

SYNTHÈSE DES FOCUS GROUPS

« CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS »



OFDT

Note n°2011-12, à l'attention du comité de pilotage
« consultations jeunes consommateurs »

Saint-Denis, le 13/07/2011

Pôle Evaluation des politiques publiques

Ivana OBRADOVIC

ivana.obradovic@ofdt.fr

Objectifs du dispositif des consultations jeunes consommateurs (CJC)

Depuis leur lancement en 2004, les consultations jeunes consommateurs proposent un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives ainsi qu'à leurs familles. Les CJC ont vocation à assurer information et évaluation aux premiers stades de la consommation (usage, usage nocif) et déclencher une prise en charge brève ou une orientation vers d'autres structures si elle s'avère nécessaire. Elles doivent accueillir tous les publics, en s'adressant en priorité aux jeunes, et prendre en compte toutes les substances relevant de l'addictologie (alcool, cannabis, cocaïne, psychostimulants), ainsi que les addictions sans produit (jeux, internet). Une première évaluation du dispositif a montré que les CJC ont accueilli environ 70 000 personnes au cours des deux premières années d'activité, dont 45 000 usagers de produits, en majorité des jeunes de moins de 25 ans, et 25 000 personnes de leur entourage (métropole et Dom).

Contexte et objectifs de l'étude

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011 s'est fixé l'objectif d'améliorer l'accessibilité des « consultations jeunes consommateurs » (CJC) (fiche 3-3). Dans le cadre de sa mission d'aide à la décision, l'OFDT a été chargé par le comité de pilotage CJC, réuni le 21 septembre 2010, d'animer une **réflexion sur l'accessibilité et l'attractivité du dispositif**. Le principe d'une **enquête qualitative** à mener auprès d'un échantillon de CJC a été retenu, afin de répondre à deux objectifs :

- apporter des éléments de compréhension des données quantitatives obtenues grâce aux deux éditions de l'enquête sur les personnes accueillies en CJC (2005 et 2007), sur le profil et le type d'orientation des usagers reçus dans le dispositif et les pratiques professionnelles ;
- faire émerger des recommandations concrètes pour améliorer le fonctionnement du dispositif des CJC et l'ouvrir à de nouveaux patients.

L'enquête a été conduite auprès d'un **échantillon d'intervenants de CJC** au cours du 1^{er} semestre 2011. Il a été convenu qu'elle s'attacherait en priorité à ouvrir une réflexion sur les pistes d'amélioration de l'attractivité du dispositif des CJC, en répondant, avec les professionnels, aux questions suivantes :

- Pourquoi certaines CJC rencontrent-elles des difficultés de « recrutement » des jeunes ?
- Quelles sont les pratiques qui fonctionnent pour recruter de nouveaux publics ?
- Comment rendre les CJC plus attractives et comment inciter de nouveaux publics à venir ?

Il s'agissait donc de réfléchir à la manière d'augmenter la file active et de créer des conditions favorables au recrutement du public visé, c'est-à-dire les jeunes et les familles. L'enquête a aussi été l'occasion de dresser une photographie des points de débat entre les professionnels.

La méthode proposée par l'OFDT est celle des entretiens collectifs (*focus groups*), qui permet d'évaluer le dispositif en prenant en compte le point de vue des acteurs chargés de sa mise en œuvre. Le principe de deux *focus groups* de sept intervenants des CJC a été retenu par le comité de pilotage, pour échanger autour de trois thèmes :

1. Le recrutement des jeunes (difficultés, liens avec le réseau d'amont, partenariats),
2. La pratique au quotidien (accueil, organisation, prise en charge, orientation, etc.),
3. Les préalables cliniques à l'intervention (modes de repérage, clinique, référentiels).

Méthode

Les entretiens collectifs ont pris la forme d'une discussion entre professionnels intervenant au sein des CJC, encadrée par un évaluateur. Dans chacune des trois séances thématiques, l'objectif a été de déterminer la réponse du groupe aux problèmes posés par le fonctionnement des CJC et les « stratégies » locales mises en œuvre pour faire fonctionner le dispositif.

1. Intérêts et limites de la méthode des focus groups

Les avantages de la méthode des *focus groups* sont les suivants :

- sa capacité à collecter un grand nombre d'informations précises sur un sujet ciblé : elle offre un matériau qualitatif utile à l'interprétation des résultats d'études quantitatives ;
- sa capacité à rendre compte de la variété des opinions des professionnels sur un sujet donné et à mettre en évidence les différences de perspective, voire les clivages, existant entre différents types de professionnels ;
- sa capacité à objectiver les facteurs associés aux opinions et aux pratiques des différents groupes de professionnels ;
- sa vocation à faire émerger ou tester des idées nouvelles de façon interactive au sein d'un groupe ;
- son faible coût en temps de recueil de données et en moyens financiers.

Les principaux inconvénients de cette méthode sont les suivants :

- elle n'a pas vocation à être représentative ;
- elle présente le risque d'une domination de certains participants au sein du groupe (leaders d'opinion), d'où l'importance de bien choisir les membres du groupe et d'encadrer la discussion.

2. Constitution de l'échantillon

La méthode des *focus groups* impose des **règles de sélection minimales des participants** :

- ils doivent avoir des **caractéristiques communes et homogènes** en lien avec le thème abordé ;
- pour autant, ils doivent représenter des **profils différents**, pour que la discussion collective reflète la variété des points de vue sur le sujet traité : types de CJC différents, intervenants de formations différentes, etc. ;
- ils ne doivent **pas être trop familiers entre eux**, d'où l'intérêt de choisir des participants issus de régions différentes ;
- ils doivent être **volontaires et prêts à s'engager à participer aux trois séances** sans se faire remplacer (cohérence et continuité de la réflexion collective).

À partir d'une base initiale de 279 CJC (recensées en 2007), plusieurs critères de sélection discutés et validés au sein du comité de pilotage (cf. CR de la réunion du 11.10.2010) ont été appliqués pour déterminer les structures « éligibles » à la réflexion :

Critères d'exclusion :

- le faible volume d'activité de la CJC (moins de 10 consommateurs reçus par mois),
- la prédominance des personnes sous main de justice dans le public (plus de 75 %),
- l'uniformité des modes de recours à la CJC (moins de 4 types d'adressage, entre orientations judiciaire, scolaire, familiale, sociale ou démarche spontanée) ;
- la faible représentation des jeunes (- 25 ans) dans le public (moins de 25 % du public) ;
- l'absence totale de l'entourage au sein du public reçu ;
- l'intervention au sein de structures atypiques (PAEJ) ;
- le faible retour d'informations à l'OFDT ou l'incohérence du retour d'informations (non-réponse à SIMCCA¹ et à l'enquête de 2007 ou niveaux d'activité significativement différents déclarés dans les deux recueils) ;
- l'impossibilité technique de contacter la CJC (ni mail, ni téléphone, ni fax).

La base a été réduite de 80 % à l'issue de ce filtrage, représentant 54 CJC « éligibles » à la réflexion, c'est-à-dire suffisamment actives et bien placées pour prendre part à une discussion sur l'attractivité du dispositif (un cinquième de la base initiale).

Critères d'inclusion :

En partant de cette liste finale, les structures contactées ont été échantillonnées de façon à « panacher » chaque groupe de sept intervenants selon certains critères d'inclusion :

- représentativité géographique (quarts Nord-est, Nord-ouest, Sud-est, Sud-ouest) ;
- différenciation du volume d'activité de la CJC (activité moyenne, forte, très forte², mesurée par l'enquête quantitative sur les CJC de 2007) ;
- diversité des structures de rattachement (CSAPA spécialisé ex-CSST ou ex-CCAA, CSAPA avec plusieurs spécialités, CJC hospitalière) ;
- part des jeunes dans le public (de 50 à 75 % / de 75 à 100 %) ;
- présence de l'entourage dans le public (de 3 à 15 % / plus de 15 %) ;

Plus généralement, il a été décidé **d'éviter les structures atypiques** et de tendre vers une sélection de CJC bien réparties selon les critères suivants :

- accessibilité horaire,
- part des jeunes dans le public (en maximisant la part des structures accueillant surtout un public de moins de 25 ans),
- distribution des modes de recours (en minimisant la part des CJC accueillant une majorité de personnes sous main de justice).

Sur la vingtaine de structures contactées, quatre ont refusé de participer, particulièrement en milieu hospitalier. Les refus ont été motivés par la surcharge de travail, les difficultés d'autorisation administrative pour participer à des réunions extérieures et le temps de déplacement (qui explique la quasi-absence de CJC issues de la moitié Sud de la France). Aux treize CJC qui ont accepté de participer s'est ajoutée une quatorzième, sur suggestion de la Direction générale de la santé qui a proposé d'étoffer l'échantillon avec une consultation nouvellement ouverte (à Paris en 2009).

Les contacts téléphoniques pris avec les responsables des CJC et/ou les intervenants ont permis de définir le profil attendu des intervenants au sein de chaque groupe. Les critères de sélection minimale des professionnels invités étaient les suivants :

- des **intervenants possédant une pratique clinique** (c'est-à-dire qui accueillent eux-mêmes les consommateurs en consultation), les chefs de service et les responsables administratifs étant peu qualifiés pour prendre part à la réflexion ;
- une **représentativité des profils de praticiens** suivant la structure nationale des intervenants en CJC : environ 50 % de psychologues (au moins trois personnes par groupe), un infirmier et un

¹ Système d'information mensuel sur les consultations cannabis (OFDT).

² Activité moyenne : entre 10 et 24 consommateurs par mois ; activité forte : entre 25 et 49 consommateurs par mois ; activité très forte : au moins 50 consommateurs reçus par mois.

éducateur spécialisé dans chaque groupe ; la présence d'un médecin de santé publique dans chaque groupe n'a pu être assurée pour des raisons de disponibilités ;

- des intervenants ayant une **expérience d'accueil de l'entourage** des consommateurs.

Deux *focus groups* de sept professionnels intervenant en CJC ont ainsi été constitués en janvier. Les participants sont issus de neuf régions différentes (Bretagne, Île-de-France, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Rhône-Alpes, Centre, Haute-Normandie, Aquitaine).

3. Déroulement des *focus groups*

Chacun des deux groupes s'est réuni trois fois, en mars-avril 2011, pour des séances d'environ deux heures portant sur les thèmes de réflexion définis par le comité de pilotage (cf. introduction), communiqués aux participants avant le lancement des *focus groups*.

Les entretiens ont eu lieu dans les locaux de l'OFDT, lieu relativement neutre car ne constituant pas un lieu de pouvoir. Ils ont été menés dans une salle de réunion calme, facilement accessible et spacieuse. Le choix des places a été laissé à la discrétion des participants qui, dans les deux groupes, ont repris la même place d'une séance à l'autre.

D'emblée, les participants au groupe ont adopté le tutoiement, tout en maintenant le vouvoiement avec l'OFDT. Le processus d'interconnaissance et de constitution du groupe a été accéléré par le déjeuner commun organisé le premier jour. En effet, pour limiter les frais de déplacement, les deux premières séances ont été programmées le même jour (matin et après-midi), ce qui a permis d'organiser un temps de repas commun qui a activé les rapprochements.

Chaque séance a été conduite par un modérateur, en binôme avec un observateur, tous deux de l'OFDT. Chaque séance visait à répondre à une dizaine de questions ouvertes, courtes et claires, en allant du plus général au plus spécifique (cf. liste en annexe). Le rôle du modérateur était d'animer le groupe, de faire émerger les différents points de vue et d'orienter la conduite de la réunion par la reformulation des réponses et la synthèse des échanges. Le rôle de l'observateur, bon connaisseur du dispositif qu'il a suivi à travers SIMCCA et RECAP³, était de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissaient lors des réunions.

Le contexte institutionnel et les objectifs de la réflexion ont été précisés lors de la première séance et le principe de la méthode du *focus group* a été présenté. L'accord des participants pour l'enregistrement audio et la retranscription des échanges a été obtenu, avec une garantie de respect de l'anonymat. Les règles de discussion au sein du groupe ont été posées :

- limitation des échanges à l'état actuel du dispositif, à moyens constants et sans remise en cause des principes du cahier des charges (limite d'âge, spécificité par produit...);
- répartition et circulation de la parole ;
- respect de toutes les opinions et de la confidentialité des points de vue exprimés ;
- règles de prise de parole visant à garantir la qualité de l'enregistrement (parler de façon audible, éviter les apartés et les conversations parallèles, etc.).

Dans chacune des séances, la discussion a été menée en deux temps :

- état des lieux des pratiques et des problématiques rencontrées par structure ;
- stratégies mises en œuvre pour répondre aux difficultés identifiées et propositions.

Résultats

1. Remarques liminaires

La méthode des entretiens collectifs se caractérise d'entrée de jeu par la diversité du matériau recueilli. Les résultats présentés ici s'appuient sur l'exploitation de douze heures d'enregistrement audio et des

³ Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) (OFDT).

notes écrites mais aussi sur une série d'informations qualitatives non verbales. L'analyse prend en compte ce qui se passe et s'échange pendant l'interaction verbale mais aussi ce qui « déborde » (apartés, hésitations, reformulations, variations de ton, silences gênés, soupirs, etc.), l'objectif étant de repérer d'éventuels accords ou désaccords tacites, des préoccupations communes (ou au contraire clivantes), des évidences partagées, etc. Comme dans les enquêtes de type ethnographique, la restitution mêle éléments factuels et impressions, afin de livrer une image synthétique et claire des points de vue recueillis. Les constats et les propositions présentés dans cette note ont été hiérarchisés en fonction de leur récurrence et de l'adhésion qu'ils ont suscitée dans chacun des deux groupes de participants. Les extraits d'entretiens collectifs sont cités en italique et entre guillemets.

Il faut souligner la grande variété des profils de CJC représentés dans l'échantillon, qui rend la comparaison des situations et des problématiques difficile. Les CJC se différencient selon :

- leur **ancienneté** (la plus ancienne a été ouverte en 1999, avant la création du dispositif des CJC en 2004, et la plus récente en 2009),
- le **contexte local de mise en place** de la CJC et le **profil professionnel des « fondateurs »** : selon que la CJC a été développée par des intervenants en psychiatrie ou en alcoologie, le cadre d'intervention de la CJC n'est pas identique ; certains revendiquent même de n'avoir « *jamais fonctionné comme une CJC* » et d'être davantage des intervenants de première ligne en addictologie ;
- les **moyens affectés à la CJC** : la **taille de l'équipe** dédiée à la consultation (qui varie de 0,4 à 3 ETP dans l'échantillon, certains professionnels étant seuls affectés à la CJC), la présence ou non de **consultations avancées**, mais aussi la possibilité, ou non, de compter sur les **ressources de la structure de rattachement** : moyens logistiques (locaux et salle d'attente, possibilité de lits de sevrage), personnels et possibilités d'orientation : être adossé à un CSAPA doté d'une équipe pluridisciplinaire permet à l'évidence de « *trier* » les patients en fonction des missions spécifiques de la CJC et d'orienter, le cas échéant, les consultants vers un spécialiste plutôt que de privilégier un suivi long au sein de la CJC ;
- leur **localisation**, qui détermine notamment leur **accessibilité par les transports en commun** : milieu urbain, semi-rural ou rural, implantation en centre-ville ou non ;
- leur **volume d'activité** et la **structure du public accueilli** : caractérisées par une file active plus ou moins importante, les CJC accueillent un public plus ou moins diversifié, parfois composé uniquement d'usagers réguliers de cannabis, ou qui peut être élargi aux consommateurs simples ou à risque, dans les CJC où les orientations scolaires fonctionnent correctement ;
- leur **tradition de collaboration avec certaines institutions** (justice, Education nationale...) ou, au contraire, les « *impossibilités historiques de collaboration* » ;
- la **labellisation de la CJC** : selon les cas, le nom de la CJC fait référence à un seul produit, à plusieurs produits ou à aucun ; à une tranche d'âge (par ex. - 25 ans), à la notion de « jeunes » ou aux « jeunes et leurs familles » ; la CJC peut être désignée comme une « consultation », un « point » ou un « lieu d'accueil », une « structure d'addictologie » ou être désignée par son seul nom, faisant référence à la culture locale ou à un jeu de mots (La Cabane Bis à Saint Etienne, CAAN'Abus à Bordeaux) ;
- l'**identification de la CJC** : alors que certaines CJC sont identifiées par une plaque ou une indication spécifiques, d'autres sont confondues dans l'activité générale du CSAPA et ne comportent aucune mention de la CJC sur la porte d'entrée.

Évidemment, ces facteurs de différenciation sont aussi des éléments d'analyse des conditions favorables au recrutement du public visé (les jeunes et les familles), selon les 3 thèmes retenus.

Les résultats présentés dans cette note sont une synthèse des questions abordées dans les groupes. Ils ne prétendent pas être exhaustifs : ils reflètent les points de discussion qui ont émergé lors des entretiens collectifs.

2. Thème 1 : le recrutement des jeunes (difficultés de recrutement, liens avec le réseau d'amont, partenariats)

Constats

1. **L'« effet-siphon » des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants.**
Actuellement, dans la plupart des CJC, la file active est majoritairement renouvelée par les orientations judiciaires. Après avoir bénéficié aux CJC, les orientations judiciaires s'appuient de plus en plus sur les stages de sensibilisation. Selon les intervenants, le public traditionnellement adressé à la CJC est « *siphonné* » par les stages, ce qui entraîne deux conséquences :
 - la baisse du nombre de mineurs parmi les nouveaux consultants vus en CJC, même s'ils ne sont pas visés par les stages de sensibilisation plus que les majeurs,
 - la suppression de toute possibilité d'évaluation individuelle de l'usage au sein de la CJC, les usagers étant basculés vers les stages collectifs.

2. **La venue spontanée en consultation n'existe pas chez les mineurs.**
Les mineurs sont **toujours incités à venir en CJC** (en général par leurs parents). C'est après 18 ans que surviennent les démarches spontanées, liées au souci d'influer sur l'usage pour accompagner un changement de vie (mise en couple, premier enfant, premier emploi).
Les mineurs sont **peu demandeurs d'aide** mais **une fois convaincus**, ils sont **très adhérents**. Il ne faut donc pas compter sur l'expression d'une demande chez les mineurs mais s'attacher à **éveiller chez eux un intérêt**. **La question de la demande doit être posée de façon spécifique chez les mineurs** : « *l'absence de demande chez les jeunes est un faux problème : on n'attend pas la demande, on entreprend l'adolescent sur sa socialisation, les relations familiales, la scolarité, en faisant de la psychopédagogie* ». Il s'agit d'intéresser le jeune à son propre parcours et à ses problématiques, afin de l'inciter à revenir. **L'objectif de la première séance est de créer une alliance thérapeutique avec le jeune.**

3. **Pour faire revenir les jeunes en consultation au-delà du premier contact, il faut éviter de fétichiser l'objectif d'un arrêt de la consommation et viser l'appropriation de la démarche dès le 1^{er} entretien.**
Arrêter de consommer n'est pas un objectif simple : « *l'usage de cannabis est souvent un symptôme ou un médicament* » ; il masque d'autres problèmes (souvent, chez les mineurs, des dysfonctionnements familiaux). Un arrêt sans suivi risque d'être mal vécu, voire même d'avoir des effets contre-productifs (*switch* vers d'autres produits, par ex. speed ou benzodiazépines). Le premier niveau d'intervention consiste donc à accompagner le jeune pour **gérer sa consommation** plutôt que de l'inciter à arrêter de consommer : « *tout commence par la réduction des risques* ». L'enjeu des premiers entretiens avec les mineurs est de « **trouver une accroche** » et, si l'utilisateur est réfractaire, d'« **ouvrir une porte** » pour qu'il puisse éventuellement revenir plus tard. Il faut « *trouver chez les jeunes ce qui va les faire parler d'eux, peu importe le sujet. Le cannabis vient dans leur vie à un moment donné mais il n'y a pas que ça : il y a aussi des choses qui se passent bien* ». L'usage de cannabis doit être un point d'appui pour développer une **clinique de l'adolescence**.

4. **Le recrutement des jeunes souffre de l'image de la CJC, souvent identifiée comme un centre de soins aux toxicomanes et non comme un lieu d'accueil des jeunes.**
L'une des conséquences de cette image stigmatisée est que l'accès des plus jeunes (12-15 ans) à la consultation est difficile. Certaines structures ont essayé de régler ce problème en séparant les lieux d'attente des usagers toxicomanes et des usagers des CJC mais les problèmes d'image persistent. D'autres structures, qui n'ont pas les moyens ni l'espace pour réserver une **entrée spécifique** aux jeunes accueillis en CJC, veillent à différencier les publics par les plages horaires affectées à chaque type de consommateurs.

5. **La multiplication des partenariats en amont est un des facteurs qui permet à la CJC d'être bien identifiée et d'avoir une file active dynamique.**

-Les **partenariats qui « fonctionnent bien »** diffèrent selon les ressorts. Ils sont axés, selon les sites, sur l'Education nationale, les réseaux départementaux de professionnels, les échanges locaux d'expériences et de bonnes pratiques (« interventions »).

-Selon les CJC, **les relations avec les médecins généralistes** fonctionnent bien ou pas du tout. D'une façon générale, les généralistes ont tendance à orienter vers les CJC quand les consommations deviennent problématiques (c'est-à-dire quand elles ont des conséquences somatiques). Les intervenants soulignent la difficulté générale des généralistes de déceler les consommateurs de cannabis, en particulier les plus jeunes, dès lors que le médecin généraliste est souvent le médecin de famille (d'où une sous-déclaration des addictions par les jeunes dans ce cadre).

-Consensus sur les **difficultés du partenariat avec l'Education nationale** (déni de la présence de drogues dans l'établissement). Le constat global est celui d'une **faiblesse des orientations scolaires** dans la plupart des CJC.

Les leviers d'action identifiés pour stimuler les partenariats avec l'Education nationale dépendent de trois catégories d'acteurs :

- les **chefs d'établissement** (réticences de certains proviseurs),
- le **ministère** mais aussi la politique des **rectorats** (qui arguent parfois que la prévention et la prise en charge des addictions relèvent des infirmières scolaires et des enseignants en 4^{ème} et en 2^{nde}),
- les **parents dans les conseils de classe**, selon qu'ils revendiquent ou non une intervention sur les addictions chez les jeunes.

6. Il y a un « écran » sur la consommation d'alcool chez les jeunes.

Selon les intervenants des CJC des régions Nord, Picardie, Bretagne, environ deux tiers du public jeune aurait une « *problématique alcool* ». Les professionnels évoquent une « *consommation banalisée chez les jeunes* », qui co-existe avec une **difficulté à évoquer le sujet, en particulier chez les mineurs** : « *il est extrêmement difficile de provoquer des discussions sur ce sujet et d'avoir accès par les jeunes eux-mêmes à des informations sur leurs consommations d'alcool* ». Selon certains intervenants, « *de plus en plus, le problème du cannabis, c'est l'alcool* » : à une consommation régulière de cannabis en semaine s'ajouterait une consommation d'alcool intensive le weekend (qui commence le jeudi soir !), à base d'**alcools forts** (whisky, vodka, tequila). Cette pratique régulière est exclusivement identifiée comme festive : les risques sont euphémisés, voire niés : « *c'est seulement le weekend pour décompresser !* ». Quelques cas d'alcoolisme précoce à Lens (jeunes de 23 ans présentant les signes cliniques d'une imprégnation alcoolique : symptômes, faciès...).

Les intervenants relèvent que **les consultants orientés par la justice ont souvent fait un coma éthylique dans les 3 dernières années** : « *l'usage de cannabis étant interdit, on a accès à cette population par le biais judiciaire mais les problématiques d'alcool sont souvent antérieures et plus graves que l'usage de cannabis... Mais du fait que l'alcool est légal, on ne les voit que s'ils se font épingleur pour du cannabis* ». D'où la question : **comment capter la population des mineurs ayant un usage problématique d'alcool ?**

Au problème du **repérage des jeunes en difficulté avec l'alcool** s'ajoute celui lié aux **réflexes judiciaires d'orientation en amont** : « *les rappels à la loi cannabis sont orientés vers la CJC mais pas les rappels à la loi alcool (en cas d'ivresse publique manifeste), qui sont renvoyés vers le centre d'alcoolologie, alors qu'il s'agit souvent du même public !* »

Par ailleurs, dans quelques régions (Bretagne, Île-de-France), il semble que « *les jeunes en alcoolisation massive n'arrivent pas jusqu'aux urgences : on sait qu'il existe mais on ne les voit pas dans les services !* ». Dans l'échantillon, un seul exemple d'adolescents en état d'ivresse aiguë le weekend accueillis au service de chirurgie pédiatrique a été rapporté, à Amiens : le CSAPA a même ouvert une permanence dédiée à l'alcool, à l'hôpital, le lundi, à destination des jeunes et des parents.

Malgré cette préoccupation commune, **certains professionnels avouent parfois oublier de poser la question** en consultation, ou alors en fin d'entretien (à l'aide du questionnaire RECAP, outil de recueil de données sur les patients accueillis en CSAPA mis en place par l'OFDT). Un des problèmes des CJC est donc de ne pas assez toucher le public jeune en difficulté avec une consommation d'alcool.

7. **D'une façon générale, le public jeune apparaît de plus en plus souvent polyconsommateur.** Les polyconsommations les plus fréquentes associent cannabis/alcool/tabac mais aussi cannabis/alcool/médicaments (plutôt chez les jeunes filles). Une CJC de l'échantillon, implantée en milieu rural, rapporte des cas d'association de cannabis et d'alcool avec des usages occasionnels d'opiacés, dont l'accessibilité aurait augmenté en milieu rural du fait d'une surveillance policière moindre.
8. **Les intervenants ont réaffirmé la nécessité de distinguer les usages festifs occasionnels des usages auto-thérapeutiques ou à des fins de défonce. Le clivage entre ces deux publics se lit de plus en plus à travers les modes de consommation.**
De plus en plus de consommations de cannabis sous forme de douilles et de bangs sont observées, surtout en Bretagne mais aussi à Saint Etienne. La consommation de bangs semble connaître un **effet de mode, surtout chez les lycéens**, qui jugent ce mode de consommation moins cher, **plus pratique (bang dans le sac à dos)** et moins repérable par l'odeur que l'herbe ou la résine, doté d'effets plus rapides et plus nets (« *monte directement au cerveau* »). Dans les cas rapportés au sein d'un des groupes, la consommation de bangs reste rarement ponctuelle : rapidement, elle se substitue au « *petit joint fumé avec les copains* » et devient intensive et clairement identifiée à une recherche de défonce (« *se mettre la tête à l'envers avec 3 ou 4 bangs à suivre, pour s'anesthésier la tête* »). En Bretagne, des conséquences somatiques sont signalées chez certains jeunes consommateurs (crachats noirâtres et sanglants). Ce mode de consommation se retrouve souvent chez des patients présentant des comorbidités psychiatriques (exemple de psychotiques qui se soignent avec des produits toxiques).
9. **Certains intervenants ont insisté sur le profil spécifique des jeunes filles vues en consultation.** Peu nombreuses dans le public, elles sont plus souvent en difficulté (historique d'agressions sexuelles et autres événements traumatiques). Ce constat illustre le modèle des conduites auto-thérapeutiques : beaucoup de jeunes, et notamment les jeunes filles, utilisent le produit pour mettre à distance leurs problèmes, se soulager d'une souffrance. Les motifs d'usage « auto-thérapeutiques » semblent très représentés dans le Nord.
10. **L'accessibilité et l'amplitude des horaires d'ouverture ne suffisent pas à créer les conditions d'un recrutement des jeunes et des familles**
- Certaines structures ouvrent à 8 ou 9 heures, parfois sans interruption, ce qui ne semble pas décisif pour attirer les jeunes qui, selon certains intervenants, « *détestent venir le matin et le mercredi après-midi* » ;
 - L'ouverture en soirée et le samedi matin, supposée plus favorable à l'accueil des parents, ne permet pas toujours de garantir la venue de l'entourage.
 Un bon repérage de la CJC, grâce à une meilleure visibilité, est plus important qu'une amplitude horaire extensive.
11. **Les principaux freins au recrutement du public-cible identifiés dans les focus groups sont donc :**
- l'absence de demande propre chez les mineurs,
 - le défaut d'identification de la CJC comme un lieu d'accueil des jeunes,
 - l'insuffisance des partenariats avec les structures en contact avec des jeunes, en particulier l'Education nationale,
 - les problèmes de repérage des jeunes en difficulté avec l'alcool,
 - la difficulté d'accrocher certains profils de jeunes (caractérisés par des consommations marginales, une addiction aux écrans, des problèmes de santé mentale, etc.).

Bonnes pratiques et propositions

Partant de ces constats, les groupes ont été interrogés sur leurs « bonnes pratiques de recrutement » éventuellement transposables dans d'autres CJC, et invités à réfléchir à des propositions de correction des mécanismes freinant le recrutement des jeunes et de leurs familles.

1. **Se rapprocher du public-cible en assurant une présence dans les lieux fréquentés par les jeunes**
 - a. **Ouvrir des consultations avancées dans les lieux fréquentés par les jeunes** (qui ne soient pas des centres de soins aux toxicomanes) :
 - a. **Établissements scolaires : lycées & centres de formation des apprentis (CFA)**
 - b. **Maisons de l'adolescent** ou, à défaut, rapprocher les Maisons de l'adolescent des CJC
 - c. **Maisons des jeunes et de la culture (MJC)**
 - d. **Missions locales**
 - e. **Centres d'information et d'orientation (CIO)**
Se pose alors le problème du local et des moyens humains supplémentaires nécessaires.
 - b. **Mieux faire connaître les CJC auprès des intervenants sociaux, éducatifs et sportifs en contact avec les jeunes** : foyers d'hébergement destinés aux jeunes, organismes de protection de l'enfance, associations sportives, etc.
 - c. **S'appuyer sur les surveillants d'internat pour repérer les jeunes en situation d'usage problématique** : les surveillants d'internat sont eux-mêmes souvent jeunes (et parfois consommateurs !), ce qui peut les légitimer dans le rôle de « grands frères »

2. **Approfondir et structurer les liens avec l'Éducation Nationale**
 - a. **Sensibiliser les personnels de l'Éducation Nationale aux missions des CJC** pour les inciter à mieux orienter les usagers à risque ou en situation d'abus vers les CJC :
 - a. **Prévoir une présentation du personnel de la CJC dans les établissements scolaires du département en période de pré- rentrée** (enseignants, infirmières scolaires, médecins scolaires, assistantes sociales)
 - b. **Former les infirmières scolaires aux tests de repérage de l'usage problématique** pour les aider à cibler leurs orientations, de façon à limiter les orientations aux usages à risque : une orientation systématique risquerait d'avoir un effet contre-productif sans une augmentation conséquente des moyens de la CJC !
 - c. **Systématiser les interventions de prévention des intervenants des CJC et des acteurs de terrain dans les établissements scolaires** : les positionner en tant qu'experts pour démystifier les problématiques de toxicomanie.
 - d. **Organiser des journées de formation pour les personnels de l'Éducation nationale** sur l'offre de prévention et de prise en charge des jeunes consommateurs : exemple de formation organisée par l'ANPAA à Rennes.
 - e. **Structurer le partenariat avec l'Éducation nationale** de façon à éviter les dysfonctionnements liés aux « *questions de personne* » : intégrer les personnels des CJC dans les comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC), financement d'actions CESC s'appuyant sur les CJC, etc.
 - f. **Encourager les expérimentations et les initiatives locales** : par exemple, à Bordeaux, des conventions avec les établissements scolaires ont été passées par la CJC pour prévoir des alternatives à l'exclusion scolaire : les jeunes pris en flagrant délit d'usage de cannabis ou d'alcool sont reçus dans la CJC pour éviter l'exclusion scolaire (en lien avec l'ANPAA, l'hôpital et le CSAPA de rattachement de la CJC).
 - g. **Communiquer au plan national sur les CJC** : prévoir une information nationale, copilotée par les ministères de la Santé, de l'Éducation nationale et la MILDT. Pour être efficace, la sensibilisation locale doit être relayée au plan national (et vice versa).

3. **« Créer du réseau de toutes les manières possibles »**
 - a. **Encourager le développement des réseaux de professionnels**, par ex. en finançant un colloque régional sur les addictions par an : « *souvent, le partenariat se passe beaucoup mieux quand il y a eu une phase d'approche au préalable* ». Un exemple de CJC organisant des conférences thématiques à destination des professionnels du secteur médico-social « *sur des thèmes qui plaisent bien : les jeux vidéo, l'anorexie, Facebook* », pour créer des liens « *par des biais non officiels* », afin de rendre le partenariat naturel ;
 - b. **Améliorer le repérage des CJC par les médecins généralistes, en particulier les médecins traitants** : envoyer des plaquettes de présentation de la CJC à tous les médecins traitants (en

précisant que la CJC est ouverte à toutes les addictions).

- c. **Prévoir un temps dédié au travail partenarial dans les missions du personnel du CJC** car l'animation des partenariats est chronophage.

4. Améliorer la visibilité de la CJC à l'échelon territorial

- a. **Utiliser les salles d'attente des cabinets de médecine de ville pour faire connaître la CJC** : affichage dans la salle d'attente, mise à disposition des patients de *flyers* d'information sur la CJC (plutôt que des plaquettes), formats qui tiennent dans la poche (n°tél. + adresses),
- b. **Prévoir des interventions du personnel des CJC dans les instituts de formation d'éducateurs et de travailleurs sociaux** pour faire connaître le dispositif aux futurs professionnels (instituts régionaux du travail social, écoles d'éducateurs spécialisés, etc.)
- c. **Utiliser les visiteurs médicaux pour se faire connaître auprès des médecins généralistes** : exemple des « délégués santé prévention » du réseau addictions Gironde (AGIR 33) qui démarchent les médecins généralistes pour leur offrir une aide personnalisée au repérage, à l'accompagnement et à l'orientation des patients ; exemples locaux où le laboratoire Bouchara-Recordati a été sensibilisé à l'intérêt de la CJC et peut relayer l'information sur l'existence de la CJC via ses attachés scientifiques.

5. En amont et au sein de la CJC, mieux repérer les profils complexes de consommateurs et les nouvelles prises de risque

- a. **Développer la réduction des risques liés à l'alcool auprès de tous les jeunes accueillis dans les CJC**, en invitant les professionnels à systématiser les questions sur l'usage d'alcool et les modes de consommation ;
- b. **Prévoir des questions spécifiques qui seraient posées aux jeunes filles reçues en CJC au début du suivi**, sur les agressions sexuelles, les symptômes de dépressivité et la contraception, afin de mieux cerner leurs profils (antécédents traumatiques, co-morbidités) ; faire connaître les CJC auprès des centres de planning familial, des centres sociaux, des associations d'aide aux victimes, etc.

6. Aider les parents à comprendre ce qui se cache derrière l'usage de leurs enfants, pour mieux les impliquer dans le repérage des usages problématiques

- a. **Développer des outils d'information pédagogiques à destination des parents**, par ex. une plaquette expliquant les effets du cannabis du point de vue des jeunes (ce qu'ils recherchent dans le produit, les problèmes que règle la consommation), pour éviter que les parents voient leurs enfants qui consomment « *comme des crétins qui sont en train de foutre leur santé en l'air* » mais plutôt comme des « *gamins qui s'ennuient, ou qui cherchent de l'attention et du dialogue, ou qui essaient d'exister comme ils peuvent parmi les autres* ».
- b. **Proposer des formations aux parents via l'ANPAA** : sessions d'une journée destinées aux associations de parents d'élèves, aux Points info jeunesse, etc.
- c. **Faire intervenir les professionnels des CJC dans les groupes de parents d'élèves**, constitués au sein des établissements scolaires ou lors des « soirées parents » animées par des professionnels (Ecole des parents, etc.)
- d. **Proposer aux CJC une aide institutionnelle pour répondre à des appels à projet ciblés permettant de financer des groupes de parole pour les parents au sein des CJC**. Exemple d'initiative à Melun où, grâce à un appel à projet de la Fondation de France, un budget de formation à l'animation de groupes de parole a été trouvé.

7. Mettre l'accent sur la prévention en renouvelant les outils à disposition des professionnels

- a. **Systématiser les interventions des CJC au titre de la prévention dans les collèges et les lycées (à partir de la 5^{ème}) et dans les CFA** ;
- b. **Proposer des solutions d'orientation rapide aux établissements scolaires**. Exemples de CJC conventionnées avec des CFA : quand les jeunes sont repérés en situation de détention de cannabis dans le centre, ils sont vus par une médiatrice qui les oriente vers la CJC pour une évaluation. Ce type de système fonctionne bien, même s'il est difficile à mettre en place (horaires dédiés à ces procédures d'orientation rapide, problème des jeunes ne résidant pas dans la ville du CFA).

c. **Multiplier les outils de prévention ludiques** : Proposer aux jeunes un questionnaire ludique sur les comportements à risque à l'adolescence à travers des jeux vidéo qui permettraient aux jeunes de se constituer un fonds de culture sur le sujet ; développer le photo-langage (outil de verbalisation utilisé en psychiatrie) ; développer les simulateurs d'alcoolémie.

8. Veiller à ne pas renforcer l'attractivité du dispositif sans avoir prévu les moyens d'absorber la hausse de la demande

L'objectif d'améliorer l'attractivité du dispositif est indissociable d'une augmentation des moyens en personnels dans les consultations. En l'état actuel du dispositif, les plages de rendez-vous sont vite saturées, si bien que les délais d'attente varient, selon les structures interrogées, d'une semaine à un mois (dans la plupart des CJC de l'échantillon, il faut patienter 15 jours pour obtenir un premier rendez-vous). Ces délais moyens varient selon les cycles (la plus forte activité est enregistrée au cours des mois de novembre, décembre, mai et juin).

3. Thème 2 : la pratique au quotidien (accueil, premier contact, prise de rendez-vous, prise en charge, orientation)

Constats

1. **La qualité du premier accueil est primordiale pour nouer une relation de confiance avec les jeunes.** Les jeunes, en particulier les mineurs, sont reçus dans le cadre d'une contrainte : il faut optimiser les conditions d'accueil pour les rassurer et créer les conditions d'une adhésion thérapeutique.

- **L'accueil téléphonique et la prise de rendez-vous se font dans des conditions relativement uniformes dans les CJC.** La venue sans rendez-vous reste exceptionnelle (seulement en cas de demande urgente). Cette possibilité a même été supprimée dans certaines CJC, devant l'absence de demande.

- **Les conditions d'attente sont une condition de réussite essentielle de la prise en charge** : *« les conditions d'attente font toute la différence »*. Les intervenants soulignent l'importance d'accueillir les jeunes et leurs familles dans des locaux avenants (salle bien éclairée, sièges confortables, revues en libre accès). L'objectif de la qualité de l'accueil est de garantir un premier contact rassurant. Dans une des CJC de l'échantillon, l'accueil est assuré par une bénévole ayant travaillé en psychiatrie qui *« sait y faire avec les jeunes : elle leur propose un café, leur parle, met les adolescents à l'aise »*.

- **L'orientation des demandes de rendez-vous est faite par le secrétariat, selon l'âge, le produit, le type de consommation et la nature de la demande.**

L'évaluation préalable de la demande de consultation est faite par le secrétariat qui, dans les cas où l'équipe de la CJC compte au moins 2 personnes, oriente vers les membres de l'équipe selon le motif de la demande et le produit. Certaines CJC privilégient une orientation vers un psychologue dès lors que le cannabis est en cause.

Dans les cas où le secrétariat est commun à la CJC et au CSAPA, la répartition des rendez-vous entre les deux structures se fait selon l'âge et le type de consommation.

2. **Les conditions d'accueil des mineurs sont spécifiques.**

- **Quand les mineurs se présentent accompagnés**, ils peuvent être reçus avec leur(s) parent(s) s'ils le souhaitent. Si le mineur est présent, les parents ne sont jamais reçus en son absence : le mineur est systématiquement associé aux entretiens qui le concernent. L'enjeu est de sécuriser le mineur (confiance) tout en rassurant les parents : *« quand un parent prend la peine de venir accompagner son enfant à la consultation, c'est important de ne pas le laisser à la porte. On lui explique ce qui va se passer »*.

Dans certaines CJC, quand le mineur vient accompagné par une personne de l'entourage, un quart d'heure d'entretien commun est prévu puis la proposition est faite au jeune de poursuivre l'échange sous la forme d'un entretien individuel (*« l'alliance avec le mineur s'effectue avec le jeune »*).

et sa famille »). Dans d'autres CJC, le premier entretien est conjoint (jeune + parent/s) puis le jeune est incité à se présenter seul aux entretiens suivants, où l'intervenant cherchera à « *le faire réagir sur ce qui a été dit par les parents* ». Tous les intervenants insistent sur la difficulté de décrire leurs pratiques sur le mode des généralités : « *il est important de continuer à faire en sorte que le traitement des demandes se fasse au cas par cas* ».

- **Dans toutes les CJC, les mineurs peuvent être reçus sans leurs parents sans que les parents soient avertis** (sauf si problème grave mettant en danger la vie du mineur). Certaines CJC sont particulièrement vigilantes sur ce point et incitent fortement les jeunes de moins de 16 ans à informer leurs parents de leur démarche de consultation : ils s'efforcent aussi de convaincre les jeunes de faire venir leur(s) parent(s) une fois en consultation. Ce souci repose sur des observations qui montrent que, souvent, derrière les initiatives isolées de mineurs, des éléments de discorde familiale importants se font jour et contribuent à expliquer le contexte de consommation du cannabis.
- 3. Le professionnel rencontré lors du 1^{er} entretien diffère selon les CJC. Les pratiques sont très hétérogènes dans ce domaine.**
- Trois CJC de l'échantillon prévoient un entretien d'accueil mené par une infirmière qui « *évalue la consommation et oriente* » vers l'éducateur, le psychologue, le psychiatre ou le médecin « *quand le jeune est prêt à parler de sa consommation* » mais l'infirmière peut aussi assurer le « *suivi de A à Z* ».
 - Trois CJC prévoient que les deux 1^{ères} consultations soient assurées par la psychologue, qui peut ensuite orienter vers un autre professionnel, le cas échéant ;
 - Deux CJC de l'échantillon offrent au jeune la possibilité de choisir entre les membres de l'équipe (éducateur spécialisé ou infirmière, par exemple) ;
 - Deux CJC proposent systématiquement aux jeunes de rencontrer un binôme de professionnels lors du 1^{er} entretien (psychologue-éducateur pour les mineurs, psychologue-travailleur social pour les majeurs) ;
 - Une CJC de l'échantillon offre au consultant la possibilité de choisir une infirmière ou un médecin généraliste pour le 1^{er} entretien ;
 - Une CJC propose un 1^{er} entretien avec un infirmier en cas de demande urgente, avec un psychologue si l'usager est mineur ;
 - Une CJC prévoit une consultation initiale avec un travailleur social (éducateur spécialisé ou assistant social) ;
 - Une CJC ne propose pas d'orientation privilégiée : le choix du professionnel rencontré au 1^{er} entretien dépend de la disponibilité de l'équipe ;
 - Peu de CJC prévoient un entretien systématique avec un médecin lors du 1^{er} rendez-vous, pour des raisons de disponibilité des médecins et de nécessité d'une évaluation préalable de la demande initiale.
- 4. Les conditions d'accueil des parents qui se présentent seuls dans le dispositif (sans le consommateur) sont différentes selon les CJC.**
- Certaines CJC proposent systématiquement aux parents de rencontrer un binôme psychologue-travailleur social. D'autres CJC insistent auprès des parents pour les faire venir avec leur enfant : « *tout part de l'appel téléphonique où le cadre est expliqué aux parents* ».
- 5. La durée et le format du suivi sont relativement homogènes entre les CJC.**
- **Le suivi est le plus souvent limité à 3 entretiens** qui permettent d'évaluer l'usage, le besoin et la demande puis d'orienter, le cas échéant. Les intervenants soulignent toutefois la nécessité de « *ne pas figer le nombre d'entretiens à 3 ou 5* ».
 - **Le suivi en binôme est privilégié dans une minorité de CJC**, afin d'« *éviter les transferts massifs, difficiles à gérer à cet âge* ».
 - **Le suivi du public orienté par la justice est organisé différemment selon les structures.** Une CJC prévoit 5 entretiens dans le cadre judiciaire pour les mineurs : elle envoie jusqu'à 2 lettres de rappel en cas d'absence puis, en cas de non-réponse, informe le Délégué du Procureur. Pour éviter les perdus de vue orientés par la justice, un circuit spécifique a été mis en place à Valenciennes, consistant à envoyer les plannings de l'équipe de la CJC au Délégué du Procureur

qui attribue des créneaux horaires aux jeunes qu'il reçoit, qui sont ainsi reçus la semaine suivante. **L'enjeu du délai de rendez-vous est particulièrement important pour les rappels à la loi.**

- « *La durée de la prise en charge est directement fonction de la **demande de la personne** » : l'objectif de l'intervention est de sensibiliser les jeunes aux risques et d'influer sur leur prise de conscience : « *le message, tout comme la durée d'intervention, doit être réaliste et pragmatique plutôt qu'alarmiste et moralisateur* ».*
- Le format limité à cinq entretiens est contraint par la possibilité (ou non !) d'orienter vers une structure d'aval : « *à l'issue de 5 entretiens, on ne trouve pas de relais donc on fait des suivis longs, jusqu'à 2 ans de suivi ! On engage même des psychothérapies alors que ça ne devrait pas être le lieu* ».

6. Les pratiques d'orientation des professionnels des CJC se heurtent aux représentations stigmatisantes des jeunes usagers de drogues.

« *Le public des jeunes usagers est jugé indésirable. Il fait l'objet de représentations et de fantasmes qui ont des effets stigmatisants. On les imagine antisociaux, fauteurs de troubles... comme s'il y avait une toxicité des consommateurs de produits toxiques...* ». Pourtant, l'orientation est nécessaire quand le travail de déconstruction du rapport à la consommation est arrivé à son terme. La décision d'orienter se fait selon des critères semblables dans toutes les CJC :

- o En cas de trouble psychiatrique ou de co-morbidité, une **évaluation par un spécialiste en santé mentale** est nécessaire. L'évaluation est faite par un psychiatre ou un médecin généraliste qui pourra ensuite orienter vers un spécialiste ou vers des associations (par ex., Union Nationale des Amis et familles de malades mentaux). Certaines CJC administrent systématiquement le MINI avant d'orienter vers un psychiatre. Quand des troubles psychiques sont repérés chez un jeune consommateur, la situation est expliquée à la famille (après 2-3 séances).
- o En cas de problème somatique, de fatigue, de problèmes d'endormissement, une **orientation vers un médecin généraliste** est privilégiée.
- o Dans certains cas, la consommation est « *surtout liée à l'ennui* ». Il faut alors pouvoir orienter vers une **reprise d'activités** (études, activités sportives, etc.)

7. L'insuffisance des relais de prise en charge après la CJC est unanimement soulignée.

- Les options offertes au jeune qui arrive en consultation doivent être aussi variées que possible pour pouvoir être adaptées à ses besoins, à l'image de cette interrogation exprimée par une intervenante de CJC qui se demande « *comment font ces structures qui ont une ou deux personnes et pas beaucoup de possibilités de relayer. Parce qu'on sent bien des fois que c'est avec nous que ça ne passe pas et nous, on peut aussi avoir du mal avec cette personne-là, ça peut arriver. Donc pouvoir proposer de relayer sur d'autres personnes qui ont d'autres casquettes professionnelles, ça peut être bien. C'est intéressant parce que ce ne sont pas toujours les mêmes qui ont le mauvais rôle : des fois c'est les psychologues, des fois les AS, des fois c'est les éducateurs. Du coup, on peut travailler avec ça, aussi* ».
- Une fois que la place du cannabis a été mise en perspective dans la vie d'un jeune, il faut un **relais de prise en charge**, en particulier quand la CJC n'est pas rattachée à un CSAPA qui offre une palette de compétences professionnelles spécialisées. La prise de produits illicites est souvent « *l'arbre qui cache la forêt* » : elle masque des troubles psychiques qui, une fois mis au jour, doivent être pris en charge en tant que tels. **Actuellement, les possibilités d'orientation en aval sont très vite saturées :**
 - o Les **médecins généralistes** sont réticents à prendre le relais de la prise en charge d'usagers de drogues. Exemple dans une CJC où 6 généralistes ont été contactés avant que l'un d'eux accepte de prendre en charge un usager d'opiacés et de cannabis. Les consommateurs ayant besoin d'un suivi médical après le passage en CJC se trouvent souvent « *livrés à eux-mêmes en l'absence de prescripteur qui accepte de les prendre en charge* ».
 - o Les possibilités d'orientation vers les **structures spécialisées de soins psychologiques ou psychiatriques** (centres médico-psychologiques, secteurs de psychiatrie, etc.) sont limitées, parfois inexistantes. Le secteur psychiatrique est « *assez largement déstructuré* » et les délais d'accès aux CMP sont de plusieurs mois (parfois plus de 6 mois !). Certaines

CJC ont opté pour un partenariat avec des associations (UNAFAM). Par ailleurs, peu de **psychologues** ou de **psychiatres libéraux** acceptent de prendre en charge le suivi de patients toxicomanes en difficulté sociale : ils ont même tendance à les renvoyer vers la CJC...

- Les **lieux d'hospitalisation et de sevrage accessibles aux jeunes** font défaut dans la quasi-totalité des CJC de l'échantillon : « *il faudrait des lits à l'unité pour adolescents : le problème devrait être posé à partir de 16 ans, quand les jeunes sortent de la pédopsychiatrie* ». A Tours, l'une des rares CJC qui peut recourir à une orientation vers des lits d'hospitalisation, seuls 11 lits sont disponibles, pour 200 000 habitants.
- Les intervenants déplorent une **pénurie de moyens et de structures adaptées pour les jeunes très désocialisés**. Les structures sociales et d'hébergement sont inexistantes ou inadaptées pour certaines catégories de jeunes : « *entre 18 et 25 ans, on a un no man's land sur le plan social ; après 25 ans, il y a le RSA, et encore, après avoir travaillé 2 ans... Mais avant 25 ans, certains jeunes sont complètement démunis* ».
- Les **possibilités de soins spécialisés pour les adolescents âgés de 16 à 18 ans sont inexistantes** : ils ne sont plus acceptés en pédopsychiatrie et ne sont pas encore admis dans les services pour adultes. Par ailleurs, même quand des unités d'hospitalisation pour les adolescents existent, elles ne prennent pas les usagers de cannabis et ont tendance à se spécialiser dans les troubles alimentaires (exemple d'une unité de ce type ouverte dans une clinique psychiatrique du 77).

8. La plus-value des CJC réside dans leur apport clinique et le temps pris pour l'évaluation de la situation d'un jeune.

Il est important de maintenir la spécificité de la CJC, dont l'objectif précis est d'aider les jeunes à « *déconstruire leur consommation* ». La mission des CJC est de « *privilégier les entretiens par rapport à l'accompagnement mais quand ça relève de la psychothérapie ou de la psychiatrie, l'orientation est nécessaire et doit pouvoir être garantie* ».

Les CJC n'ont pas vocation à effectuer un travail mono-disciplinaire (médical ou social), ni à être en position de « *coordinateurs de soins* » : leur originalité et leur efficacité résident dans la capacité à « *repérer en prenant le temps* ».

Bonnes pratiques et propositions

1. **Continuer de garantir des conditions d'accueil satisfaisantes dans les CJC pour préserver la « tradition de l'accueil »** qui « *a tendance à se perdre dans les pratiques, alors que c'est une condition essentielle de la réussite des prises en charge* ».
2. **Renforcer les réseaux de partenariat en aval pour permettre aux CJC de se concentrer sur leurs missions essentielles : repérer et orienter (le cas échéant).**
Il faut encourager le travail de construction des partenariats en amont comme en aval, ce qui représente un investissement important qui doit être encouragé et valorisé.
 - a. Développer les liens d'aval avec les médecins généralistes ;
 - b. Ouvrir les structures spécialisées de soins psychologiques ou psychiatriques (CMP, secteurs de psychiatrie, etc.) aux patients des CJC
 - c. Plus généralement, renforcer le dispositif de santé mentale en France ;
 - d. Sensibiliser les psychologues et les psychiatres libéraux à leurs missions de prise en charge des jeunes usagers de drogues ;
 - e. Prévoir des lits de sevrage et d'hospitalisation spécifiques accessibles aux jeunes ;
 - f. Créer des possibilités de soins spécialisés pour les adolescents âgés de 16 à 18 ans ;
 - g. Prévoir des moyens et des structures adaptées pour les jeunes très désocialisés.
3. **Augmenter les possibilités d'orientation des jeunes vers des activités structurantes, l'un des facteurs de consommation à l'adolescence étant l'ennui :**
 - a. Prévoir des possibilités d'orientation vers des activités sportives, culturelles, vers un emploi, un stage ou une formation professionnelle. L'usage de drogues ne peut être considéré indépendamment de l'offre éducative, culturelle et socio-économique qui est (ou non !) à la

- disposition des jeunes.
- b. Développer le lien avec les Missions locales pour favoriser l'insertion des jeunes déscolarisés dans la vie active.
4. **Engager une réflexion sur le développement des visites à domicile.**
Une alliance thérapeutique à domicile peut être à travailler avec certains publics (à déterminer précisément), même si la mise en œuvre concrète de ce type d'option est complexe.

4. Thème 3 : les préalables cliniques (modes de repérage, méthodes d'intervention, référentiels utilisés, etc.)

Constats

1. **La première étape clinique est d'identifier l'impulsion de la consommation de produits :** « *il faut voir à quels besoins et à quelles difficultés correspond cette consommation (...). C'est le rapport au produit qu'on cherche à appréhender (...). Qu'est-ce qui se joue autour de la consommation ?* ». Souvent, plusieurs séances sont nécessaires pour pouvoir évaluer la place du produit dans la vie des jeunes.
2. **Les approches cliniques le plus couramment utilisées pour questionner les jeunes sur leurs propres consommations** sont multiples :
 - Travailler sur les avantages et les inconvénients de la consommation ou sur les effets recherchés ;
 - Questionner le jeune sur ce que serait la consommation idéale, qui se trouve souvent être en décalage avec la consommation réelle : il est « *très rare que les jeunes soient contents de leur consommation* ». Cette prise de conscience sert alors de point de départ à la réflexion : « *ce constat sert à questionner ce qui fait qu'il y a un écart : c'est souvent la famille et la scolarité qui sont le nœud des situations* » ;
 - Associer le jeune à la surveillance de sa consommation : une CJC invite par exemple les jeunes à tenir un cahier de bord de leurs consommations. Cette initiative semble bien appropriée et réussit à mobiliser les jeunes sur l'enjeu d'une réduction.
 - Préciser aux jeunes qu'« *on ne cherche pas coûte que coûte à les faire arrêter leur consommation mais à les aider à maîtriser cette consommation : cette déclaration les prend au dépourvu et neutralise les défenses qu'ils avaient préparées* ».
3. **En termes de repérage clinique des usages problématiques**, les constats qui reviennent sont les suivants :
 - Les usages auto-thérapeutiques (« *je fume pour gérer* ») sont souvent problématiques et associés à des difficultés psychiques. Ils se traduisent par des consommations solitaires, massives, dans une recherche de défonce (de plus en plus de bangs) : « *l'objectif est de ne plus penser, de s'anesthésier la tête* ». Ce type de consommation est souvent associée à des signes de repli et des conduites d'isolement (« *ils coupent les ponts avec le relationnel et les activités* »), à des troubles du sommeil et à un changement de comportement. Ils masquent très fréquemment des symptômes de dépressivité : il faut alors pouvoir orienter vers un médecin.
 - Les bons indicateurs pour estimer la gravité de la consommation ont à voir avec :
 - o les **motifs de consommation** : usages auto-thérapeutiques (quotidiens, solitaires et massifs, dans une recherche d'oubli de soi) *vs* usages festifs (occasionnels, collectifs, dans une recherche de désinhibition, moins liés à « *une façon de gérer l'angoisse qu'à une pulsion de vie et d'exaltation au sein d'un groupe* »).
 - o les **signes de « dérive monomaniaque »** : « *quand il y a, dans leur vie, un investissement dans autre chose que le cannabis, c'est bon signe et souvent, ça permet aussi de rassurer les parents et de leur dire : vous voyez, il n'y a pas que ça...* ». Dans une perspective clinique, il faut aborder les jeunes dans l'ensemble de leur socialisation et de leur rapport à leur niveau scolaire, aux relations avec la famille et les amis, aux apprentissages, etc.
4. Les professionnels expliquent leur **très faible utilisation des questionnaires de repérage des consommations problématiques** (relevée dans l'enquête menée auprès des CJC en 2007) par leur

« *crainte de figer la relation* » et leur préférence pour l'entretien clinique « non standardisé ».

L'approche motivationnelle est privilégiée dans le 1^{er} entretien pour créer l'alliance thérapeutique. Certains intervenants déclarent toutefois utiliser occasionnellement les questionnaires, « *en dernier recours, quand l'entretien ne démarre pas, comme support* », ou pour faire réfléchir les jeunes : « *on prend les catégorisations usage simple, à risque, nocif, dépendance comme point de départ à la discussion : la grille peut être un médiateur dans la relation* ». L'enjeu du repérage par les CJC est de « *laisser le temps au jeune de s'exprimer et de prendre conscience de ses problématiques* » : il est donc différent de celui de l'intervention brève alcool aux urgences où il s'agit de faire du repérage, avec des tests qui là, ont de l'intérêt.

Les tests de repérage sont en revanche valorisés comme des outils utiles à disposition des infirmières scolaires pour leur permettre de « *filtrer les orientations Education nationale* ».

Les intervenants soulignent également qu'il n'existe pas, à leur connaissance, de test validé en France, et qu'ils utilisent en fait de suivi et d'aide-mémoire le « document individuel de prise en charge » et Pro G Dis (pour un certain nombre de CJC). Ils remarquent également que l'outil RECAP (qui n'est pourtant pas un outil diagnostique) est « assez bien adapté » aux bilans en fin d'entretien.

5. **L'une des difficultés dans la relation aux jeunes peut parfois être de « réussir à les faire parler d'eux ».** Les professionnels ont été interrogés sur les « techniques » utilisées pour faire parler les adolescents résistants, mutiques ou mal à l'aise du fait de la présence des parents pendant la consultation :

- Dédramatiser la consommation ou le produit, surtout quand l'inquiétude des parents pèse sur le jeune ;
- Mettre l'accent sur ce qui va bien dans la vie du jeune et démarrer l'entretien sur des éléments positifs de sa vie personnelle et sociale ;
- Bien distinguer le message sanitaire du message répressif (« *on n'est pas là pour punir* »),
- Décentrer l'échange des effets du produit en amenant l'adolescent à « *faire la part des choses* » par le biais de conversations qui n'ont rien à voir avec le cannabis ;
- Instaurer un « *échange sans angoisse autour de la consommation* » : avec des parents inquiets, les CJC jouent un rôle de réassurance et de médiation familiale ; souvent, les parents « *bloquent* » sur les aspects négatifs de la consommation de cannabis : il faut alors leur expliquer que ce type d'usage peut servir à calmer des angoisses et commencer à étudier la question des raisons de l'angoisse de leur enfant : « *quand les parents comprennent que la consommation a une fonction, (...) il y a une prise de conscience à susciter chez les parents. Cette compréhension permet d'instaurer une communication dans le cercle familial* ».

6. **Les intervenants s'accordent sur l'importance de privilégier les approches prenant en compte le fonctionnement familial.**

Du point de vue des intervenants, l'usage de cannabis chez les jeunes est très fréquemment le symptôme d'un dysfonctionnement familial et/ou éducatif. Tous intéressés par les approches de thérapie familiale, les intervenants affirment que « *travailler avec la famille au complet est un cadre d'intervention parfois rigide mais qui permet de comprendre les dynamiques de consommation* ». Ils se déclarent intéressés par des propositions de formation à la thérapie familiale.

Les intervenants notent la difficulté à mobiliser les parents dans les « groupes de parole parents » organisés par certaines CJC : alors qu'ils se déclarent demandeurs d'informations, d'écoute et de soutien, peu de parents se déplacent effectivement dans ces groupes. D'où l'intérêt, selon certains intervenants, d'associer interventions individuelle et familiale (thérapie familiale centrée sur l'adolescent).

7. **Les intervenants ont relevé une demande d'informations importante, parmi les jeunes, sur les motivations et les mécanismes de consommation.**

Bons connaisseurs des produits et de leurs effets, ils s'avouent en revanche impuissants à expliquer leur impulsion de consommation : « *Les jeunes consommateurs sont souvent très bien informés sur les produits mais ils passent souvent complètement à côté des motivations à consommer : ils ne comprennent pas leurs propres conduites* ». Très souvent, les jeunes qui consomment sont « des

jeunes en difficulté de maîtrise de leurs impulsions et de leur agressivité : ils ont une gestion du stress difficile et souvent une basse estime de soi et ils ne comprennent pas grand-chose à tout ça ».

À côté de la palette d'offre clinique disponible dans les CJC (propositions de soutien et de suivi psychologique, psycho-dynamique ou psychanalytique, entretiens psychothérapeutiques, thérapie cognitivo-comportementale ciblée sur les addictions et la gestion du stress, groupes de parole adultes, guidance parentale, médiation familiale ateliers de relaxation, thérapie familiale dans quelques CJC), les intervenants suggèrent de développer des conférences ou des formations à la gestion de l'impulsivité et de l'agressivité, à l'estime de soi pour faire réfléchir les jeunes à des questions telles que : « *comment acquérir les qualités et les compétences dont on estime manquer et qui poussent à consommer pour se désinhiber ou pour oublier ses manques ?* »

8. Les intervenants revendiquent « une clinique tout à fait particulière dans les CJC, qui impose de prendre en compte les enjeux psychiques de l'adolescence ».

La réactivité des professionnels doit être d'autant plus élevée qu'il s'agit d'un « *public qui est dans une période de changement, qui est vulnérable (...). Quand un jeune est prêt, il faut répondre assez vite car si on laisse passer, c'est trop tard* ».

Par ailleurs, selon eux, par le biais de l'usage de cannabis, le dispositif permet d'accéder aux jeunes connaissant des problèmes de santé mentale, la décompensation psychotique favorisant l'usage du cannabis (comme réponse auto-thérapeutique face à l'angoisse).

Il importe donc de « *garder la spécificité des CJC* » : « *l'urgence, c'est à l'hôpital ; la CJC est là pour dénouer les situations limites, en prenant le temps (...). C'est en prenant le temps qu'on fait émerger des choses importantes dans le discours* ».

9. Enfin, les intervenants insistent sur la nécessité de préserver la diversité des approches de façon à ce que les jeunes puissent trouver une aide adaptée à leurs besoins : « il faut qu'ils puissent choisir au maximum. Quel type de professionnel ils veulent rencontrer. Avec qui ils se sentent à l'aise ou pas. Un homme ou une femme, une infirmière ou un éducateur, peu importe. Ce qui compte, c'est qu'ils viennent ».

Ce qui importe est de travailler sur l'alliance thérapeutique et de parvenir à toucher le public-cible des jeunes en difficulté avec leur consommation.

Bonnes pratiques et propositions

1. **Proposer des formations ou des conférences destinées aux jeunes sur des thèmes qui les intéressent** : comment améliorer l'estime de soi ? Comment se protéger du regard des autres ? Comment gérer son impulsivité, sa colère, son agressivité ?
2. **Former les professionnels des CJC à la diversité des approches cliniques** : approches individuelles, thérapie familiale (d'orientation systématique). A défaut, offrir aux personnels des CJC une possibilité d'orientation vers des compétences spécialisées (par exemple en thérapie familiale).
3. **Mettre à disposition des professionnels un répertoire national des structures de prise en charge des toxicomanies et des addictions actualisé** (support papier + support numérique) ;
4. **Mettre à disposition des professionnels une base d'informations en ligne sur les problématiques liées à la consommation** : alertes sanitaires, recommandations HAS, nouvelles consommations, etc. Sur certains sujets, « *aucune plaquette d'information n'existe alors qu'il y a un gros travail de prévention à faire. Aux premiers symptômes, les jeunes fumeurs de pipes à eau sont très demandeurs de consultation* ».
5. **Proposer aux professionnels des outils d'intervention validés** : tests de repérage des consommations problématiques, outils de prévention, circuits de prise en charge disponibles par département, etc.
6. **Prévoir des temps d'échange entre professionnels, aux niveaux national, régional, départemental et local** (par exemple, des groupes locaux d'intervenants des CJC).

5. Points de débat entre professionnels

Peu de points de débat entre professionnels se sont dégagés de ces *focus groups*. Les participants se sont montrés intéressés, constructifs et satisfaits d'avoir été associés à ce type de réflexion. L'ambiance a été productive dans les deux groupes, qui semblent avoir pris plaisir à échanger autour de leurs pratiques et leurs difficultés dans l'exercice de leurs missions.

Quelques points ont cependant fait l'objet d'un débat :

- l'opportunité de pratiquer des horaires d'ouverture en soirée ou le samedi matin ;
- les conditions dans lesquelles il convient de recevoir (ou non) les parents avec le jeune consommateur, au-delà de la prise de contact ;
- le tutoiement avec les jeunes ;
- la participation des CSAPA au dispositif des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants.

Conclusion

Cette synthèse des échanges entre professionnels traduit une variété de points de vue qui n'ont pas vocation à être représentatifs. La confrontation des situations et des pratiques permet néanmoins de dresser un état des lieux des difficultés et des interrogations partagées par les intervenants.

État des lieux des difficultés et des bonnes pratiques :

- Il faut continuer d'affirmer une approche globale de réduction des risques dans la relation aux jeunes. L'absence de demande de soins constituée chez les mineurs doit inspirer une politique volontariste d'offre de prévention et de prise en charge, en veillant à susciter une appropriation de la démarche par les jeunes (alliance thérapeutique).
- L'intérêt spécifique des CJC est de permettre un temps de diagnostic et de mise en confiance avec les jeunes. Il est important de conserver cette caractéristique des CJC : pouvoir « prendre son temps » dans la prise de contact et le repérage des conduites à risque.
- L'importance de la supervision dans le développement des bonnes pratiques a été soulignée.
- Il faut du temps pour qu'une CJC soit repérée dans l'offre locale de dispositifs destinés aux jeunes. Les partenariats en amont et en aval sont une condition essentielle d'attractivité du dispositif. L'une des difficultés de fonctionnement des CJC tient à l'absence de relais de prise en charge à la fin de la période d'entretiens avec le jeune consommateur.
- Le repérage des usages problématiques d'alcool chez les jeunes est insuffisant et appelle une attention particulière de la part des pouvoirs publics.
- Les familles sont demandeuses d'écoute et d'informations mais elles sont difficiles à mobiliser.
- Les jeunes sont demandeurs de techniques de gestion de l'impulsivité, de l'agressivité et du contrôle de soi.

Principales propositions pour améliorer l'attractivité des CJC :

- Garantir un bon accueil aux jeunes et positionner les CJC autant que possible dans des locaux identifiés par les jeunes, éventuellement avec d'autres structures (Maisons des adolescents, Maisons pour tous, etc.) ;
- Développer la prévention faite par les acteurs de terrain dans les établissements scolaires (lycées et les collèges, centres de formation) et dans tous les lieux fréquentés par les jeunes et faire connaître l'existence des CJC auprès de toutes les structures accueillant des jeunes ;
- Apporter un soutien institutionnel à la structuration des partenariats, en amont (avec les structures en contact avec les jeunes : Education nationale, médecins traitants, etc.) et en aval (structures spécialisées de soins en santé mentale, lieux d'hospitalisation et de sevrage ouverts aux jeunes, lieux d'accueil des adolescents en crise, etc.) ;
- Imaginer des modes d'accroche efficaces permettant d'attirer les jeunes en difficulté avec l'alcool et poser systématiquement la question des consommations d'alcool aux jeunes reçus en CJC ;
- Mettre à disposition des professionnels des moyens d'information sur les nouvelles pratiques de consommation et les effets des « nouveaux produits » et prévoir des moyens en personnel à la mesure de l'objectif d'attractivité.
- Organiser des rencontres entre intervenants des CJC pour favoriser les échanges d'expériences.

Annexe : Liste des questions ouvertes discutées lors des trois séances de « focus groups »

Séance 1 : Recrutement des jeunes

1. Comment la CJC rencontre-t-elle son public ?
2. Comment les jeunes arrivent-ils (ou n'arrivent-ils pas) jusqu'en consultation ?
3. Selon vous, qu'est-ce qui fait venir (ou pas) les jeunes consommateurs de drogues en CJC ? Quels sont les freins à l'accessibilité ? (difficultés d'accès physique, horaires d'ouverture, etc.)
4. Y a-t-il des difficultés particulières liées à l'accueil d'un public jeune ?
5. Y a-t-il des problèmes liés au fait de devoir accueillir un public sous main de justice ?
6. Comment recruter hors de la filière judiciaire ?
7. Qui doit orienter vers les CJC ?
8. Quels liens avec le dispositif de premier recours ?
9. Quels liens avec les dispositifs d'aide plus spécifiques (en lien avec les jeunes) ? (exemples des jeunes déscolarisés ou sujets à des troubles psychiques)
10. Quels liens avec l'Education nationale ?
11. Comment aller au-devant du public visé par le dispositif ?
12. Par quel biais intégrer les familles ?

Séance 2 : La pratique au quotidien

1. Dans quel état d'esprit arrivent les jeunes ? Ont-ils compris pourquoi ils sont là ?
2. Quels sont les jeunes qui parlent facilement, quels sont ceux qui ne parlent pas ?
3. Quel est le regard porté par les jeunes / la clientèle en général / les parents / l'institution policière / l'Education nationale et le personnel scolaire sur la CJC ? Comment la CJC est-elle perçue dans l'environnement local ?
4. Quelle est la place donnée à la CJC dans son institution de rattachement ?
5. Quel est le mode de régulation des difficultés (quand elles surgissent) ?
6. Quelle organisation de la CJC ? Quels bidouillages administratifs et budgétaires pour organiser la CJC dans le cadre du CSAPA ?
7. Comment l'activité est-elle répartie dans la plage horaire des CJC ?
8. Comment les CSAPA s'adaptent-ils à leurs nouvelles missions ?
9. Y a-t-il des difficultés particulières liées à l'accueil d'un public jeune ?
10. Y a-t-il des particularités liées au fait de discuter des questions d'usage de drogues avec des adolescents
11. Diversité des approches thérapeutiques en France : quels traits communs, quelles différences majeures ?
12. Comment mobiliser les structures autour d'outils et de pratiques communes (repérage, orientation, traitement) ?

Séance 3 : Préalables cliniques

1. Comment sont repérés les consultants en difficulté avec un produit ? Quel type de travail est alors engagé avec eux ?
2. Y a-t-il un objectif fixé au départ ?
3. Comment se déroule la discussion avec le jeune autour des relations avec les parents, les copains, l'école, les questions de santé et de psychisme ?
4. Que se passe-t-il à l'issue de la 1ère séance ?
5. Comment décririez-vous les méthodes d'intervention clinique utilisées dans votre CJC ?
6. Les personnels de la CJC auraient-ils besoin d'une formation plus approfondie ? Si oui, sur quels aspects de la pratique clinique ?
7. Quels liens institutionnels avec le réseau d'aval ?
8. Dans la pratique, quels sont les besoins de la CJC ?
9. Que manque-t-il pour améliorer le fonctionnement des CJC ?