se déroule par une rencontre avec un professionnel spécialisé dans le lieu de vie actuel de l'adolescent, et entrant facilement dans le processus habituel de suivi de la PJJ. Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (N°1770, du 9 janvier 2018). L'étude sera proposée à tous les adolescents mis en examen ou condamnés pour association de malfaiteur en vue d'une entreprise terroriste sur le territoire.

Le promoteur, le Dr Bronsard, est à votre disposition si vous souhaitez plus d'information (guillaume.bronsard@free.fr)

Nom de l'expéditeur (RLC-D ou Responsable du service)

3/ Organisation de la rencontre entre les investigateurs et l'adolescent

Après la finalisation des démarches préparatoires contrôlées par l'ARC, les investigateurs joindront directement les DS préalablement informés par le RLC-D pour convenir d'une date et des démarches administratives à réaliser pour l'accès aux centres, notamment de détention.

6) Grille d'entretien semi-structuré « radicalisation »

Entretien Semi-structuré pour la cotation de la grille « Radicalisation »

AMT ou « radicalisation » :

Question ouverte sur ce qui l'a amené à être mis en examen pour AMT ou perçu comme « radicalisé ».

- I) **Avant l'engagement radical** : « Maintenant nous allons nous intéresser à votre vie passé ou avant que vous soyez perçu comme radicalisé ».

Aspect Familial :

- Demander qui compose le foyer familial, s'il y habite toujours, s'il y a des absents qui sont-ils et depuis combien de temps ?
- Lui poser la question de comment ça se passait lorsqu'il était petit à la maison ? Qui l'a élevé ?
- Poser des questions autour de l'histoire parentale/familiale, d'une éventuelle histoire migratoire. Questionner autour de ce que font ses parents dans la vie.
- Demander si il ou elle est marié, a des enfants.

Parcours scolaire et/ou professionnel :

- Demander de raconter brièvement son parcours scolaire (déterminer s'il y a eu des ruptures, des refus à des concours d'entrée, des renvois...) ?
- Interroger sur les différents projets d'études et projets professionnels qui ont pu être les siens tout du long.

Vécu négatif par rapport à l'environnement de vie :

Interroger sur l'existence chez lui/elle durant son enfance ou son adolescence de sentiments négatifs par rapport à son entourage. Si oui, quel est-il ?

Si il/elle n'en dit pas grand-chose l'interroger sur des sentiments négatifs tels que Sentiment d'être rejeté, Vécu d'humiliation, Sentiment d'être de « nulle part », sentiment d'injustice.

Traumatisme :

Poser la question d'un éventuel traumatisme dans l'histoire de vie. Si oui, lequel ?

Engagement politique :

Poser la question d'un éventuel engagement politique ou citoyen préalable à l'engagement radical. Si oui, quel était-il ?

Parcours social :

Interroger sur d'éventuels intervenants sociaux ou éducatifs durant leur parcours de vie. Si oui, préciser.

Antécédents judiciaires :

Interroger sur la présence d'antécédents judiciaires. Si oui, lui demander de les préciser brièvement. Si oui, demander la façon dont il ou elle les perçoit actuellement (regrets, culpabilité ?)

Obsessions :

« Avez-vous déjà été gêné(e), par le passé, par des pensées ou des obsessions que vous jugeriez « mauvaises » ? » Si oui quelles sont-elles ? Comment il/elle les voit maintenant ?

Investissement de la sphère libidinale :

Question aux garçons : « Comment décririez-vous vos rapports avec les filles de votre âge durant votre parcours de vie ? », « Est-ce que ce rapport a changé dernièrement ? », « Comment envisagez-vous la vie de couple ? ».

Question aux filles : « Comment décririez-vous vos rapports avec les garçons de votre âge durant votre parcours de vie ? », « Est-ce que ce rapport a changé dernièrement ? », « Comment envisagez-vous la vie de couple ? ».

- II) **Engagement radical et Comportements :** « Maintenant nous allons nous intéresser à la période au cours de laquelle vous avez pris cet engagement qui vous a conduit à être perçu comme « radicalisé » ».

Motifs d'engagement :

Proposer de raconter les raisons ou les événements qui ont conduit à cet engagement.

Privilégier une réponse spontanée, mais s'il ne veut/peut pas en dire grand-chose, proposer divers motifs d'engagement auxquels il/elle peut répondre « oui » ou « non » en fonction de leur correspondance avec les principales raisons qui l'ont conduit à cet engagement (limité le choix à 2 ou 3 motifs) :

- Recherche d'une société meilleure
- Recherche de personnes avec qui partager des valeurs communes
- Volonté de fuir votre vie en France
- Faire payer des actes d'injustice ou de discrimination
- Porter assistance au peuple syrien et/ou à la communauté musulmane
- Trouver un lieu de vie meilleur pour élever ses enfants
- Echapper aux châtements de l'enfer
- Purifier son âme
- Trouver un conjoint(e) et fonder une famille
- Sauver son âme face à une fin du monde perçue comme imminente

- S'engager dans un combat armé
 - Recherche de sensations fortes
 - Intégrer une communauté pour se sentir mieux en tant qu'homme ou en tant que femme.
 - Volonté de donner un sens à sa mort
-
-
-

Croyances et Religion :

- Poser la question de sa croyance préalable à cet engagement. Si oui, est-ce qu'il ou elle était très pratiquant ?
 - Poser la question de sa croyance actuelle et de la façon dont il pratique. Ce que ça lui apporte.
 - Question sur les croyances familiales (pratiquant ou pas).
-
-
-

Habitudes et Comportements :

- Question ouverte concernant d'éventuels changements d'habitudes ou de comportements après son engagement (Fréquentation, Alimentation, Vestimentaire, Activités, etc.).
 - Filles : Question concernant le voile. Lequel elles ont pu porter : Hijab (couvre les cheveux, les oreilles et le cou), Jilbab (couvre l'ensemble du corps hormis les pieds, les mains et le visage), Niqab (voile intégral à l'exception des yeux) ou Burqa (voile intégral et grillage pour les yeux) ?
Poser la question des raisons pour lesquelles elles l'ont porté.
-
-
-

Vidéos/Internet :

Question sur la consultation d'internet en rapport avec leur engagement ? Si oui, quel type de contenus (vidéos, forums, tchats, réseaux sociaux).

Privilégier une réponse spontanée, mais si il/elle reste très vague sur les vidéos consultées :
Proposer ces types de contenus en demandant de répondre oui ou non en fonction de leur correspondance avec le contenu des vidéos qu'ils ont majoritairement regardés :

- Vidéos sur la Fin du Monde
- Vidéos sur les Châtiments de l'enfer

- Vidéos violentes (décapitation/mise à mort)
 - Vidéos évoquant les bienfaits du mariage et de la vie de couple
 - Vidéos à la gloire du groupe combattant
 - Vidéos montrant les horreurs subies par la communauté musulmane
 - Vidéos évoquant les bienfaits des valeurs islamiques
 - Vidéos de prêche
-
-
-

Dimension groupale :

Questionner sur la façon dont il ou elle a rencontré l'idéologie radicale.

Poser la question de l'appartenance éventuelle à un groupe (en précisant qu'il n'est pas nécessaire de fournir de noms). Si oui, demander comment il ou elle s'y sentait, ce qui pouvait leur plaire ou leur déplaire. Ce que le groupe lui apportait. Demander s'il y a quelqu'un en particulier à qui il ou elle est attaché dans ce groupe. Quelqu'un dont l'opinion compte.

7) Grille de cotation « radicalisation »

1) Grille de cotation

N° d'inclusion :

Date :

Année de naissance :

Faits radicaux	Faits rapportés par le sujet	
	Faits reprochés par la justice	

Critère	Caractéristique	Cotation		Commentaire
		Score (Cocher avec un "X" si non-exploitable)	Refus (Cocher avec un "X")	
Caractéristiques socio-culturelles	Garçon (1) / Fille (0)			
	Confession (0 Sans confession, 1 Islam, 2 Christianisme, 3 Judaïsme, 4 Hindouisme, 5 Bouddhisme, 6 Autre)			
	Confession familiale (0 Sans confession, 1 Islam, 2 Christianisme, 3 Judaïsme, 4 Hindouisme, 5 Bouddhisme, 6 Autre)			
	Conversion à l'islam (0 Non, 1 Oui)			
	Précarité socio-économique de la famille			

Critère	Caractéristique	Score (0 Non, 1 Oui) (Cocher avec un "X" si non-exploitable)	Refus (Cocher avec un "X")	Commentaire
Parcours de vie (Avant engagement radical)	Jeune parent avec enfant(s) en bas âges			
	Projet professionnel dans les métiers d'aide/de soin/humanitaires			
	Agression sexuelle dans le parcours de vie (préciser si intra ou extra-familiale)			
	Evènement traumatique brutal concernant un proche (deuil, maladie, séparation)			

	Violences intra-familiales			
	Discontinuités multiples dans le parcours scolaire/professionnel			
	Refus à un concours d'entrée de l'armée et/ou gendarmerie			
	Père absent			
	Mère absente			
	Connu des services de l'ASE			
	Placé en foyer ou en famille d'accueil			

Critère	Caractéristique	Score (0 Non, 1 Oui) (Cocher avec un "X" si non-exploitable)		Refus (Cocher avec un "X")	Commentaire
		Préalable	Suite à radic.		
Parcours de vie (Avant engagement radical)	AEMO				
	Hospitalisation en Pédopsychiatrie				
	Suivi par un Pédopsychiatre				
	Tentative de Suicide dans le parcours de vie				
	Suivi en Psychothérapie/Consultations psychologiques				
	Engagement Politique/Citoyen				
	Condamnation pour violence envers les personnes				
	Condamnation pour trafic de stupéfiant				
	Condamnation pour autre trafic				
	Condamnation pour dégradation de bien				

Critère	Caractéristique	Score (0 Non, 1 Oui) (Cocher avec un "X" si non-exploitable)		Refus (Cocher avec un "X")	Commentaire
		Préalable	Suite à radic.		
Parcours de vie (Avant engagement radical)	Trouble Obsessionnel Compulsif				
	Rituels religieux surinvestis				
	Obsessions sexuelles				
	Apparence très sexualisée				
	Conduites sexuelles à risque				
	Toxicomanie/Consommation de substances psychoactives				
	Addiction aux jeux-vidéos				

	Conduites d'addiction (hors tabac)				
	Recherche de sécurité dans le groupe				

Critère	Caractéristique	Score (0 Non, 1 Oui) (Cocher avec un "X" si non-exploitable)		Refus (Cocher avec un "X")	Commentaire
		Préalable	Suite à radic.		
Symptomatologie, Psychopathologie et Comportements	Volonté suicidaire				
	Conduites à risques				
	Scarifications				
	Troubles des Conduites Alimentaires				
	Troubles du sommeil				
	Fugues répétées				
	Errances				
	Comportement délinquant Comportement violente envers les autres				

Critère	Caractéristique	Score (0 Non, 1 Oui) (Cocher avec un "X" si non-exploitable)	Refus (Cocher avec un "X")	Commentaire
Vidéos consultées sur internet	Visionnage Vidéos Prêches			
	Visionnage Vidéos Macabres/Déshumanisation			
	Visionnage Vidéos Guerre insoutenable			
	Visionnage Vidéos Propagande d'idéalisation			
	Alternance avec le visionnage de vidéos pornographiques			
Motifs d'engagement	Volonté de fuir l'environnement de vie			
	Quête d'idéal			
	Sentiment de discrimination/injustice			
	Discours altruiste			
	Crainte de l'enfer/Fin du monde imminente			
	Recherche d'Adrénaline			
	Attirance pour le combat armé Aspiration à la domination			

	d'autrui			
	Quête d'une identité sexuée marquée			

Critère	Caractéristique	Score (0 Non, 1 Oui) (Cocher avec un "X" si non-exploitable)	Refus (Cocher avec un "X")	Commentaire
rapporé en lien avec la radicalisation	Sentiment d'être rejeté			
	Sentiment d'injustice			
	Vécu d'humiliation			
	Sentiment d'être de « nulle part »/de non-appartenance			
	Verbalise la volonté de mourir			
Discours durant l'entretien	Discours manipulateur			
	Discours séducteur			
	Discours désaffectivé			
	Discours restrictif			
	Discours agressif			
	Discours dénigrant			
	Discours réticent			
	Verbalise la volonté de mourir			

Critère	Caractéristique	Score (0 Non, 1 Oui) (Cocher avec un "X" si non-exploitable)	Refus (Cocher avec un "X")	Commentaire
Dimension groupale	Radicalisation solitaire			
	Radicalisation en groupe			
	Prise de contact par internet avec des individus radicalisés			
	Prise de contact par une rencontre physique			
	Evocation d'une figure de "mentor"			

Commentaires additionnels :

8.1 : Social

8.1.1 : As-tu déjà été placé oui non Ne sait pas

8.1.2 : Ta famille a-t-elle déjà eu une aide éducative judiciaire (exp : AEMO) : oui non Ne sait pas

8.2 : Médico-social (handicap)

8.2.1 : As-tu déjà été dans un ITEP (SESSAD, semi internat, internat) :

oui non ne sait pas

8.2.2 : As-tu déjà été en IME (SESSAD, semi internat, internat) :

oui non Ne sait pas

8.2.3 : As-tu un dossier MDPH :

oui non Ne sait pas

8.3 : Judiciaire/Pénal

As-tu déjà été condamné ou mis en examen pour :

- agression sur personne : oui non Ne sait pas

- atteintes aux biens : oui non Ne sait pas

- trafic de stupéfiants : oui non Ne sait pas

8.4 : Sanitaire (problème de santé)

8.4.1 : As-tu eu des problèmes de santé sérieux/sévère :

- physique : oui non Ne sait pas

- psychiatrique : oui non Ne sait pas

8.4.2 : As-tu déjà été suivi dans un :

- CMP ou CMPP ou CATTP : oui non Ne sait pas

- HDJ : oui non Ne sait pas

- MDA : oui non Ne sait pas

8.4.3 : As-tu déjà pris des médicaments (psychotropes) pour le sommeil, l'angoisse, la dépression, l'agitation :

oui non Ne sait pas

9) Liste synthétique des questionnaires utilisés

Questionnaires en Face-à-face :

- Questionnaire sociodémographique
- Questionnaire « radicalisation » (Entretien semi-structuré + Grille de cotation)
- MINI-KID 2
- Matrices de Raven
- CSSRS (échelle de gravité suicidaire)
- ACE (Maltraitance)

Auto-questionnaires :

- Ab-DIB (Trouble de la personnalité limite)
- ADRS (Dépression)
- BHS (Désespoir)
- EES-10 (Estime de soi)
- IPPA (Attachement)
- Echelle d'empathie de Bryant
- Echelle d'impulsivité de Eysenck
- BDHI (Hostilité)
- ACS (Coping)
- RFL-A (Raisons de vivre)