

**C.J.C.**  
Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs

Pratique(s)



Les pratiques professionnelles  
dans les Consultations Jeunes Consommateurs (c.j.c.)  
De l'analyse des pratiques d'un réseau  
à l'élaboration de recommandations partagées

# sommaire

Remerciements 04

Avant propos

Étienne Aparaire 05

Jean-Yves Grall 06

Introduction

Jean-Pierre Couteron 07



## un dispositif adapté aux jeunes consommateurs et à leur entourage

### **Particularités d'une classe d'âge : l'adolescence 10**

- 1 – Évolution des pratiques addictives dans la population jeune
- 2 – L'adolescence : une période propice à l'expérimentation
- 3 – Des usages diversifiés : de l'hédonisme à l'auto-médication
- 4 – Le contexte social et culturel de la consommation

### **Les jeunes consommateurs : un public qui accède difficilement au dispositif de soins classique 12**

### **Du dispositif labellisé à l'illustration de la mission d'intervention précoce confiée aux CSAPA 14**

- 1 – En 2004 : un dispositif labellisé permettant de préciser un cadre d'intervention
- 2 – En 2008 : une illustration de la mission d'intervention précoce confiée aux CSAPA

Conclusion 61

Annexes 63

# 2

des pratiques professionnelles à consolider : le projet des acteurs d'un réseau

**La rencontre d'une volonté politique et d'un besoin des professionnels 17**

**Une démarche participative pour favoriser l'évolution des pratiques professionnelles 17**

1 – Le pilotage

2 – Le recueil de données : une forte mobilisation du réseau

3 – Le partage de données et la mise en débat des préconisations

# 3

un continuum entre la prévention et le soin

**Un constat** : des organisations et des pratiques variées 21

**Un enjeu** : les CJC au service d'une stratégie d'Intervention Précoce pour faciliter le repérage, l'accès au soin et améliorer la prise en charge 22

**Les fiches thématiques 24**

## ● LE FONCTIONNEMENT

1. les critères d'accueil 26

2. les professionnels dédiés 28

3. les modalités pratiques de l'accueil 30

## ● L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DU JEUNE CONSOMMATEUR ET DE SON ENTOURAGE

4. l'accueil du jeune et de son entourage 34

5. l'évaluation de la situation du jeune 38

6. l'accompagnement et l'orientation 40

7. la prise en compte de l'entourage familial 42

8. la spécificité des orientations judiciaires 46

## ● L'INTERVENTION PRÉCOCE

9. la CJC : centre ressource sur les questions d'addictions chez les jeunes 50

10. les consultations avancées 52

11. les actions hors les murs 54

12 le repérage, l'intervention brève et l'orientation 56

## remerciements

L'ensemble de ce travail a été élaboré avec et pour l'ensemble des Consultations Jeunes Consommateurs adhérentes ou non à la Fédération Addiction. Leur mobilisation et leurs contributions ont permis de faire avancer cette réflexion collective.

C'est ainsi que nous adressons nos sincères remerciements :

- aux 121 CJC ayant répondu au questionnaire de lancement de l'étude
- aux 165 professionnels rencontrés lors des rencontres locales et de l'atelier des journées nationales
- aux structures mobilisées dans l'organisation des rencontres locales : AMPTA, Caan'abus, Douar Nevez, Alia, Espace du Possible, ANPAA 70 / L'Escale
- aux 344 participants des journées régionales et interrégionales
- aux unions régionales Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Languedoc-Roussillon, PACA – Corse, Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes – Auvergne pour leur investissement dans l'organisation des journées régionales
- aux membres du « groupe projet » national de la Fédération Addiction pour leur implication et leur capacité à potentialiser les questionnements des professionnels
- aux membres du comité technique piloté par la MILDT (Dr Dominique Deugnier) et la DGS (Dr Albert Herszkowicz); Docteur Philippe Hatchuel, Centre Dune; Docteur Philippe Michaud, IPPSA; Docteur Olivier Phan, Centre Émergence; Ivana Obradovic, OFDT
- à la Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie et à la Direction Générale de la Santé pour leur intérêt et leur soutien
- à Véronique Garguil, Jean-Pierre Couteron et l'ensemble du Conseil d'administration ainsi qu'à Nathalie Latour et l'ensemble de l'équipe de la Fédération Addiction

**Comité de relecture :** Jean-Pierre Couteron, Docteur Dominique Deugnier, Véronique Garguil, Docteur Philippe Hatchuel, Docteur Albert Herszkowicz, Nathalie Latour, Docteur Philippe Michaud, Ivana Obradovic, Docteur Olivier Phan, Jean-Jacques Santucci, Christine Tellier.

## avant-propos



Les consommations de substances psychoactives par les adolescents et les jeunes adultes constituent aujourd'hui une préoccupation importante des familles et des pouvoirs publics, d'autant que les comportements de consommation évoluent et méritent plus que jamais le nom de comportements à risque.

En effet, le développement de poly-consommations, marqué de surcroît par des pratiques d'alcoolisation massive, la recrudescence du tabagisme, la persistance d'une consommation de cannabis significative... et le rapprochement progressif des comportements féminins de ceux des jeunes hommes exposent à des conséquences potentiellement délétères.

À un âge où se joue leur avenir social et professionnel, elles mettent en danger les performances scolaires, la sécurité des personnes (violence, rapports sexuels non désirés, accidents de la voie publique) mais aussi, comme le montrent les progrès scientifiques, leur maturation cérébrale encore active à cet âge, avec des conséquences possiblement négatives sur leurs performances futures et leur prédisposition à la dépendance.

Le dispositif de consultation jeunes consommateurs (CJC) créé en 2005 pour répondre à la forte croissance des consommations de cannabis, puis consacré ensuite à toutes les consommations nocives, doit continuer à évoluer au plus près de ces besoins nouveaux en optimisant ses pratiques professionnelles.

C'est pourquoi la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et la Direction Générale de la Santé, dans le cadre de la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, ont souhaité soutenir la démarche de développement conduite par la Fédération

Addiction au cours de l'année 2011; démarche qui a sollicité tous les dispositifs présents sur le territoire et qui a abouti à la réalisation de ce guide.

Le soutien apporté par la MILDT à cette réalisation est aussi le signe de la reconnaissance et de l'attente forte des pouvoirs publics sur le service rendu aux jeunes et à leur famille par ces consultations.

Elles représentent, en effet, du fait de leur intervention précoce, un dispositif clé des services de soins et de prévention des conduites addictives :

*Multiplier les partenariats avec les « adresseurs » potentiels, « savoir faire » pour entamer le dialogue avec des adolescents pour la plupart « non demandeurs », évaluer précisément les besoins de ces jeunes et y donner une réponse adaptée, écouter et accompagner des familles souvent en désarroi, enfin aider au développement de la prévention, autant d'exigences que ce guide a l'ambition d'accompagner.*

Ce guide, s'il constitue aujourd'hui une référence, devra être approfondi.

Recueil de bonnes pratiques, il appartiendra à chacun de se l'approprier et de le faire évoluer. Il n'aurait pas vu le jour sans le professionnalisme, le dévouement et l'enthousiasme de tous les intervenants qui y ont participé et de la Fédération Addiction.

Je les en remercie chaleureusement.

### **Étienne Apaire**

Président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie



## une nouvelle dynamique pour les Consultations Jeunes Consommateurs

Depuis leur lancement par les pouvoirs publics en 2004, les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) proposent un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives, ainsi qu'à leurs familles.

Gratuites et anonymes, elles proposent aux jeunes consommateurs (mineurs ou majeurs) et à leur famille un bilan des consommations, de l'information et du conseil ainsi qu'une aide à l'arrêt. Si nécessaire, elles sont aptes à mettre en œuvre une prise en charge brève ou une orientation vers d'autres structures.

Elles prennent en compte toutes les substances psychoactives (alcool, cannabis, cocaïne, tabac...), ainsi que les addictions sans produit (jeux vidéo et d'argent, internet).

Une première évaluation au cours des deux premières années d'activité du dispositif a montré que les CJC ont accueilli environ 70 000 personnes dont 45 000 usagers de produits, en très grande majorité des jeunes de moins de 25 ans, et 25 000 personnes de leur entourage.

Du point de vue de la santé publique, les CJC se situent au carrefour des problématiques de la jeunesse et des addictions.

Leurs pratiques se fondent donc sur une prise en compte des phénomènes de l'adolescence et sur une position addictologique centrée sur la personne et non sur le seul produit.

Les éléments essentiels de cette démarche comprennent l'alliance thérapeutique entre le jeune et celui qui l'accueille, l'accompagnement de l'évaluation de l'usage, l'approche motivationnelle, le lien avec l'entourage, familial, scolaire ou d'accueil des jeunes.

Mais les jeunes, plus encore que d'autres publics, ne poussent pas spontanément la porte

des consultations. Il est donc indispensable de mettre en place un travail de réseau et de partenariats qui ouvre la consultation sur l'extérieur. Ceci passe par des conférences publiques, des interventions en direction des parents et du milieu scolaire, des liens permanents avec les autres dispositifs éducatifs, spécialisés ou non, ainsi qu'avec les dispositifs d'insertion et de formation. Les jeunes de 12 à 20 ans se trouvent essentiellement en milieu scolaire ou universitaire, d'où l'importance stratégique de travailler avec les personnels de l'Éducation nationale. Mais les plus en danger sont souvent ceux qui se retrouvent en dehors du système éducatif. Un lien avec les lieux d'accueil pour les jeunes en voie de déscolarisation, voire de marginalisation, est essentiel, notamment : les missions locales, les clubs sportifs, Pôle Emploi, la protection judiciaire de la jeunesse.

Une articulation spécifique doit se nouer avec les Maisons des Adolescents, les Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes et les Espaces Santé Jeunes, qui peuvent d'ailleurs accueillir en leur sein des activités de CJC.

L'objectif central de ce guide est d'accompagner l'évolution des pratiques des professionnels travaillant dans ces consultations, afin d'améliorer l'attractivité et l'efficacité de ce dispositif. La prise en charge des jeunes consommateurs en sera facilitée et améliorée.

La DGS, animatrice du groupe de travail à l'origine de ce document, ainsi que les ARS, s'impliqueront activement dans la mise en œuvre des préconisations qui y sont contenues.

Je tiens à remercier l'ensemble des partenaires qui ont permis l'élaboration de ce guide.

**Jean-Yves Grall**

*Directeur Général de la Santé*

## introduction

Les Consultations Jeunes Consommateurs ont été mises en place en 2004 par les pouvoirs publics, avec la volonté de rencontrer des jeunes dont l'usage de substances posait problème, souvent encore plus à l'entourage qu'à l'utilisateur lui-même.

En offrant un accueil sans condition, sans préalable de degré d'usage ou de projet de soin, ce dispositif expérimental intégrait l'intérêt d'aller vers l'utilisateur, d'anticiper la possibilité d'une rencontre, de la distinguer d'une demande d'aide thérapeutique qui pouvait ensuite lui succéder. Loin d'opposer l'une à l'autre de ces modalités, il s'agissait d'orienter une partie des efforts vers un public qui alors était encore trop souvent oublié; cette articulation a d'autant plus de sens que les mêmes professionnels sont souvent impliqués dans l'une et l'autre de ces réponses.

Il s'agissait de ne pas attendre que se produisent les conséquences sociales et somatiques trop lourdes d'un usage de substances.

Une pratique clinique s'est peu à peu construite, associant ce que nous savons de l'adolescence aux impacts des mutations sociétales. Celles-ci font de la rencontre avec les substances psychoactives et les expériences addictives un temps fort de leurs vies. Cette pratique clinique s'inspire de ce qui est au cœur de l'addictologie, en l'adaptant aux spécificités de la jeunesse: alliance thérapeutique, approche motivationnelle, intégration des approches psychodynamiques et cognitivo-comportementales, un travail avec les compétences des familles et les systèmes qu'elles composent, la capacité à aller vers les usagers ou expérimentateurs concernés.

Les dispositifs les plus organisés (et dotés) ont pu développer des savoir-faire innovants en intervention précoce. Faisant le lien avec les actions en milieu festif, des soirées étudiantes aux free-parties, des apéros-géants aux nombreux festivals et autres technivals, elles ont intégré les savoir-faire issus de la réduction des risques et ceux des équipes de prévention.

Centrées sur le cannabis lors de leur lancement, ces équipes ont depuis pris en compte d'autres usages, notamment l'alcoolisation aiguë des adolescents et d'autres comportements, notamment les cyber-addictions.

La restructuration des réponses aux addictions, avec la création des CSAPA et le déploiement d'une addictologie hospitalière, a intégré ce dispositif CJC au cadre plus général ainsi constitué. Les Consultations Jeunes Consommateurs en deviennent une mission. Au-delà de l'appartenance des personnels à un service hospitalier orienté sur l'adolescent, le soin psychiatrique ou addictologique, à une association nationale, régionale ou locale, au-delà d'une histoire institutionnelle plus centrée sur l'alcool ou sur les drogues illicites, d'un contexte, de spécificités et priorités de santé régionales, ils ont assuré cette mission.

Cependant, les CJC devaient retrouver ce qui en constitue le socle commun et partagé, pour pouvoir être mieux repérées dans l'aide qu'elles peuvent apporter. Elles devaient préciser les enjeux du lien entre le temps de consultation et le travail d'intervention précoce, en amont, avec les partenaires.

À l'initiative de la DGS et de la MILDT, en lien avec le travail de l'OFDT et de l'IPPSA, ce sont ces objectifs que les acteurs de ce guide ont poursuivis, dans le cadre d'une démarche participative avec et pour l'ensemble des CJC. Mieux rencontrer ces adolescents consommateurs, aider leurs entourages à prendre en compte les différents enjeux de ces usages, en montrer les risques, les dangers, accompagner les adolescents dans la construction de solutions, dans l'explicitation de leurs difficultés, dans l'expression de leurs désirs, c'est toute l'ambition de ces acteurs.

**Jean-Pierre Couteron**

*Président de la Fédération Addiction*

1

un dispositif adapté aux  
jeunes consommateurs  
et à leur entourage

## Particularités d'une classe d'âge: l'adolescence

### 1. Évolution des pratiques addictives dans la population jeune

L'accroissement de la consommation de psychotropes, notamment de cannabis, chez les adolescents a motivé la création des Consultations Jeunes Consommateurs en 2004. Aujourd'hui le développement des poly-consommations confirme la nécessité d'une attention particulière au public jeune.

- En recul depuis quelques années, la consommation de cannabis se maintient à un niveau élevé au sein des pays de l'Union Européenne<sup>1</sup>.

L'expérimentation<sup>2</sup> concernait un quart des jeunes de 17 ans au début des années 90, la moitié en 2005. Pourtant, depuis 2002, la prévalence d'expérimentation du cannabis a amorcé une diminution en population adolescente, pour se stabiliser autour de 40% des jeunes de 17 ans depuis 2008 (42,2% en 2008 et 41,5% en 2011<sup>3</sup>) selon les données ESCAPAD de l'OFDT. La part d'usagers réguliers de cannabis parmi les jeunes représente 12,3% des adolescents âgés de 17 ans en 2002, 7,3% en 2008 et 6,5% en 2011.

- Entre 2005 et 2010<sup>4</sup>, la consommation d'alcool régulière diminue dans la population générale mais augmente légèrement dans la tranche des 18-25 ans<sup>5</sup>). Les expérimentations d'ivresses sont plus précoces (près de 60% des jeunes de 17 ans en 2008 comme en 2011) et les épisodes d'alcoolisation massive (plus de 5 verres en une occasion de consommation) sont de plus en plus fréquents parmi les jeunes. Par ailleurs, on observe un basculement progressif des usages modérés vers des usages ponctuels « sévères » ou « de défonce » (binge drinking).

- L'usage quotidien de tabac est passé de 41,1% en 2000 à 28,9% en 2008 et 31,5% en 2011, témoignant d'une baisse de 23% au cours de la dernière décennie.

- La consommation de psychostimulants chez les jeunes qui s'ancre solidement dans les soirées

festives, ainsi que la consommation d'héroïne, concernent un nombre limité de personnes par comparaison aux drogues licites et au cannabis. L'expérimentation de cocaïne à 17 ans a quant à elle triplé entre 2000 et 2011, et concerne aujourd'hui 3% des jeunes de cet âge.

- Concernant les pratiques addictives sans produit, et notamment l'usage pathologique des jeux vidéo, les soignants témoignent d'une augmentation de la demande de soins.

### 2. L'adolescence : une période « propice » à l'expérimentation

La structuration psychique du sujet humain passe par plusieurs étapes. L'une d'elle, l'adolescence, est marquée par la puberté, qui va venir déstabiliser l'organisation psychique jusqu'alors en place. Le déséquilibre provient du fait que les liens avec les objets externes mais aussi avec les objets internes se sexualisent<sup>6</sup>. Dans la recherche d'un nouvel équilibre, les liens et attachements, fondamentaux dans les processus du remaniement psychique adolescent, s'ils sont solides et éprouvés, vont permettre à l'adolescent de se distancier de ses objets œdipiens. De tels liens ne constituent pas des entraves. Ils ne menacent pas l'intégrité, ni la sécurité psychique du sujet. Autonomie et dépendance vont alors de pair, une fois la phase nécessairement conflictuelle résolue. Par contre, chez l'adolescent qui présente une fragilité narcissique, autonomie et dépendance deviennent antagonistes<sup>7</sup>. Le sujet se défend, alors, contre une dépendance affective perçue comme une menace et une aliénation pour son identité.

<sup>1</sup> ESPAD 2007, OFDT.

<sup>2</sup> Avoir consommé le produit au moins un fois au cours de sa vie.

<sup>3</sup> ESCAPAD 2005, 2008, 2011 OFDT.

<sup>4</sup> Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, juin 2010, OFDT.

<sup>5</sup> Drogues Chiffres clés 2010, OFDT.

<sup>6</sup> P. Jeammet, *Dépendance et séparation à l'adolescence, point de vue psychodynamique*. In : Bailly D, Venisse JL. *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris : Masson, 1994.

<sup>7</sup> O. Phan, M. Corcos, N. Girardon, S. Nezelot, P. Jeammet, *Abus et dépendances au cannabis à l'adolescence*, EMC psychiatrie, 2005.

L'usage addictif vient faire solution dans une logique d'évitement du conflit ou de déplacement de celui-ci, sur la question des produits. Si la vulnérabilité psychique de l'adolescent est en question dans l'installation d'une addiction, celle de ses parents l'est également. Le travail de séparation/individuation implique les uns et les autres et peut se révéler douloureux ou réveiller des souffrances jusque-là enfouies.

De plus, l'ensemble des bouleversements inhérents à la crise adolescente génère des inquiétudes, parfois de la honte, voire des angoisses.

L'adolescent est amené à gérer des changements corporels qui modifient l'image de soi, mais aussi celle que les autres ont de lui.

Au début de la puberté, c'est encore un enfant qui voit son corps devenir adulte, non sans un sentiment « d'inquiétante étrangeté »<sup>8</sup>. Au-delà de cette métamorphose physique, il accède à la possibilité d'être acteur de sa propre existence jusqu'ici organisée par autrui, d'éprouver son rapport au monde et aux autres et d'être un partenaire à part entière de la société dans laquelle il vit. Il acquiert de nouvelles capacités cognitives qui lui donnent accès à l'abstraction, à l'imagination, à la vision subjective et ouvrent à la pleine conscience de soi, des autres et du monde. Cette « traversée » dépend, d'une part de la façon dont l'adolescent se voit, de ce qu'il pense de lui-même, de sa capacité à se projeter et d'autre part de la façon dont son entourage l'accompagne, lui permet de trouver l'assurance nécessaire. Cette découverte de soi peut être une expérience porteuse d'espoir, ou d'une infinie tristesse et d'un grand désordre au présent, *a fortiori* si elle se réalise dans un contexte relationnel où le jeune se sent seul, sans interlocuteur ou pris dans des interactions groupales qui l'enferment et l'isolent d'autres influences.

L'adolescence est une période d'expérimentations au sens large, à la fois du corps, des émotions, de l'intellect, des relations sociales, que la consommation de substances psychoactives peut potentialiser par ses apports immédiats : dépassement des inhibitions, accroissement des capacités physiques, valorisation auprès de pairs, apprentissage de ses propres limites.

### 3. Des usages diversifiés : de l'hédonisme à l'auto-médication

Si un adolescent particulièrement fragile adopte une conduite d'abus et de dépendance, il cherche avant tout une tentative de solution et d'apaisement à un sentiment de menace psychique. Il utilise la réalité externe pour contre-investir une réalité interne qui est perçue comme insécurisante. Quand les émotions ne sont pas suffisamment régulées par les ressources propres du sujet ou par l'étayage familial, social et culturel, la conduite addictive constitue un moyen d'assurer un certain équilibre. Si la majorité des conduites reste festive, associée à la convivialité et sans conséquences, d'autres deviennent nocives et entraînent une perte de chances pour l'avenir, voire un basculement dans la pathologie<sup>9</sup>.

Ainsi, certaines consommations sont occasionnelles comme les apéros géants convoqués par Internet qui sont une illustration des nouvelles formes de socialisations de notre époque, d'autres sont parfois régulières mais circonscrites à une période prédéfinie : études ou séjour à l'étranger par exemple, parenthèse transitoire, en dehors de la trajectoire et de la continuité du contexte dans lequel le jeune évolue<sup>10</sup>. Ces usages abusifs ont tendance à diminuer avec l'entrée dans la vie active et l'implication dans une vie affective et familiale stable. Mais pour les adolescents les plus vulnérables, le comportement addictif devient alors un compromis c'est à dire « un comportement destiné, par une action sur le

milieu extérieur, à s'assurer à la fois de la réalité d'un contact relationnel, incertain au niveau interne et de son maintien hors des limites du sujet. »<sup>11</sup> Le lien de dépendance qui s'installe avec l'objet de l'addiction est révélateur de celui qui relie le sujet à ses objets internes. Un lien que le sujet tente de maîtriser en maîtrisant l'objet, mais un objet qui ne cesse de manquer. Cette menace constante de perte de l'objet entraîne une problématique dépressive très souvent présente chez ces sujets. « La nature de cette dépression est narcissique, en lien étroit avec un échec dans l'introjection d'images identificatoires stables et une incapacité d'élaboration de la perte dans le cadre d'un travail de deuil. »<sup>12</sup> La conduite d'addiction devient alors une lutte anti-dépressive. La consommation, en prenant la forme parfois d'une « défonce », d'autres fois d'un antalgique ou d'une auto-médication, devient aussi un moyen de mieux supporter la vie quotidienne, de gérer un mal-être, des émotions envahissantes ou des vécus douloureux, qui peut avoir des conséquences importantes (isolement, décrochage scolaire etc.). Elle donne à l'adolescent l'illusion d'effacer toutes les pensées « problématiques » et de mettre à distance une expérience difficile ou traumatique. Lorsque la consommation n'a que cette fonction, son arrêt, synonyme de retour au réel, devient insupportable. Si ces consommations se répètent, elles peuvent glisser progressivement vers la dépendance. Les facteurs qui entraînent ce glissement sont multiples mais ne sont toutefois pas systématiquement associés à des problèmes psychopathologiques. En effet ces

... / ...

<sup>8</sup> S. FREUD, *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, PARIS, Folio Essais, 1985 ; *Les addictions - Mieux les connaître, réagir et s'en libérer*, F. Hervé, D. Pedowska, Dangles, 2010.

<sup>9</sup> D.G. Kilpatrick, R. Acierno, B. Saunders, H.S. Resnick, C.L. Best, P.P. Schnurr, *Risk factors adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample*, J. Consult. Clin. Psychol., février 68 (1), 2002.

<sup>10</sup> C. Hamant, CIRDD Rhône-Alpes. *Rôles et fonctions des consommations de produits psychoactifs des jeunes adultes*. Lyon - CIRDD Rhône-Alpes, 2011.

<sup>11, 12</sup> cf note 7

conduites, pour excessives qu'elles sont, peuvent n'être que les manifestations douloureuses et passagères de la crise adolescente, d'une période difficile (à l'école, en formation, dans la famille, dans le groupe de pairs...) ou la réaction à un « accident de la vie » (deuil, rupture, échec...). Classe d'âge d'une mutation, l'adolescence aujourd'hui revêt un certain nombre de spécificités qui nécessitent un abord thérapeutique adapté. Si le travail sur le changement de comportement est approprié avec certains adolescents, ceux dont l'usage présente un risque addictif élevé nécessitent un accompagnement psychothérapeutique prenant en compte les processus intra-psychiques mis en perspective dans leur contexte parental ainsi que le repérage des ressources psychiques propres au sujet comme à son environnement.

#### 4. Le contexte social et culturel de la consommation

Le monde dans lequel l'adolescent évolue influe sur son expérience subjective. Certaines formes de solidarités (familiales, de classes etc.), la transmission de valeurs, de repères, de sens, qui fondaient culturellement, socialement et psychiquement l'identité dans les sociétés traditionnelles<sup>13</sup> sont aujourd'hui éclatées<sup>14</sup>. Le monde contemporain promeut l'initiative individuelle et l'aspiration au bonheur avec l'idée que l'individu est le seul responsable de ses actes et qu'il se doit d'en assumer toutes les conséquences<sup>15</sup>.

Les comportements de consommations sont soumis à différentes modalités de contrôle social et communautaire qui les encadrent et les contiennent avec plus ou moins d'efficacité, donnant un sens ou un autre à l'expérience addictive. Aujourd'hui, l'effritement du lien social<sup>16</sup> et la disparition des rituels sociaux intégratifs place l'individu dans une liberté d'agir à sa guise. Or, « la liberté est une valeur pour celui qui possède les moyens symboliques de son usage,

pour un autre, elle génère la peur ». <sup>17</sup> Ainsi, si l'adolescence est une période de fragilité, elle l'est d'autant plus dans le contexte actuel qui surinvestit les capacités de maîtrise attribuées à l'enfant tout en poussant au brouillage des générations.

Cette diffusion des valeurs individualistes s'accompagne de la montée en puissance des valeurs hédonistes. Le consumérisme effréné<sup>18</sup> et l'innovation technologique tendent à nous faire dépenser et consommer sans compter, des choses et des situations. Ils impactent ainsi largement le phénomène d'addiction. Les produits sont disponibles et visibles. La sur-sollicitation consommatoire qu'accroissent le marketing et la publicité poussent à rechercher le plaisir maximal, la jouissance instantanée, le confort illimité, accentuant le risque d'une insatisfaction permanente, bien au-delà de la « frustration » psychique<sup>19</sup>. Dans ce contexte, ce que l'adolescent peut avoir du mal à trouver (une orientation pour exister, la certitude qu'il a sa place dans le monde dans lequel il vit), il peut le chercher ailleurs, dans des conduites parfois risquées qui vont lui faire goûter une intensité d'être, un partage avec les autres, un moment de souveraineté, mais aussi traduire une souffrance. L'expérimentation de l'usage de substances psychoactives en est l'illustration, en tant que source de plaisir, de soulagement, de moyen d'affirmation identitaire mais aussi de risque d'échapper à tout contrôle.

<sup>13</sup> C. Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale*, Tome II, Paris, Plon, 1973.

<sup>14</sup> S. Paugam, *L'exclusion, l'état des savoirs* (sous la dir. de), Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 1996.

<sup>15</sup> A. Ehrenberg, *L'individu incertain*, Pluriel, Hachette, 1995, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Poches Odile Jacob, 1998.

<sup>16</sup> R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, coll. Folio, éd. Gallimard, 1999.

<sup>17</sup> *L'adolescence à risque*, sous la direction de D. Le Breton – Collection Mutations n°211, Autrement, 2002.

<sup>18</sup> G. Lipovetsky, *Le bonheur paradoxal : essai sur la société d'hyperconsommation*, coll. Gallimard, 2006.

<sup>19</sup> *L'Aide-mémoire d'addictologie en 46 notions*, sous la direction de A. Morel, J.P. Couteron, P. Fouilland - Collection Les outils du psychologue, Dunod 2010

Les jeunes  
consommateurs :  
un public qui  
accède difficilement  
au dispositif de  
soins classique

L'exploitation de l'enquête ESCAPAD 2008 de l'OFDT, réalisée en 2011 à la demande des pouvoirs publics<sup>20</sup>, permet de quantifier une partie du public potentiel des Consultations Jeunes Consommateurs:

- 96,8% des jeunes de 17 ans de nationalité française participant à la JAPD (environ 800 000 jeunes) n'ont jamais demandé d'aide mais 2,4% d'entre-eux y ont déjà pensé, soit 16 000 jeunes.
- Par ailleurs, sur l'ensemble des jeunes de 17 ans : 7,3% sont usagers « au moins réguliers » de cannabis, soit 58 400 jeunes.
- Parmi les 58 400 jeunes usagers « au moins réguliers » de cannabis, presque la moitié sont repérés comme ayant des usages problématiques (questionnaire d'auto-évaluation CAST), soit 26 000 jeunes.
- 7,5% de ces jeunes repérés comme ayant des consommations problématiques ont effectué une demande d'aide, soit environ 1990 jeunes et 92,5% d'entre eux n'ont effectué aucune démarche d'aide, soit près de 25 000 jeunes.
- L'enquête nous montre également que 91,7% des jeunes de 17 ans cumulant usage régulier de cannabis, ivresses régulières et expérimentation de cocaïne en situation de polyconsommations, n'ont effectué aucune démarche d'aide, soit 5 100 jeunes.

L'objectif des Consultations Jeunes Consommateurs est de créer un accueil spécifique pour des adolescents qui ne se reconnaissent pas comme nécessitant une quelconque prise en charge, qui ne qualifient pas leurs conduites de « pathologiques » et ne se voient pas « malades ». Ils s'identifient peu au dispositif centré sur la maladie et l'expression de la souffrance psychique.

L'envie d'autonomie de l'adolescent, son besoin de s'affirmer, amplifient sa crainte de s'en remettre à l'autre pour aller mieux, démarche qui au contraire le placerait dans une position de dépendance et de soumission. D'où parfois un sentiment de toute-puissance qui l'amène à penser que c'est passer, que « ça va passer » et qu'il « maîtrise », qu'il « gère » la situation, ses consommations, qu'il va s'en sortir seul, contrairement aux autres, aux « dépendants » qui ne gèrent plus et qui ont besoin d'aide. Il ne leur ressemble pas et n'a pas besoin de se « faire soigner ». Il ne demande rien, car demander de l'aide signifierait reconnaître le caractère illusoire d'une revendication d'autonomie radicale, d'opposition systématique et du besoin d'indépendance. Cependant, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de demande : « exprimer à quelqu'un que l'on souhaite quelque chose de lui, interroger, essayer de savoir, de connaître<sup>21</sup>», qu'il n'y a pas une nécessité de rencontre. Ce n'est pas parce qu'il revendique la gestion de ses conduites, dont l'apprentissage des plaisirs festifs, qu'il n'a pas besoin d'un « accompagnement » qui en permette une expérience moins excessive et destructrice.

Si les adolescents ne se reconnaissent pas comme ayant besoin d'aide, l'inquiétude de leur entourage est souvent inversement proportionnelle à cette in-conscience. Quand les parents voient la situation du jeune se dégrader brusquement (chute des résultats scolaires) ou lorsqu'un événement rend visible la consommation (découverte d'une boulette de cannabis dans les poches), ils expriment une demande urgente qui peut refléter un sentiment d'impuissance face au refus du jeune de reconnaître la « gravité » de la situation.

L'entourage, et plus particulièrement les parents, seront donc souvent à l'origine de la démarche d'aide, d'où l'importance, non seulement d'accueillir le jeune, mais également son entourage, afin d'entendre son inquiétude, mais aussi de lui permettre de faire la part des choses entre sa responsabilité et celle du jeune, dans la crise qu'ils traversent.

---

<sup>20</sup> Ces données d'estimation feront l'objet d'une publication de l'OFDT en 2012.

<sup>21</sup> Dictionnaire Littré.

## Du dispositif labellisé à l'illustration de la mission d'Intervention Précoce du CSAPA

### 1. En 2004 : Un dispositif labellisé permettant de préciser un cadre d'intervention

Dans le cadre d'une mesure du plan gouvernemental 2004-2008, le ministère de la santé, la MILDT et l'INPES ont mis en place un programme de prévention de l'usage de cannabis, fondé sur :

- une campagne de sensibilisation aux effets de cette consommation (spots diffusés à la télévision et à la radio, messages dans la presse quotidienne nationale, brochure d'information, mise en service d'une ligne spécifique « écoute cannabis »)
- un programme d'éducation pour la santé en milieu scolaire
- un dispositif de « Consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille » communément appelées « Consultations cannabis ».

La création de ces Consultations répondait à la nécessité d'adapter l'accueil et la clinique au regard de la rareté des demandes d'aide exprimées par les jeunes et de répondre à l'inquiétude des parents concernant la consommation et le comportement de leur enfant. Elle se situe dans la mouvance des travaux sur l'accueil de l'adolescent, qui avait conduit aux Maisons des Adolescents, aux PAEJ, aux Espaces Santé, tous ces dispositifs qui essayent d'adapter leurs pratiques à l'adolescent d'aujourd'hui. Elle s'inspire aussi des apports de l'approche de réduction des risques et des travaux sur l'intervention précoce pour faciliter la rencontre avec des usagers. En identifiant un dispositif spécifique pour les jeunes consommateurs, l'objectif, inscrit dans le premier cahier des charges<sup>22</sup>, est de faciliter un contact, dès la phase d'installation de la consommation, afin de permettre l'adoption de comportements plus favorables à la santé et au bien-être. Ce cahier des charges, élaboré par des représentants du ministère de la santé et de la MILDT et un groupe

de professionnels ayant expérimenté des pratiques innovantes d'accueil des jeunes consommateurs, prévoit un certain nombre de points d'ordre organisationnel, mais décrit également un cadre clinique nouveau qui va jusqu'à préciser un nombre de consultations limité, afin de marquer la spécificité d'une approche avec l'adolescent. Ces Consultations anonymes et gratuites se sont ouvertes progressivement sur l'ensemble du territoire, pour atteindre l'objectif fixé par le cahier des charges, d'une structure au moins par département. Suite à l'appel à projets, l'OFDT a recensé 266 consultations labellisées en 2005 bénéficiant d'un financement spécifique, puis 274 en 2007<sup>23</sup>.

### 2. En 2008 : Une illustration de la mission d'Intervention Précoce confiée aux CSAPA

En 2008, au moment de la réorganisation du paysage addictologique et de la création des CSAPA, ces consultations sont rattachées aux CSAPA (anciennement CSST et CCAA, pour celles adossées auparavant à une structure médico-sociale) ou aux consultations hospitalières (structures de niveau 1 du plan addiction 2007-2011, pour celles qui étaient rattachées aux établissements de santé). Leur financement est intégré à la dotation globale de la structure de rattachement.

Le cahier des charges initial disparaît, remplacé par l'annexe 4 de la circulaire CSAPA, qui intègre le dispositif dans le cadre global du CSAPA, en tant que mission. Elle répond à la préoccupation d'une mission d'intervention précoce défendue par la Fédération Addiction.

<sup>22</sup> Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille.

<sup>23</sup> I. Obradovic, Tendances n° 63, OFDT, 2008.

La MILDT et la Direction Générale de la Santé lancent en 2009 et en 2010 deux appels à projets dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 visant le renforcement et la création de nouvelles Consultations Jeunes Consommateurs. Leur financement est prévu dans le cadre de mesures nouvelles et de financements complémentaires, venant s'ajouter à la dotation globale du CSAPA pour :

- 39 projets permettant une couverture territoriale adaptée, en zone rurale mais aussi dans le cadre de la dynamique « Espoir banlieues »
  - 20 projets expérimentant des consultations avancées des CSAPA dans des lieux recevant des jeunes (PAEJ notamment)
  - 12 projets prévoyant l'ouverture de CJC dans des structures d'accueil des jeunes relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et de l'Aide sociale à l'enfance (MECS et CEF)
  - le renforcement de CJC dans des régions présentant des besoins particuliers.
- Rattachées aux CSAPA et aux consultations hospitalières, les CJC deviennent un outil au service d'une stratégie qui vise à anticiper les risques de l'expérience addictive en agissant dès les premiers stades de la consommation (usage à usage nocif). Par ailleurs, centrées sur le cannabis à leur création, elles doivent désormais répondre aux mêmes besoins pour l'ensemble du champ de l'addictologie, notamment au regard de la précocité des premières consommations d'alcool, de la première ivresse et de l'augmentation des addictions sans produits, comme référé dans l'annexe 4 de la circulaire CSAPA.

Les missions des Consultations Jeunes Consommateurs telles que prévues dans l'annexe 4 de la circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie :

- Les consultations doivent assurer : accueil, information, évaluation, prise en charge brève et orientation si nécessaire.
- Réaliser une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du consommateur et repérer un éventuel usage nocif
  - Offrir une information et un conseil personnalisés, une prise en charge brève, aux consommateurs à risques ou nocifs, selon leurs besoins
  - Accompagner ou proposer une orientation des personnes en difficulté lorsque la situation le justifie (complications somatiques ou psychiatriques, dépendance, prise en charge au long cours etc.)
  - Offrir un accueil et une information à l'entourage
  - Proposer un accueil conjoint du consommateur et de son entourage
  - Aller à la rencontre des personnes en difficultés potentielles et se faire connaître des partenaires et institutions telles que : éducation nationale, éducation spécialisée, professionnels de santé, notamment de ville
  - Recevoir les personnes orientées par l'autorité judiciaire
  - Participer à des actions d'information et de prévention collective et les mettre en œuvre (actions non financées par l'ONDAM)

2

des pratiques  
professionnelles  
à consolider: le  
projet des acteurs  
d'un réseau

## La rencontre d'une volonté politique et d'un besoin des professionnels

Cette intégration dans l'organisation globale du CSAPA ou de la consultation hospitalière, qui la pérennise, pose la question de la stratégie pour en défendre la spécificité. Il était donc nécessaire de rendre plus visible cette mission en consolidant les pratiques professionnelles et en positionnant les CJC comme centres ressources sur la question des addictions chez les jeunes. La mesure 3-3 du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011 prévoit l'amélioration de l'accessibilité des Consultations Jeunes Consommateurs. Pour la mise en œuvre de cette mesure, la MILDT et la DGS ont mobilisé un comité technique national, composé de leurs représentants, et de ceux de l'OFDT, de l'IPPSA, de la Fédération Addiction et de cliniciens exerçant dans les CJC. Ce comité a impulsé une stratégie de remobilisation et de renforcement des CJC en soutenant deux projets :

→ organiser, sur trois régions, des expériences favorisant la dissémination de bonnes pratiques professionnelles, en terme de repérage des consommations à risque de substances psychoactives chez les adolescents scolarisés, d'intervention de conseil sur un mode motivationnel et d'orientation vers les structures de soin pour les adolescents à plus haut risque, confié à l'IPPSA en partenariat avec la Fédération Addiction.

→ faire émerger un socle commun de recommandations concernant les pratiques professionnelles dans les CJC, dans le cadre d'une démarche participative de la Fédération Addiction.

Par ailleurs une réflexion sur l'accessibilité et l'attractivité du dispositif par le biais d'une enquête qualitative auprès d'un échantillon de CJC a été réalisée par l'OFDT.

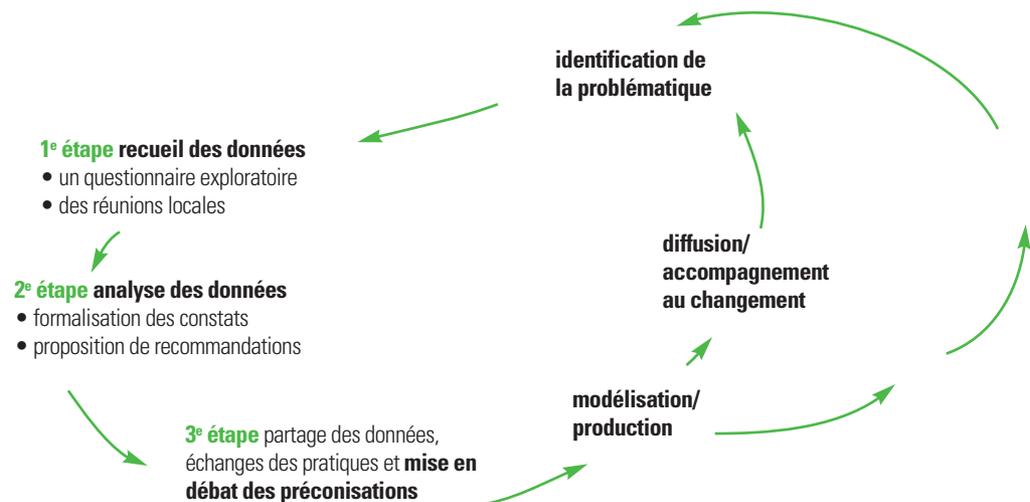
Cette volonté politique a convergé avec un besoin d'amélioration de la visibilité et de la lisibilité du dispositif largement exprimé par près de 140 professionnels de l'ensemble du territoire lors d'un séminaire de travail organisé en septembre 2010 par la Fédération Addiction. Il y a été présenté des éléments de l'évaluation du dispositif par l'OFDT ainsi que l'expérience de quelques consultations. Regroupant une grande partie des CJC, la Fédération Addiction avait fait l'hypothèse d'une diversité, voire d'une hétérogénéité des pratiques professionnelles dans les CJC, dues notamment au repositionnement du dispositif corrélé à un affaiblissement du lien entre elles après la forte mobilisation de la période de mise en œuvre. Cette journée fut l'occasion de confirmer d'une part des organisations variées concernant le fonctionnement, l'accessibilité etc., et d'autre part des modes d'interventions multiples quant à la clinique et aux partenariats.

## Une démarche participative pour favoriser l'évolution des pratiques professionnelles

En impulsant une réflexion collective sur les Consultations Jeunes Consommateurs, la Fédération Addiction avait comme objectifs principaux :

- d'identifier la spécificité d'un accueil et d'une prise en charge adaptés au public jeune,
- de dégager des principes d'intervention faisant sens pour l'ensemble du dispositif (tout en prenant en compte les particularités) afin d'améliorer sa pertinence et son attractivité, concernant l'accueil et l'accompagnement du jeune et de son entourage mais aussi concernant l'accessibilité, la visibilité et la lisibilité de l'extérieur.

... / ...



Pour mener ce projet à bien et créer les conditions favorables d'un questionnement sur les pratiques et leurs évolutions, l'implication de l'ensemble du secteur était incontournable, tant pour la compréhension des enjeux de terrain que pour la définition et l'appropriation de préconisations. C'est la plus-value qu'apporte une démarche participative :

- promouvoir une dynamique de réflexion au sein d'un réseau et à l'échelle des équipes de terrain
- explorer la problématique à partir de la pratique des professionnels
- valoriser et capitaliser la richesse des pratiques et produire une expertise collective
- produire de la connaissance et des outils pour accompagner les professionnels dans leurs missions auprès des usagers
- asseoir une légitimité politique par la mobilisation de l'ensemble du réseau et par la promotion d'une culture commune.

## 1. Le pilotage

Pour piloter ce projet, la Fédération Addiction a constitué un groupe pluridisciplinaire de 14 professionnels intervenant dans les Consultations Jeunes Consommateurs de l'ensemble du territoire national. Il a eu pour mission, en lien avec la chargée de projet de :

- piloter la mise en œuvre opérationnelle du projet
- construire les outils nécessaires à la démarche
- apporter son expérience, son expertise et nourrir la réflexion
- se mobiliser pour porter le projet lors de rencontres, réunions, colloques, etc.

### Ses membres :

Maryvonne Coat-Rivry, ALIA, Angers (49)  
Jean-Pierre Couteron, CEDAT, Mantes-La-Jolie (78)  
Aurélia Dodin, APLEAT, Orléans (45)

Robert Dubanchet, ARIA, Lyon (69)  
Joël Fiardet, L'ESCALE/ANPAA 70, Vesoul (70)  
Patricia Fruleux, Espace du Possible, Lille (59)  
Éric Gantier, SDIT, Châlon-sur-Saône (71)  
Christine Latimier, Douar Nevez, Lorient (56)  
Aurélien Person, APS Contact, Provins (77)  
François Richard, CEID, Bordeaux (33)  
Florence Soulé, AMPTA, Marseille (13)  
Jérémy Contat, Opelia CSAPA Evry (91)  
Yann Valleur, Opellia Essonne Accueil, Massy (91)  
Véronique Garguil (co-référente du projet), Centre hospitalier Charles Perrons, Bordeaux (33)  
Emma Tarlevé, Fédération Addiction

## 2. Le recueil de données : une forte mobilisation du réseau

### → Le questionnaire exploratoire : 238 points de consultations mobilisés

Pour définir notre axe de travail, nous avons compilé les données du système de suivi mensuel de l'activité des Consultations (SIMCCA) et de l'enquête conduite par l'OFDT. Elles portaient sur les publics accueillis, les consommations déclarées, les filières de recrutement et les modalités de prise en charge. Pour les compléter et au regard des évolutions décrites plus haut, nous avons souhaité recueillir des éclairages sur les pratiques professionnelles et les modalités de fonctionnement par un questionnaire exploratoire. La diffusion de ce questionnaire a aussi été un moyen de mobiliser le réseau des Consultations dans la réflexion proposée dès le début du projet en février 2011.

Le questionnaire comportait 7 rubriques :

- l'identification
- l'accessibilité
- les missions
- le fonctionnement
- l'accueil
- la prise en charge et l'accompagnement
- la promotion et la visibilité.

L'ensemble des CJC répertoriées a été destinataire du questionnaire (320 destinataires). Mais leur rattachement aux CSAPA et aux consultations hospitalières, du fait de changements d'adresses, de gestionnaires administratifs, de modifications d'activités (fermeture et ouverture de consultations avancées) etc., en a compliqué la réception. De plus, certains CSAPA assuraient cette mission sans disposer des moyens et de la « labellisation » CJC, rendant difficile leur identification. Malgré cela, nous avons pu traiter 121 questionnaires représentant 238 sites (CJC, consultations avancées, permanences fixes), ce qui valide largement la représentativité des résultats.

### → Les réunions locales : 165 professionnels rencontrés et 102 CJC représentées

Entre avril et juin 2011, 7 réunions locales ont été organisées afin d'approfondir qualitativement les résultats de l'enquête par questionnaire et partager collectivement une réflexion autour de quatre grands axes :

- quelle organisation ?
  - comment « faire venir / aller vers » le jeune ? Les partenariats
  - quelle clinique ? Les modalités d'accueil et de prise en charge du jeune et de l'entourage
  - comment définir la plus-value d'un accueil spécifique « Consultation Jeunes Consommateurs ? ».
- L'ensemble des CJC des régions où ont eu lieu ces rencontres ont été invitées et ont reçu un document support en amont afin de préparer la réunion. Les professionnels ont pu y présenter leur CJC et décrire leurs modalités d'interventions. L'atelier des journées nationales à Lyon a également été une occasion de présenter le projet et d'échanger sur les pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs.

## Nombre de participants aux réunions locales

Régions	Date	Nb de participants	Nb de CJC représentées
PDL	13 avril	15	6
Lyon*	19 mai	84	47
NPC	25 mai	21	16
IDF	26 mai	5	5
PACA	6 juin	12	9
Bretagne	9 juin	6	6
Aquitaine	15 juin	15	7
Franche-Comté	23 juin	7	6
TOTAL		165	102

\*Atelier des Journées nationales

## Répartition par région du nombre de professionnels rencontrés

Régions	Nb de participants	Nb de CJC représentées
Alsace	6	4
Aquitaine	19	9
Auvergne	2	1
Basse-Normandie	1	-
Bourgogne	2	1
Bretagne	6	6
Centre	3	3
Champagne-Ardenne	1	1
Franche-Comté	11	7
Haute-Normandie	1	1
Ile-de-France	17	12
Languedoc-Roussillon	4	4
Limousin	1	1
Lorraine	2	2
Midi-Pyrénées	1	1
Nord-Pas-de-Calais	25	16
Pays-de-la-Loire	17	7
Picardie	1	1
Poitou-Charentes	-	-
PACA – Corse	17	11
Rhône-Alpes	28	14
TOTAL	165	102

## 3. Le partage de données et la mise en débat des préconisations

→ Les journées inter-régionales :

### 344 participants

Entre septembre et décembre, 4 journées régionales et inter-régionales ont eu lieu afin de présenter et partager les premiers résultats de l'étude et mettre en débats les préconisations.

## Nombre de participants aux journées inter-régionales

Régions	Date	Nb de participants
Aquitaine	15 septembre	54
Carrefours de l'addictologie - Nîmes	28/29/30 sept	85
PACA Corse – Languedoc-Roussillon*	14 octobre	121
Rhône-Alpes - Bourgogne	15 novembre	43
Bretagne – Pays-de-la-Loire	2 décembre	41
TOTAL		344

\*journée ouverte aux partenaires

3

un continuum entre  
la prévention et le soin

## Un constat : des organisations et des pratiques variées

Le recueil de données a confirmé l'hypothèse d'un dispositif diversifié et ayant perdu en lisibilité pour ses partenaires :

→ **un dispositif** allant de Consultations autonomes (lieu, professionnels, pratiques spécifiques) à des Consultations très intégrées (lieu, professionnels, pratiques non différenciés),

→ **des pratiques** orientées prioritairement vers le soin ou vers la prévention : si les consultations assurent toutes des soins, leur activité principale peut se situer plutôt du côté du soin ou plutôt du côté de la prévention,

→ **des Consultations** qui, en fonction du rattachement sont, soit une mission du CSAPA, soit conçues comme un dispositif. Quand elle est clairement identifiée, l'action de la Consultation peut être valorisée comme la part « Intervention Précoce » de la structure de rattachement.

Les évolutions récentes ont accentué cette diversité de positionnements des CJC dans les CSAPA et des pratiques professionnelles associées.

### Ils dépendent de trois paramètres :

- l'histoire et le profil de la structure de rattachement : la place de la Consultation Jeunes Consommateurs peut varier en fonction de la structure de rattachement : consultation hospitalière pédopsychiatrique, addictologique, CSAPA, structure historiquement ancrée dans la prise en charge alcool ou toxicomanie, structure qui développe des actions de prévention ou structure centrée sur le soin, mais aussi du profil des professionnels mis à disposition.

- les moyens matériels et humains mis à disposition : l'activité de la CJC dépend des ressources affectées par la structure de rattachement en terme de personnel (mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire), de locaux (indépendant, aménagements pour une salle d'attente adaptée) et de communication (plaquette, site internet). Il est à noter que parmi les structures ayant répondu au questionnaire, la moitié d'entre-elles ont moins d'1,5 ETP affecté à la CJC.

- les ressources du territoire d'intervention et l'histoire locale : l'orientation de l'activité dépend de ce qui existe comme dispositifs spécialisés et généralistes, d'accueil des jeunes sur le territoire. Ces possibilités d'accueil sont elles-mêmes variables selon que leur territoire d'implantation est rural ou urbain. Par ailleurs, les liens et les collaborations existants entre les différents acteurs influent sur le volume et le type d'activité de la CJC.

Ces facteurs de différenciation sont à prendre en compte dans l'analyse des situations et dans la définition des recommandations. Ainsi, le travail doit considérer ce double enjeu : spécifier des pratiques professionnelles tout en respectant la part logique de diversité du dispositif.

## Un enjeu : les CJC au service d'une stratégie d'intervention précoce pour faciliter le repérage, l'accès au soin et améliorer la prise en charge

Les professionnels s'accordent sur la nécessité de créer les conditions qui facilitent la rencontre avec les jeunes consommateurs et d'améliorer leur prise en charge. S'il est illusoire de vouloir (à tout prix) faire faire l'économie d'un parcours « addictif » à tous les usagers de substances psychoactives, et si l'on sait que tous les usagers de « drogues » ne deviendront pas dépendants, réfléchir à des stratégies permettant au plus grand nombre de s'en dégager est un enjeu de santé publique. L'expérimentation de substances psychoactives est un passage extrêmement fréquent à l'adolescence et reste une conduite spécifique en ce qu'elle recèle d'expérience, de désir d'appartenance ou de processus d'identification qui s'atténuera et s'éteindra dès que le jeune adulte trouvera d'autres objets à investir. Il est donc important tout à la fois de ne pas « pathologiser » *a priori* cette expérimentation et de ne pas en minimiser les conséquences sur la santé et sur la vie quotidienne de l'utilisateur<sup>24</sup>. Le mode de consommation (quel que soit le produit) rend possible la réduction des conséquences, l'atténuation des effets néfastes et l'engagement dans une démarche de changement que vise l'action de la Consultation Jeunes Consommateurs.

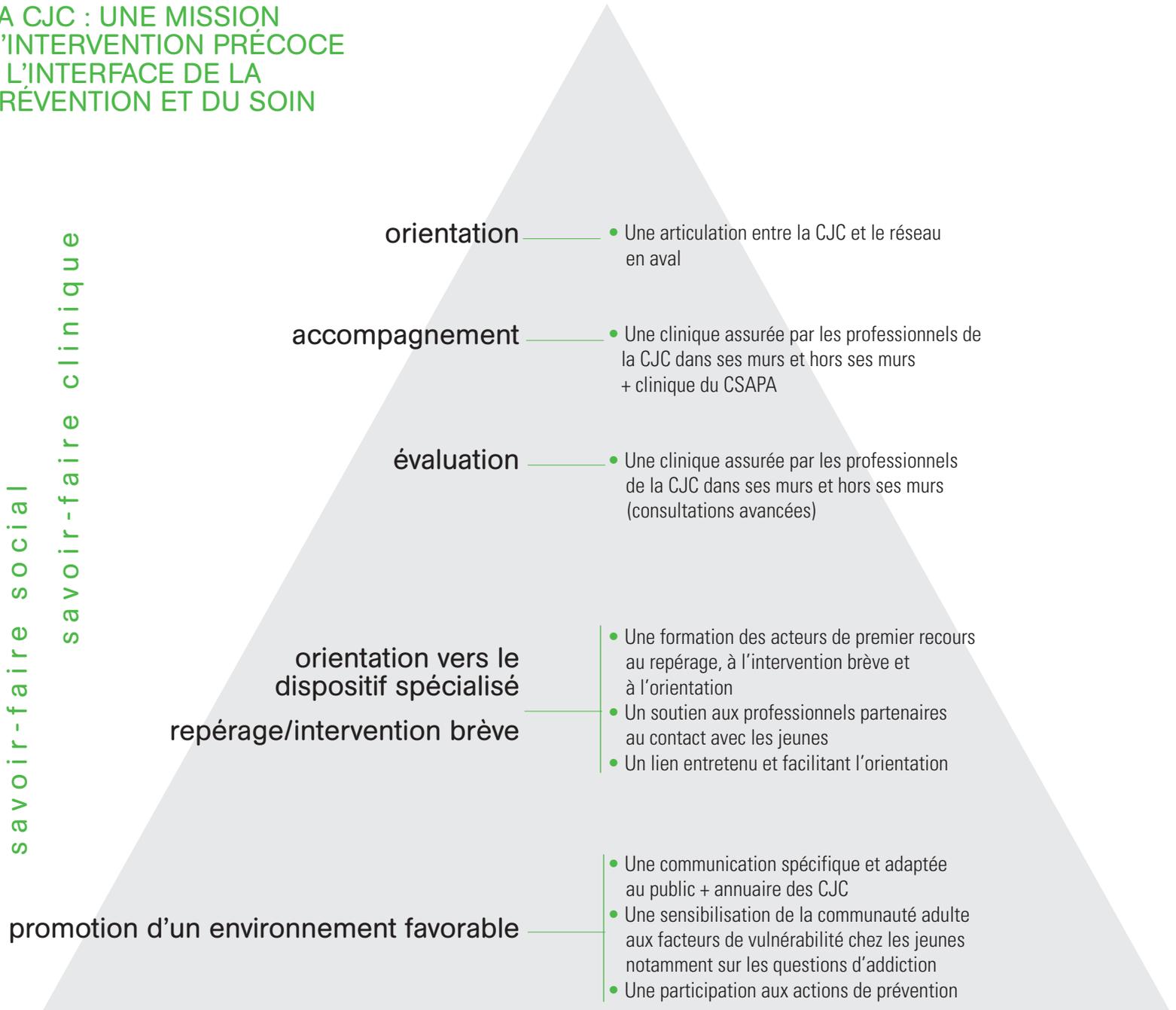
Entre la prévention, qui intervient en amont de l'usage pour tenter de l'éviter ou d'en amoindrir les conséquences, le soin à ceux qui souffrent d'une dépendance à un ou plusieurs produit(s) psychotrope(s) et la réduction des risques, autant de missions du CSAPA qu'il faut rendre cohérentes. La Consultation Jeunes Consommateurs développe une stratégie d'Intervention Précoce visant à raccourcir le délai entre les premiers signes d'une possible pathologie et la mise en œuvre de réponses adaptées. En se situant à la croisée des chemins de la prévention et du soin, la CJC permet, à un moment où cela est encore possible, d'influer sur le parcours et soit d'éviter le passage par une addiction douloureuse et coûteuse, physiquement, psychologiquement et socialement, soit d'accélérer l'entrée dans une prise en charge adaptée.

---

<sup>24</sup> J.P. Couteron, J.J. Santucci, *L'intervention précoce : pourquoi et comment ?*, Actualité et dossier en santé publique, 60, pp. 49-54, 2007.

LA CJC : UNE MISSION  
D'INTERVENTION PRÉCOCE  
À L'INTERFACE DE LA  
PRÉVENTION ET DU SOIN

savoir-faire social  
savoir-faire clinique



## Les fiches thématiques

Afin de caractériser la spécificité d'un accueil et d'une prise en charge adaptés au public jeune, des **fiches thématiques** ont été conçues et réparties en **trois rubriques** :

- LE FONCTIONNEMENT
- L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DU JEUNE CONSOMMATEUR ET DE SON ENTOURAGE
- L'INTERVENTION PRÉCOCE

Elles sont des supports pédagogiques destinés à faciliter l'appropriation des questionnements et enjeux relatifs aux pratiques dans les Consultations Jeunes Consommateurs.

### Elles ont pour objectifs de restituer :

- le cadre réglementaire des CJC
- les constats issus de l'étude
- les questionnements qu'ils soulèvent
- les principes faisant sens pour l'ensemble du dispositif et prenant en compte les particularités.

### Elles ont été conçues à partir de :

- l'enquête menée par la Fédération Addiction auprès des professionnels de terrain via les questionnaires, les rencontres locales et interrégionales
- le rapport des groupes focus et les données statistiques de l'OFDT
- la base documentaire (articles, ouvrages) traitant du sujet
- les recherches en cours ou terminées (INCANT, repérage précoce – IPPSA)
- le texte réglementaire qui encadre les Consultations Jeunes Consommateurs – Annexe 4 de la circulaire CSAPA
- l'expertise du groupe projet national.

## LE FONCTIONNEMENT

Lors de leur création, les CJC se sont ajoutées au dispositif existant afin de spécifier un cadre d'intervention adapté aux jeunes consommateurs. Pour les rencontrer plus précocement, il est apparu nécessaire de définir des modalités d'organisation différentes de celles des centres de soins, notamment en termes d'implantation, d'horaires, de conditions d'accueil et de personnel (qualification, formation, expérience, autres activités en dehors de la consultation, temps de présence). Les Consultations Jeunes Consommateurs fonctionnaient ainsi de manière autonome avec leur propre financement.

L'intégration des CJC aux CSAPA et aux consultations hospitalières questionne l'autonomie de fonctionnement d'origine et nécessite de repenser le dispositif dans l'ensemble des missions de la structure de rattachement. Ce repositionnement ne doit pas entraîner l'effacement d'un cadre d'intervention spécifique. Il nécessite au contraire d'avoir une vigilance particulière à adapter l'accueil aux jeunes consommateurs et à leur entourage dans les CSAPA et dans les consultations hospitalières, avec des professionnels, un fonctionnement qui soit identifié et visible.

Par ailleurs, si les CJC étaient orientées vers l'accueil des usagers de cannabis à leur création, l'évolution et la diversification des modes d'usage interroge les critères qui définissent aujourd'hui le public de la consultation.

1. les critères d'accueil 24
2. les professionnels dédiés 26
3. les modalités pratiques de l'accueil 28

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

- Les consultations destinées aux jeunes consommateurs s'adressent en priorité aux jeunes, y compris les mineurs qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psychoactives.
- L'objectif est d'agir dès les premiers stades de la consommation (usage, usage nocif).
- Les personnes présentant une addiction à des comportements sans consommation de substance associée (jeux, internet, travail...) peuvent également être accueillies.
- Une attention particulière doit être portée aux adolescents et aux jeunes adultes, sans pour autant exclure des patients plus âgés pour lesquels ce type d'intervention s'avère utile.
- L'entourage doit pouvoir également être accueilli.
- Les consultations autorisées depuis 2004 ont vu leur activité largement centrée sur la consommation de cannabis, au point qu'elles sont aujourd'hui le plus souvent appelées « consultations cannabis ». Tout en conservant ce savoir-faire particulier concernant le cannabis, ce dispositif doit désormais répondre aux mêmes besoins pour l'ensemble du champ de l'addictologie, en insistant particulièrement sur les consommations d'alcool, de cannabis, de cocaïne et de psychostimulants, ainsi que sur les polyconsommations.
- Il est précisé dans l'annexe CJC du rapport d'activité annuel des CSAPA qu'un jeune dépendant aux opiacés adressé par un médecin n'a pas vocation à être reçu dans le cadre de ce dispositif mais à être pris en charge dans le CSAPA.

## constats

### → Une tendance à l'abaissement de l'âge des primo-consultants

Les données de l'enquête OFDT 2007, montrent que ces Consultations accueillent des jeunes dès l'âge de 14 ans<sup>25</sup>. Aujourd'hui les professionnels témoignent de la possibilité de rencontrer plus facilement des primo-consultants mineurs, certains âgés de 12 ans. Le public est néanmoins majoritairement âgé de 15 à 25 ans. Des plus de 25 ans (26% en 2007) sont également reçus quand la prise en charge en CJC est adaptée à leur consommation ou quand cette Consultation est le seul lieu d'accueil et de prise en charge accessible sur un territoire, notamment en milieu rural.

### → Un public de plus en plus poly-consommateur mais une porte d'entrée majoritairement cannabis

Les poly-consommations les plus fréquentes associent cannabis, alcool et tabac. Les jeunes qui associent des médicaments (notamment les filles) et ceux qui consomment ponctuellement de la cocaïne<sup>26</sup> sont plus nombreux qu'auparavant à venir en consultation. Les données de l'enquête OFDT montrent qu'en 2007, 36% des consommateurs « au moins réguliers » (au moins 10 épisodes dans le dernier mois) de cannabis âgés de 17 ans sont aussi sujets à des ivresses régulières. 26% cumulent usages « au moins réguliers » de cannabis, ivresses régulières et expérimentation de la cocaïne<sup>27</sup>. Les professionnels interrogés

dans l'enquête qualitative menée par l'OFDT en 2011 confirment ces consommations intensives à base d'alcool fort le week-end, qui s'ajoutent à une consommation régulière de cannabis durant la semaine<sup>28</sup>. La banalisation et le déni des risques de ces consommations, identifiées comme des pratiques festives par les jeunes, notamment les mineurs, peuvent entraîner une difficulté à évoquer le sujet avec eux. Les CJC sont encore repérées par l'extérieur comme centrées sur le cannabis, ce qui entraîne souvent une prise en compte insuffisante de la problématique alcool chez les jeunes d'autant que, malgré cette volonté d'aborder ces consommations, la « culture cannabis » est encore dominante chez les professionnels. Les caractéristiques du public accueilli dépendent aussi du territoire d'implantation et du type de partenariat que la CJC développe. Ainsi, les problématiques (présence de comorbidités, problématique familiale, niveau d'insertion etc.) sont différentes d'un territoire à l'autre (urbain ou rural) et selon que les orientations sont judiciaires, scolaires, socio-éducatives etc.

### → Des critères d'inclusion variables selon les CJC

Le repositionnement de l'activité « Jeunes Consommateurs » dans celle du CSAPA et son intégration dans le rapport d'activité global créent de la diversité dans les critères d'accueil. Ils peuvent être liés à l'âge, au produit, au comportement ou au type d'usage. Ils sont définis en fonction de la place octroyée à cette activité dans la structure de rattachement et des réalités du territoire d'intervention, sachant que 43% des CJC interrogées n'ont pas délimité de critères spécifiques.

<sup>25</sup> Obradovic I. (2009) « Caractéristiques du public reçu dans les consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction (2005-2007) », *BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°30 (21 juillet 2009), INVS, pp.332-336.

<sup>26</sup> Prise en charge des consommateurs de cocaïne, Recommandations, HAS, 2010

<sup>27</sup> ESCAPAD 2008, OFDT

<sup>28</sup> Obradovic I., (2012) « Comment améliorer l'attractivité d'un dispositif ciblant de jeunes consommateurs de drogues ? L'apport d'une démarche par focus groups », *Psychotropes*, revue internationale des toxicomanies (à paraître dans le prochain numéro)

## en question

→ Comment définir les critères d'accueil du public de la CJC ?

Si le public cible est le public jeune, de nombreuses CJC n'excluent pas l'accompagnement d'utilisateurs plus âgés, mais « jeunes dans la consommation ». Concernant le type d'usage et les produits ou comportements, les utilisateurs dépendants, notamment les consommateurs d'opiacés, peuvent être orientés vers le CSAPA.

Les Consultations situées dans un local indépendant ou adossées à une autre structure ont des critères d'inclusion souvent plus larges. Les professionnels considèrent que la plupart des utilisateurs ne se seraient pas présentés au centre de soins. Tant qu'ils ne nécessitent pas une prise en charge complexe, ils sont suivis par les professionnels de la Consultation Jeunes Consommateurs, qu'ils soient jeunes ou plus âgés, qu'ils soient dans des usages simples ou dépendants.

### → Un environnement principalement familial reçu à la CJC

Toutes les Consultations Jeunes Consommateurs ayant répondu au questionnaire reçoivent l'environnement. Il s'agit principalement de l'environnement familial. 22 % des CJC citent les parents (la moitié citant la famille au sens large), un quart citent les professionnels (travailleurs sociaux des dispositifs d'insertion, de la prévention spécialisée et infirmières scolaires notamment), 13% citent les amis et 17% citent tout type d'environnement (cf. les fiches 4 et 7).

## principes adoptés

→ La Consultation Jeunes Consommateurs accueille toute personne qui se présente spontanément ou adressée par un tiers et ce, quel que soit son type d'usage. Elle sera réorientée si la situation le nécessite.

→ La CJC rend possible la rencontre et l'accès à une prise en charge pour des personnes qui ne se considèrent pas comme « addicts », dépendantes et/ou qui ne sont pas considérées comme telles par les autres. Ces personnes, qui ressentent ou non des difficultés avec leur consommation, ne se seraient pas rendues au centre de soins.

→ La Consultation Jeunes Consommateurs met en œuvre une stratégie permettant d'atteindre le plus tôt possible les jeunes utilisateurs dans leur expérience avec les produits et la prise de risque.

→ Orientées principalement vers les utilisateurs de cannabis à leur création, les CJC doivent mieux prendre en compte les autres addictions et donc renforcer leur attractivité concernant les consommations d'alcool, de cocaïne et les pratiques de jeu (vidéo, hasard et argent).

→ L'environnement, quel qu'il soit, (familial, professionnel, amical etc.) est reçu et accompagné dans le cadre de la Consultation.

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

- Le fonctionnement des consultations est clairement identifié au sein de la structure par ses horaires, son personnel, la gestion des calendriers et de la prise de rendez-vous.
- La consultation initiale du consommateur peut être réalisée par un médecin, un infirmier, un psychologue ou un éducateur exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire compétente en addictologie.
- L'ensemble des professionnels intervenants au sein de la consultation doit attester d'une compétence en matière d'addictions, de publics jeunes et d'accueil de l'entourage.
- Un responsable de la consultation doit être désigné par le directeur du CSAPA ou celui du service auquel est rattachée la consultation hospitalière.

## constats

- L'intégration du financement de la CJC au financement global des structures a fait émerger la diversité des organisations au sein des équipes. Si dans des structures, certains professionnels sont dédiés à la Consultation, dans d'autres, c'est l'ensemble des professionnels qui assure l'accueil des jeunes. Le fléchage spécifique va de soi quand la Consultation se situe en dehors du centre de soins, ce qui n'empêche pas la mise à disposition supplémentaire d'une partie de l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA. À l'inverse, quand la mission est assurée au centre de soins, la présence de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire peut conduire à ne pas lui dédier des professionnels spécifiques.
- Le nombre et le type de professionnels dédiés dépend notamment du financement octroyé lors de la création de la Consultation et de sa localisation. Parmi les CJC interrogées, la moitié ont moins de 1,5 ETP dédié et un quart, 1 mi-temps ou moins. Pour assurer l'activité, la majorité des CSAPA ou certaines Consultations hospitalières redéploient des personnels en plus de la dotation initiale des CJC.
- Concernant le type de professionnels, un psychologue intervient dans 90% des CJC interrogées, un éducateur dans 45%, un médecin dans 38%, un infirmier dans 35% et une assistante sociale dans 25%. La part des médecins est plus importante dans les CJC gérées par l'hôpital. Quelques CJC mobilisent d'autres types de professionnels : médiateur social, animateur, aide-soignant, sophrologue, diététicien, chargé d'accueil notamment.
- 20% des CJC n'ont pas de responsable désigné. Elles sont, pour 8 sur 10 d'entre-elles, implantées dans le centre de soins et fonctionnent en totalité avec les moyens du CSAPA et sous la responsabilité directe du directeur de la structure.

## en question

- Faut-il identifier des professionnels dans le CSAPA ou la Consultation hospitalière pour accueillir les jeunes consommateurs ?
- Quels professionnels peuvent être dédiés à la Consultation Jeunes Consommateurs ? Quelles compétences doivent être mobilisées ?
- Quels sont les liens entre les professionnels dédiés à la Consultation et ceux assurant l'activité du centre de soins ?

## principes adoptés

- Pour contribuer à la prise en compte du public jeune dans la structure, des professionnels sont identifiés pour assurer la mission d'Intervention Précoce et l'activité de la CJC qui en est un des outils.
- Il est important que les professionnels dédiés à la CJC soient formés à des compétences complémentaires adaptées au public jeune, à l'accueil et au soutien de leur entourage et notamment à la clinique de l'adolescence, à l'approche motivationnelle et à l'intervention précoce.
- Des professionnels sont chargés de recevoir les jeunes et leur entourage en consultation mais aussi de développer le lien avec l'extérieur, de mailler un réseau avec l'ensemble de la communauté adulte qui entoure le jeune afin de faciliter sa rencontre et son accompagnement. Pour réaliser cette action, le CSAPA met à disposition des professionnels en fonction des besoins.
- La formation, l'échange de pratiques autour des jeunes, avec l'ensemble des personnels de l'équipe pluridisciplinaire, y compris ceux qui n'interviennent pas dans le cadre de la CJC, permet d'insuffler une « culture CJC » dans les CSAPA et dans les Consultations hospitalières afin d'intégrer la spécificité de la prise en compte du public jeune et de la valoriser comme une mission à part entière du CSAPA.

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

- Le lieu de la consultation est accessible facilement, notamment par les transports de voyageurs.
- Les horaires sont adaptées au public reçu (scolarisés, actifs). Chaque consultation propose au moins une demi-journée d'accueil par semaine, dont une en dehors des horaires de classe ou de travail (le mercredi après-midi et/ou le samedi).
- Les formalités d'accès sont réduites au minimum.
- Le fonctionnement des consultations est clairement identifié au sein de la structure par ses horaires, son personnel, la gestion des calendriers et de la prise de rendez-vous.
- Il appartient au responsable de la consultation, en lien avec celui du CSAPA, d'organiser un fonctionnement harmonieux au sein de la structure, permettant le déroulement des différentes activités du centre dans des lieux ou à des temps individualisés.
- Les conditions d'accès doivent garantir la protection des publics jeunes.
- Une attention particulière sera apportée à l'identification de la consultation à l'extérieur des locaux (sur la voie publique).

## constats

Les professionnels interrogés sont majoritairement attentifs à réserver, dans la mesure du possible et en fonction des besoins, des territoires, des temps et/ou des lieux spécifiques aux jeunes consommateurs.

### → Des CJC accessibles pour les jeunes consommateurs

La majorité des Consultations Jeunes Consommateurs sont accessibles en transport en commun. Mais pour celles dont le territoire d'intervention recouvre une zone rurale, le manque de mobilité des jeunes complique la rencontre. Les CJC adaptent leurs interventions pour proposer des points de rencontres au plus près des jeunes, tout en garantissant la confidentialité (dans un lieu mis à la disposition de la mairie de leur lieu d'habitation etc.).

### → Des localisations variables : du lieu spécifique à l'intégration de la CJC au centre de soin

La majorité des CJC sont situées dans les locaux des CSAPA (73% des CJC ayant répondu au questionnaire) ; certaines sont dans un local indépendant en dehors du centre de soin (11%), d'autres sont situées dans une autre structure ou un autre service de la structure (16%) comme les PAEJ, MDA, Mission Locale, foyer etc. ou comme le service prévention du CSAPA par exemple. Les CSAPA proposent également des consultations avancées pour faciliter la rencontre avec les jeunes (cf. fiche 10). Cette localisation dépend des moyens, de l'histoire de la structure de rattachement, de la place donnée à la mission d'intervention précoce dans le CSAPA et des caractéristiques du territoire d'intervention. Un lieu spécifique ou une Consultation située dans un accueil non spécialisé « addiction » sont perçus comme moins stigmatisant par des jeunes qui ne se reconnaissent pas dans le dispositif de soin et ne s'identifient pas au public accueilli.

Pour l'entourage, s'adresser au centre de soins peut accroître l'inquiétude pour son enfant ou son proche alors que lorsque la Consultation se situe dans un lieu autonome et qu'elle s'intègre à la cité, elle est identifiée comme un espace d'information et d'écoute. Il en va de même quand la Consultation est localisée dans un autre dispositif (PAEJ, MDA etc.), le repérage et l'orientation par les professionnels de ces dispositifs vers la Consultation spécialisée sont facilités.

À l'inverse, quand l'activité « jeunes consommateurs » se situe dans le centre de soins, elle bénéficie de l'équipe pluridisciplinaire et offre un accueil médico-psycho-social.

Par ailleurs, l'image du soin qui lui est associée peut être rassurante pour le jeune et garante de l'efficacité pour l'entourage.

Elles peuvent donc donner lieu à des représentations qui sans être contradictoires sont clairement différentes. Cela pose la question de la complémentarité des dispositifs existants sur un même territoire.

### → Des horaires adaptés au rythme des adolescents et à leur entourage

Presque toutes les CJC interrogées offrent une possibilité d'accueil le mercredi après-midi, le samedi ou en soirée. L'amplitude horaire dépend de la position de la CJC dans l'organisation globale du CSAPA, de sa localisation et du personnel mis à disposition. Pour les CJC situées dans les locaux des CSAPA, l'accueil est possible sur ses horaires d'ouverture, qu'il existe ou non des créneaux spécifiques. Pour les Consultations situées dans un local indépendant ou adossées à une autre structure, les jeunes sont accueillis sur des créneaux spécifiques, plus ou moins nombreux en fonction du temps de personnel mis à disposition.

Pour favoriser la prise de rendez-vous, y compris en dehors des horaires d'ouverture, certaines de ces Consultations proposent un accueil téléphonique via un numéro de portable ou une ligne Azur. Plusieurs CJC ont abandonné les permanences sans rendez-vous, car peu de jeunes y viennent spontanément. Les CJC situées dans un local indépendant ou dans un structure généraliste d'accueil des jeunes (Maison des Adolescents, PAEJ etc.) considèrent important de laisser un accueil sans conditions, pour assurer la mission d'information et de conseil des jeunes et de leur entourage.

#### → Une diversité d'aménagements pour garantir la protection du public jeune

Les professionnels des CJC situées dans le centre de soins sont vigilants à séparer les lieux de circulation et d'attente des jeunes consommateurs. Pour cela, Les CSAPA mettent en place des aménagements en fonction des caractéristiques du lieu et du public reçu :

- les entrées peuvent être distinctes
- les salles d'attente peuvent être différentes si l'entrée est la même
- les créneaux d'accueils de la CJC peuvent être différents
- là où il n'est pas possible de distinguer l'entrée ou la salle d'attente, il arrive que le jeune soit accompagné directement dans le bureau d'entretien en attendant que le rendez-vous ait lieu.
- un professionnel est parfois missionné pour accueillir, être présent dans la salle d'attente, informer le public.

Cependant, pour certaines CJC, la population du centre de soin ne nécessite pas d'adapter des conditions d'accueil spécifiques au public jeune et à son entourage.

L'accessibilité et l'amplitude horaire de la majorité des CJC sont des conditions nécessaires mais pas suffisantes à créer les conditions d'une rencontre avec le jeune.

#### → Des outils de communication spécifiques

Les professionnels des CJC rencontrés s'accordent sur la nécessité de communiquer de manière spécifique auprès des jeunes consommateurs et de leur entourage. 93% des CJC ont une plaquette spécifique ou font l'objet d'une communication particulière sur la plaquette du centre de soins, 40% d'entre-elles ont un site web dédié ou une page du site du centre de soins, 35% ont élaboré des flyers à destination des jeunes et de leurs parents. Des professionnels témoignent de l'inadaptation de l'appellation du dispositif et ont choisi de renommer la Consultation avec un vocabulaire plus attractif pour les jeunes (Caan'abus, La station, Cann'agir, La consult', Le zinc, etc.).

### en question

→ Comment favoriser la venue des jeunes et de leur entourage à la CJC ?

→ Quelles modalités d'organisation vont faciliter la rencontre avec le jeune et son entourage ?

## principes adoptés

→ Il est préconisé de créer des conditions de rencontre adaptées aux jeunes consommateurs, à leur entourage et aux caractéristiques du territoire, que la CJC soit située dans le CSAPA, dans la consultation hospitalière, adossée à une autres structure ou service ou dans un local indépendant :

- lieu convivial et rassurant
- salle d'attente aménagée
- circulation spécifique dans les locaux
- communication attractive
- temps d'accueil spécifique (mercredi, samedi ou en soirée)

→ Une bonne visibilité du personnel dédié et de leurs pratiques spécifiques par l'ensemble des acteurs du territoire semble plus efficace qu'une amplitude horaire extensive. Un site Internet, un numéro de téléphone Azur ou de portable contribue à faire connaître la CJC en parallèle d'un travail de réseau soutenu.

→ Le CSAPA ou la Consultation hospitalière évalue régulièrement son accessibilité en interne et avec les autres partenaires et veille à adapter son action.

#### La CJC : des outils de fonctionnement spécifiques ?

Dans les CSAPA, des outils relatifs au fonctionnement de la structure, au suivi du patient et à la participation des usagers sont mis en place, dont certains sont promus par la loi 2002-2. Les CJC étant intégrés aux CSAPA et aux consultations hospitalières, il n'est pas prévu juridiquement l'élaboration de supports particuliers. Cependant, des déclinaisons spécifiques des outils existant dans le CSAPA (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, DIPC, outils de participation des usagers) peuvent être adaptés à l'accueil des jeunes consommateurs et à leur entourage au regard de la spécificité du public, de ses modalités d'usage et des pratiques d'accompagnement.



**L'ACCUEIL ET  
L'ACCOMPAGNEMENT  
DU JEUNE CONSOMMATEUR  
ET DE SON ENTOURAGE**

→ À l'adolescence, les usages, les conduites, peuvent s'accompagner d'un déni ou d'une faible perception du risque. Les jeunes ne s'identifient pas à l'image de l'usager dépendant (« je ne suis pas un toxico » ou « je ne suis pas un alcoolique ») qui vient dans les centres de soins, ne se reconnaissent donc pas comme des personnes ayant besoin d'une quelconque prise en charge. Par conséquent, ils ne se rendent que très rarement spontanément dans les lieux d'accueil spécialisé en addictologie. Une demande d'aide ou de soin contredit le désir d'autonomie de l'adolescent.

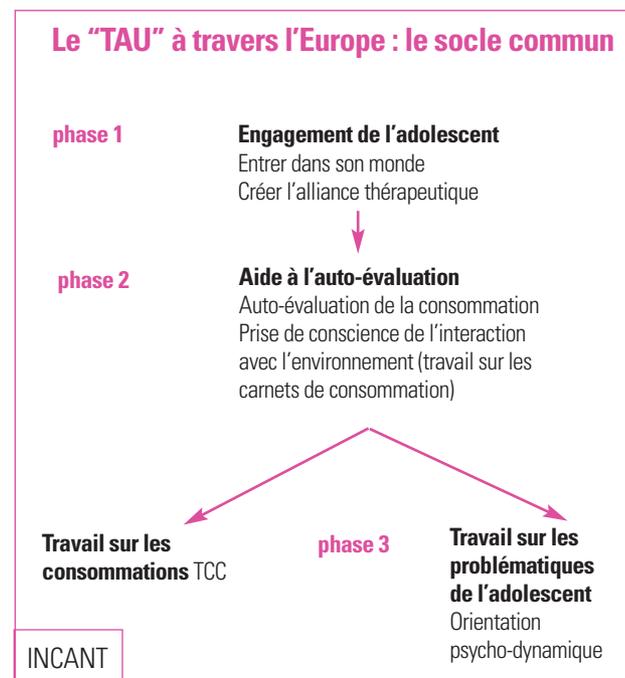
→ « Je veux que tu veuilles changer et je veux que tu demandes de l'aide pour un problème que je te dis que tu as ». La demande d'aide vient des parents, des proches ou d'autres adultes qui entourent le jeune (éducation nationale, centre de formations, foyers etc.), suite à un événement et/ou à une évolution du comportement du jeune, considérés comme préoccupants. Cette inquiétude de l'entourage est souvent inversement proportionnelle à la non-reconnaissance d'un besoin d'aide de la part de l'adolescent. L'entourage prend contact avec le dispositif spécialisé car il se sent isolé, démuni, incompetent ou peu disponible pour prendre en compte ou intervenir positivement auprès du jeune.

→ Majoritairement, les jeunes viennent donc contraints (par la justice, l'éducation nationale sous la forme d'une alternative) ou dans le cadre d'une orientation éducative (entourage familial, éducateurs etc.).

→ Malgré des modalités de fonctionnement propres à chaque centre de soin, la majorité des professionnels s'accorde sur l'importance de proposer un accueil adapté au public jeune et à son entourage.

→ Il s'agit pour les CJC de prendre en compte cette demande de l'entourage, de permettre l'évaluation de la situation du jeune en proposant un bilan des consommations ou du comportement, de susciter la motivation au changement en mobilisant différentes approches et techniques tout en respectant l'expérience et les choix de l'usager.

→ Au-delà de la diversité des pratiques, il se dégage des invariants dans l'accompagnement du jeune, convergeant avec les résultats TAU (*Treatment as usual*, autrement dit, la prise en charge individuelle classiquement utilisée) de la recherche INCANT. L'étude des TAU européennes montre en effet, que malgré des différences entre les pays, il existe un socle commun à l'ensemble des prises en charge. Celles-ci se déroulent en 3 étapes :



- 4. l'accueil du jeune et de son entourage 30
- 5. l'évaluation de la situation du jeune 32
- 6. l'accompagnement et l'orientation 34
- 7. la prise en compte de l'entourage familial 36
- 8. la spécificité des orientations judiciaires 38

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

→ Les Consultations Jeunes Consommateurs accueillent les usagers qui se présentent spontanément ou adressés par un tiers (famille, professionnel de santé, milieu scolaire, justice) parce qu'ils présentent des difficultés attribuées à un usage simple, à risque ou nocif.

→ Les consultations sont gratuites et doivent garantir la confidentialité. S'agissant de l'usage de stupéfiants, les personnes se présentant spontanément peuvent bénéficier de l'anonymat (article L.3421-4).

→ Les consultations offrent un accueil et une information à l'entourage.

→ Les Consultations Jeunes Consommateurs proposent un accueil conjoint du consommateur et de son entourage.

## REPÈRES JURIDIQUES CONCERNANT L'ACCUEIL DES MINEURS

→ Les CJC ont vocation à accueillir des jeunes, y compris des mineurs, ainsi que leurs parents ou leur entourage. Ces consultations sont gratuites et doivent garantir l'anonymat à ceux qui le demandent.

**Art. L. 1110-4.** - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Il convient de rappeler que la loi prévoit qu'un mineur puisse bénéficier de soins sans informer ses parents (ou titulaires de l'autorité parentale).

### **L'article L1111-5 du CSP issu de la loi du 4 mars 2002 :**

• **Pour les mineurs dont les liens de famille ne sont pas rompus et qui ne bénéficient pas, à titre personnel, d'une couverture sécurité sociale :**

« Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

• **Pour les mineurs dont les liens de famille sont rompus et qui bénéficient à titre personnel d'une couverture sécurité sociale :**  
« Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. »

→ L'esprit de la loi est ainsi de permettre à des mineurs d'accéder à un traitement, y compris quand le mineur s'oppose à ce que ses parents en soient informés. C'est au nom de cette préoccupation que pourrait être abordée la question de l'accueil des mineurs dans cette consultation par des professionnels autres que des professionnels de santé et qui relèvent du champ médico-social.

→ La spécificité de la population accueillie, en particulier des jeunes mineurs, impose aux professionnels qui les reçoivent la nécessité d'aborder avec eux, dans la relation clinique, la problématique de la relation avec leurs parents et de la connaissance que ceux-ci ont des difficultés qu'ils rencontrent. Il est de la responsabilité du clinicien d'évaluer au cas par cas les modalités d'aide et de s'efforcer de "favoriser le lien" entre le mineur et sa famille.

## constats

### 1. Le premier contact

→ Le premier contact et le délai pour le premier rendez-vous sont des paramètres qui vont influencer sur l'alliance que va pouvoir créer le professionnel avec le jeune et son entourage. Ce premier contact, le plus souvent téléphonique, est assuré par la secrétaire dans 80% des Consultations. Pour les autres, ce sont les professionnels de l'équipe. Si l'accueil téléphonique de la Consultation est commun à celui du centre de soins, l'orientation vers le dispositif se fait conformément aux critères d'inclusion de la Consultation Jeunes Consommateurs.

→ Concernant le délai du premier rendez-vous, pour 61% des CJC interrogées, il est de moins de 8 jours, pour 30% d'entre-elles de 8 à 15 jours et pour 7% d'entre-elles de plus de 15 jours. Ce délai dépend de la disponibilité du ou des professionnels dédiés à la Consultation. Ils sont attentifs à pouvoir accueillir les jeunes consommateurs le plus tôt possible, c'est parfois même, dans quelques CJC, la seule spécificité évoquée par rapport à un accueil classique en centre de soins.

### 2. Le premier entretien

→ Les modalités du premier entretien sont très diverses. Soit il est assuré par le professionnel disponible, soit l'évaluation de la demande lors du premier contact (le plus souvent téléphonique) détermine quel professionnel recevra le jeune. Parfois, un seul professionnel (psychologue, éducateur, infirmière) est désigné pour assurer les premiers accueils, il peut ensuite orienter. Dans quelques CJC, le jeune peut choisir le type de professionnel par lequel il souhaite être reçu, d'autres privilégient des entretiens en binôme de professionnels.

→ La demande de rendez-vous se fait le plus souvent à l'initiative de l'entourage. Lors du premier entretien, l'entourage (notamment familial) peut se présenter seul ou accompagné du jeune. Il arrive que le jeune se présente seul, dans le cadre d'une démarche spontanée, ou quand le rendez-vous a été préparé par un professionnel de l'institution qui l'a orienté ou encore dans le cadre des consultations avancées. ... / ...

## en question

- Comment l'organisation interne répond-elle au premier contact, qu'il soit physique ou téléphonique ?
- Dans quel délai le jeune consommateur et/ou son entourage est-il reçu, selon quelles modalités ?
- Comment garantir et promouvoir un accueil adapté à chaque jeune consommateur et à son entourage ?
- Quels sont les éléments facilitant l'adhésion d'un jeune qui n'exprime pas de demande ?
- Qui doit-on recevoir lors du premier entretien ?

## principes adoptés

- La **qualité** du premier accueil est primordiale. Le premier impératif à toute intervention est de créer la possibilité d'une rencontre et d'une alliance, notamment avec un public qui n'exprime pas de demande.
- Les **modalités** d'accueil participent à l'instauration d'une relation de confiance. Il s'agit d'offrir un espace protégé, rassurant, où puisse être entendue et discutée l'expérience du jeune, sans jugement ni *a priori*. Le thérapeute adopte une posture d'empathie, non moralisatrice, dans le respect de la parole et de la temporalité de la personne accueillie.
- La conduite addictive est abordée dès le premier contact puisqu'elle motive la venue ou l'orientation. Une **évaluation** complète de l'impact des consommations, du contexte et des comportements est proposée au moment le plus opportun.

## Le premier contact

→ Les professionnels doivent être en mesure de répondre à la demande et d'entendre l'éventuelle inquiétude de l'entourage. Il est nécessaire de prévoir la possibilité d'une information et de conseil dès le premier contact, qu'il soit téléphonique ou physique : la secrétaire pouvant par exemple transférer un appel à un membre de l'équipe ou, quand les moyens le permettent, une fonction d'accueil par les professionnels est organisée.

→ Après le premier contact, il est préconisé de proposer au jeune et/ou à son entourage un rendez-vous dans un délai court, voire un accueil immédiat si la situation le nécessite : des permanences sans rendez-vous ou des plages horaires libérées peuvent permettre cela.

→ Lorsque l'entourage sollicite la Consultation Jeunes Consommateurs c'est le plus souvent qu'il considère que la situation devient urgente à traiter. Il est donc important de l'inviter à accompagner le jeune lors de la première consultation pour exposer la situation ayant motivé le rendez-vous.

→ Pour faciliter l'appropriation de la démarche par le jeune et son entourage, dès la prise de rendez-vous, les personnels présentent le cadre de la Consultation : un espace qui leur est dédié, une possibilité d'être écouté, d'échanger, de faire le point sur les usages en toute confidentialité et avec l'assurance de la validité des informations.

## Le premier entretien

→ Les professionnels reçoivent la ou les personnes qui se présentent à la Consultation.

### Trois cas de figure :

#### 1. L'entourage se présente seul, sans le jeune

Le thérapeute évalue la pertinence d'associer ou pas le jeune à la démarche.

→ Dans certains cas, le professionnel travaille avec l'entourage sur ce qui va faciliter la venue de l'utilisateur.

→ Si la venue du jeune n'est pas possible ou souhaitable, un soutien est proposé pour contribuer au renforcement des compétences de l'entourage dans sa relation avec le jeune (cf. fiche 7).

#### 2. Le jeune se présente seul spontanément ou adressé par un tiers

→ Le professionnel crée les conditions de l'appropriation de la démarche par le jeune, pour dépasser la demande de l'entourage et se positionner comme un aidant.

→ Il s'agit de mettre le jeune en confiance, afin de rendre envisageable l'évaluation des usages, sans se focaliser sur l'arrêt de la consommation.

→ Une intervention brève peut être proposée dès le premier entretien (cf. fiche 12).

#### 3. Le jeune est accompagné d'un ou des membres de son entourage, à l'initiative ou non de la prise de rendez-vous

Il est important que tous ceux qui se présentent à la Consultation puissent être écoutés et entendus en fonction de la spécificité de leur situation.

→ Un temps du rendez-vous est consacré à recevoir le jeune et l'entourage séparément.

→ Un temps du rendez-vous est consacré à recevoir ensemble, le jeune et son entourage, quel qu'il soit.

Cet espace différencié permet, à la fois le déploiement d'une parole singulière, mais également pour effet de faire « baisser la pression » en offrant à chacun un lieu où peuvent se dire et s'élaborer les éventuelles difficultés ou conflits qui brouillent ou empêchent la communication. Il reviendra au professionnel de remettre en circulation l'ensemble de ces éléments lors d'une (ou plusieurs) rencontre(s) où seront présents tous les membres du groupe familial.

## constats

→ Les jeunes consommateurs expriment rarement une souffrance liée à leur consommation, ils font plutôt part d'une expérience de plaisir ou de mieux être, que l'usage soit « social » ou « auto-thérapeutique ». Ainsi, quand l'expérience d'usage est « sociale », le jeune évoque la découverte ou l'apprentissage de quelque chose sur lui, sur l'autre et sur le monde. Mais cet apprentissage peut être débordé par l'intensité de ce qui est vécu, entraînant une minimisation des risques et la dissolution de la responsabilité individuelle dans l'effet du groupe ou dans un certain discours social. Quand l'expérience est « auto-thérapeutique », elle lui sert à mettre à distance les sensations désagréables ou les vécus douloureux. Il trouve donc un intérêt dans ses consommations, d'autant qu'elles ne lui paraissent pas problématiques ou dangereuses, voire qu'elles constituent une aide à un moment donné.

→ Les adolescents qui prennent des produits comme moyen de régulation émotionnelle, de gestion ou d'anesthésie des émotions désagréables, sont souvent plus motivés à participer à la prise en charge que les personnes dont le mode de consommation est plus « festif ».

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

Les consultations réalisent une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du consommateur et repèrent un éventuel usage nocif.

→ Si le jeune n'est pas demandeur, il a « laissé voir » quelque chose de son usage et c'est à partir de ce dévoilement d'une pratique que peut s'initier une action. Les professionnels s'accordent sur l'importance de lui permettre d'évaluer sa consommation, d'en déterminer ou d'admettre, si c'est le cas, le caractère abusif ou excessif dans une évaluation globale de sa situation. En effet, parfois, avant même de parler des consommations, le jeune évoque « son univers », ses liens avec ses amis, sa famille, son lieu de vie, ses goûts musicaux, l'école, ses hobbies. Cet *habitus* contribue à évaluer la place que tient la consommation dans la vie du jeune et dans quelle mesure elle est problématique.

→ Des professionnels évoquent la difficulté ou la résistance de certains jeunes à s'exprimer, « à parler d'eux » et la pertinence d'utiliser des outils diversifiés (auto-questionnaire, jeux vidéos etc.).

## en question

→ Quel est l'objectif de l'évaluation avec un jeune usager ?

→ L'évaluation intègre-t-elle un bilan des usages et des consommations ?

→ Comment favoriser l'appropriation de la démarche par le jeune ?

→ Quelle posture adopter et quelles techniques utiliser pour réaliser l'évaluation ?

## principes adoptés

→ Pour favoriser l'appropriation de la démarche, le thérapeute élabore conjointement avec l'utilisateur chaque étape du suivi que ça soit dans ses objectifs ou dans ses modalités.

→ Il s'agit de prendre en compte dans l'évaluation :

1. le contexte psychologique de l'utilisateur : sa structuration psychique, un éventuel syndrome dépressif, voir un trouble psychiatrique au regard des modalités de développement de la crise d'adolescence
2. la dynamique familiale
3. l'investissement de la sphère scolaire et relationnelle
4. la projection dans l'avenir : comment l'utilisateur s' imagine dans le futur

### L'INTERÊT DU DIAGNOSTIC DSMIV AU REGARD DES RESULTATS DE LA RECHERCHE INCANT

- La thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) obtient de meilleurs résultats que la thérapie individuelle chez les usagers diagnostiqués dépendants au cannabis selon le DSMIV.
- Pour les abuseurs, l'étude montre une efficacité équivalente entre une thérapie usuelle individuelle et une thérapie familiale.

→ Le thérapeute se réfère à la **dimension expérientielle** (vécu psychologique et social) autant qu'aux repères classiques de l'évaluation des consommations (schéma usage – abus – dépendance).



#### Le niveau d'usage

- la distinction entre l'usage simple, l'abus et la dépendance est importante du point de vue de la santé physique, psychique et sociale, puisqu'elle permet de mesurer l'impact des consommations sur les comportements ainsi que les complications actuelles ou prévisibles.
- la réalisation de ce diagnostic est nécessaire pour envisager la poursuite du suivi.

#### Le professionnel interroge :

- le type de produit ou de comportement : alcool, herbe, résine, type d'alcool, type de jeux vidéo etc.
- le mode de consommation ou d'utilisation : joint, bang, mélange, chez soi ou pas, temps passé, etc.
- l'âge et le contexte des premières consommations ou utilisation : seul ou avec des pairs, en lien ou non avec des événements de vie, etc.
- les effets ressentis lors des premières consommations, circonstances actuelles : seul ou avec les pairs, dès le matin ou le soir après la journée d'école ou de travail, en soirée pour faire la fête ou sur le lieu du travail, etc.
- les effets attendus et recherchés : se détendre, rigoler, être défoncé, dormir etc.
- les impacts de la consommation sur sa vie quotidienne : mémoire, concentration, motivation, activités, sommeil, etc.
- les impacts sur son rapport aux autres : famille, amis, professeurs, formateurs, éducateurs etc.

#### L'expérience d'usage

Il est aussi important d'intégrer les critères liés à l'expérience :

- l'intensité de l'expérience recherchée : le mode d'usage minimaliste (éviter le plus possible de connaître les effets des substances psychoactives, agréables et désagréables), le mode maximaliste (rechercher un effet agréable le plus intense possible et des effets désagréables minimum) et entre les deux, des comportements de modération qui visent une intensité d'effet raisonnable en regard des impératifs de la récupération<sup>29</sup>.
- la satisfaction liée à l'expérience obtenue qui n'est pas forcément en lien avec le niveau d'usage : insatisfaction parce que les difficultés et la souffrance ont pris le dessus, satisfaction parce que le mode d'usage lui apporte plus d'avantages que d'inconvénients, ou ambivalence.

<sup>29</sup> A. Therrien, *Aux frontières du risque*, Éditions Ario, 2003.

→ Les critères d'évaluation et de diagnostic des niveaux d'usages et des situations doivent être élaborés collectivement par l'ensemble des professionnels de la CJC de façon à assurer la cohérence des réponses en termes d'orientation et d'accompagnement.

→ Pour faciliter l'expression du jeune, le thérapeute adopte la technique d'écoute active, sans juger ou approuver ce qu'il entend et ainsi attribue une valeur à l'expérience du jeune. Une attitude bienveillante et empathique consolide l'alliance thérapeutique.

→ La possibilité pour le jeune d'évoquer les aspects positifs de ses usages contribue à la prise de conscience de la fonction de l'usage. Les questions et l'apport d'informations objectives du professionnel pour tempérer certaines affirmations ou représentations, amènent le jeune à repérer les aspects négatifs de ses consommations ou de son comportement alors qu'elles étaient minorées voire déniées par rapport aux intérêts de l'usage.

→ La prise de conscience du jeune est un préalable à son engagement dans l'auto-évaluation de la gestion de ses usages ainsi que de leurs impacts sur sa vie quotidienne et sur son environnement.

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

- Les consultations offrent une information et un conseil personnalisés, une prise en charge brève aux consommateurs à risques ou nocifs selon leur besoins.
- Les consultations accompagnent ou proposent une orientation aux personnes en difficulté lorsque la situation le justifie (complications somatiques ou psychiatriques, dépendance, prise en charge au long cours etc.).

## constats

- Après la phase d'évaluation et de questionnements, les professionnels des Consultations Jeunes Consommateurs proposent :
  - une intervention destinée à renforcer la motivation au changement et le changement
  - une orientation quand les premiers entretiens ont permis de repérer des problèmes médicaux, sociaux, d'insertion, des co-morbidités psychiatriques qui demandent à mobiliser des compétences extérieures à la CJC
  - la poursuite d'une thérapie plus longue quand l'évaluation a fait émerger des conflits sous-jacents, des problématiques personnelles, familiales, qui peuvent nécessiter la poursuite de la prise en charge.
- L'accompagnement se fait dans le cadre de la Consultation ou du CSAPA, quand le nombre d'entretiens de la Consultation Jeunes Consommateurs est limité. Dans ce cas, le thérapeute qui rencontre le jeune à la Consultation sera le plus souvent le même au CSAPA. Par ailleurs, un nombre croissant de jeunes nécessitent un accompagnement socio-éducatif (problématique d'insertion, suivi administratif etc.).
- Les approches utilisées sont diverses : stratégie motivationnelle, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie de soutien, psychodynamique, systémique. Même s'ils en privilégient une plutôt qu'une autre, en fonction de leur orientation ou du profil de l'usager, les professionnels en mobilisent souvent plusieurs, en alternance, pour accompagner une même personne.
- Certains jeunes qui ne sont pas prêts pour une démarche de diminution, de modification ou d'arrêt de leur consommation ou de leur conduite reviennent plusieurs mois après.

→ Les principaux partenaires cités pour l'orientation en aval sont : le CSAPA, le secteur psychiatrique, la médecine de ville, les services d'addictologie hospitalière (suivi et sevrage), les dispositifs d'insertion (Mission Locale, PAIO etc.) et les CTR spécifiques pour accueillir les mineurs ou jeunes majeurs quand un besoin est identifié de séparer le jeune de son milieu et de sa famille. Les professionnels soulignent l'insuffisance des relais de prise en charge au-delà de la Consultation Jeunes Consommateurs.

→ Les possibilités d'orientation vers les structures spécialisées de soins psychologiques ou psychiatriques (CMP, secteurs de psychiatrie, etc.) sont limitées, et les liens sont variables. En effet, si un patient ayant une problématique psychiatrique est également usager, en particulier d'opiacés, il est très souvent réorienté vers la Consultation Jeunes Consommateurs. Par ailleurs, les délais d'accès, notamment, aux CMP, sont de plusieurs mois (parfois plus de 6).

→ Les lieux d'hospitalisation et de sevrage accessibles aux jeunes font défaut ainsi que les structures sociales et d'hébergement pour les jeunes les plus désocialisés.

→ Les médecins généralistes peuvent être un relai de la prise en charge, même s'ils hésitent à s'engager dans ce type de suivi, difficilement compatible avec une activité libérale. Il en est de même avec d'autres thérapeutes ou pédopsychiatres libéraux.

## en question

- Quel est l'objectif de l'accompagnement après l'évaluation ?
- Quelle posture adopter et quelles techniques utiliser pour consolider la motivation au changement ?
- Comment rendre l'orientation efficiente ?

## principes adoptés

→ Après la phase d'identification de la place des usages dans la vie du jeune, le professionnel co-construit avec lui des objectifs. La mise en question de l'expérience d'usage peut permettre d'amorcer les changements dans sa vie personnelle, familiale et environnementale.

→ L'idée qu'un changement est possible dans un temps limité est un principe d'intervention de la CJC. Fixer des échéances dans le suivi contribue à créer de la motivation et rassurer le jeune qui le plus souvent ne se voit pas comme ayant besoin d'une thérapie longue.

→ Le professionnel prend en compte les repères temporels du jeune (examens, vacances scolaires, événement de vie etc.) dans la définition des objectifs et des étapes du suivi. Il rend également possible un accompagnement itératif, fréquent chez les jeunes consommateurs.

→ **Après la phase d'évaluation, différents cas de figures se présentent :**

### **1. Un changement est envisagé par le jeune**

L'intervention vise à améliorer la gestion de l'usage, qu'il souhaite le diminuer ou l'arrêter.

→ Pour renforcer la motivation au changement, le professionnel, dans une approche intégrative, utilise plusieurs techniques thérapeutiques afin de prendre en compte et d'agir sur les différentes dimensions de l'expérience d'usage : gestion du plaisir, de l'ennui, d'une dépressivité sous-jacente, d'un mal-être, des difficultés familiales etc.

→ Des outils peuvent participer de la motivation au changement (agenda de consommation, relaxation-sophrologie etc.).

### **2. Repérage d'une problématique psycho-pathologique sous-jacente**

(vécu traumatique, troubles de l'identité, angoisses névrotiques, états dépressifs etc.) Une thérapie spécifique est envisagée.

→ Elle peut s'effectuer dans le cadre de la Consultation Jeunes Consommateurs en restant toutefois vigilant à ne pas privilégier les prises en charge psychothérapeutiques longues, au détriment de la capacité à accueillir les nouvelles demandes et à rester un point de rencontre accessible le plus précocement possible pour les jeunes consommateurs.

→ Une orientation est envisagée si besoin.

### **3. Besoin d'une orientation**

(problématique psychique, socio-éducative, somatique)

Le professionnel s'assure de la continuité du suivi.

→ Il accompagne cette orientation en proposant au jeune de garder le lien avec un rythme de rencontre moins soutenu.

→ La pertinence de l'orientation est évaluée avec le jeune, la proposition est repensée avec lui si nécessaire.

### **4. Pas de souhait de poursuivre la démarche**

Le professionnel adopte une stratégie de réduction des risques.

→ Des informations qui peuvent s'avérer utiles sont délivrées à l'utilisateur avec des supports de type flyers, par exemple, sur : alcool et risque routier ; alcool, cannabis et grossesse ; cannabis et risque psychiatrique etc.

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

- L'entourage doit pouvoir trouver, auprès des professionnels de la consultation, une écoute, un soutien dans les difficultés qu'il ressent vis-à-vis des consommations ou des comportements addictifs de ses proches.
- En réponse à ses interrogations, il doit pouvoir recevoir une information sur les substances, leurs effets et leurs risques ainsi que sur les divers types de recours possibles pour le diagnostic et la prise en charge.
- Les parents doivent être soutenus dans leur rôle éducatif et le dialogue avec leurs enfants sur les consommations de produits illicites, d'alcool et de tabac.
- Des consultations conjointes peuvent être proposées.

## constats

- Toutes les Consultations Jeunes Consommateurs interrogées reçoivent l'entourage, notamment familial, les liens avec l'entourage étant au centre des préoccupations. De nombreux travaux montrent que la famille est une composante importante dans la genèse, le maintien, l'aggravation ou la résolution de l'addiction, d'où l'intérêt de la prendre en compte.
- La découverte de l'usage de l'enfant génère chez les parents de l'inquiétude, voire de l'angoisse. Souvent déstabilisés par le refus de l'adolescent de reconnaître ce qu'ils estiment comme une situation « grave », ils demandent de l'aide au dispositif spécialisé. Selon l'évaluation 2004-2007 du dispositif par l'OFDT, 14% des jeunes suivis dans les Consultations étaient adressés par l'entourage familial.
- Cet entourage est plus ou moins impliqué dans le suivi du jeune. Une majorité des professionnels associe les parents dès le premier entretien, notamment s'ils sont à l'origine de la demande (cf. fiche 4). Certaines CJC proposent des consultations, voire des thérapies familiales. Dans le cas où le jeune se présente seul à la Consultation et que des éléments importants de discordance familiale apparaissent, certains professionnels travaillent avec le jeune pour faire venir ses parents. Dans le cas où le jeune ne vient pas à la Consultation, les professionnels proposent un soutien aux parents. Enfin, quelques Consultations privilégient l'autonomie du jeune et ne reçoivent les parents que s'ils le demandent.

- Des Consultations organisent des groupes de paroles « parents » tout en notant la difficulté de les mobiliser.
- Pour les mineurs, l'adhésion de la famille est recherchée, parfois encadrée par un protocole (information, présence des parents ou du représentant légal lors du premier entretien).
- Les différents travaux de recherche reconnaissent que l'approche familiale est particulièrement efficace par rapport aux techniques individuelles, aux thérapies de groupes d'adolescents ou au *counselling* psycho-éducatif<sup>30</sup>.

## en question

- Que peut apporter la prise en compte de l'entourage familial dans le suivi du jeune ?
- Comment l'entourage familial peut-il être impliqué dans l'accompagnement du jeune usager ?
- Quel type de soutien peut-il être proposé à la famille du jeune usager ?
- Y a-t-il des situations où il est préférable de laisser la famille à distance de la prise en charge ?

<sup>30</sup> R.G Williams and S.Y. Chang, *A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome*. Clin Psycho, 2000.

## principes adoptés

→ Une coopération entre l'usager, les proches et le thérapeute n'est pas en contradiction avec un espace et une relation respectant l'intimité, la confidentialité et l'autonomie du jeune.

→ L'entourage familial est un acteur majeur pour le maintien et la qualité des attaches sociales de la personne. Il doit être considéré dans l'accompagnement et peut même être institué comme support et/ou co-thérapeute hormis dans certaines situations où l'implication de l'entourage n'est pas possible ou souhaitable (les jeunes placés en famille d'accueil ou en institution par exemple).

→ L'alliance thérapeutique avec les parents passe par la prise en compte de leur souffrance, de leur inquiétude, mais aussi par la mobilisation de leur capacité à intervenir.

→ Le professionnel évalue avec les parents l'impact de l'usage, le regard qu'ils portent sur leur enfant, les relations intra-familiales, la vision qu'ils ont des produits. Il veille à ne pas augmenter leur culpabilité, à dédramatiser ou à alerter si nécessaire, en leur permettant de distinguer ce qui dans la situation leur appartient de ce qui appartient à l'enfant (ou au proche).

→ La CJC apporte une aide appropriée au jeune et à son entourage familial. Pour cela, sur un même territoire, une offre diversifiée, allant du conseil à la thérapie familiale est recommandée :

### 1. Écoute et information

→ Lorsque la famille ne souhaite pas une intervention longue et intensive ou que la situation du jeune ne le nécessite pas, la CJC offre à l'entourage familial un espace d'échange ouvert et non-stigmatisant où il peut exprimer ponctuellement son inquiétude et ses demandes d'informations ou de conseils.

→ L'accès à l'information peut être facilité par une mise à disposition d'outils et de supports pédagogiques (documentation, CD-rom, film etc.).

→ Des conférences débats ou séances de sensibilisation peuvent être organisées.

### 2. Guidance et soutien

→ Les professionnels répondent au besoin de certains parents d'être soutenus ou confortés dans leurs attitudes éducatives, quand ils se sentent en difficulté durable ou passagère vis-à-vis de leur enfant.

→ Le thérapeute peut intervenir afin de rétablir la communication, en prévenant la rupture et en aidant à la prise de décision.

### 3. Thérapie familiale

→ Quand la conduite addictive est le symptôme d'un dysfonctionnement familial, une perspective systémique peut être privilégiée.

→ L'objectif est de permettre la reconnaissance du trouble par l'ensemble des personnes concernées, d'ouvrir la possibilité d'en parler et de le dénommer, de repérer les interactions qui sont des facteurs aggravants et pérennisants ou au contraire qui favorisent une évolution positive.

→ Le thérapeute, avec la famille et le jeune, va construire un protocole de soins en fonction de la singularité de chaque situation ou système.

### 4. Groupe multi-familial

→ Toute situation d'usage ne relève pas nécessairement d'une thérapie. Le partage d'expériences peut contribuer à sortir de l'isolement et de la culpabilité. Le GMF en est un exemple en proposant une « approche collaborative, fondée sur la recherche d'alliance, d'affiliation, qui pose la famille en co-thérapeute au sein d'un groupe d'entraide composé d'autres familles partageant le même problème »<sup>31</sup>.

→ Ces caractéristiques du GMF favorisent la construction de l'alliance thérapeutique avec les parents.

... / ...

<sup>31</sup> M. Cassen, J.M. Delile Thérapies multifamiliales et addictions, sous la dir. de Solange Cook-Darzens, ed Eres, 2007.

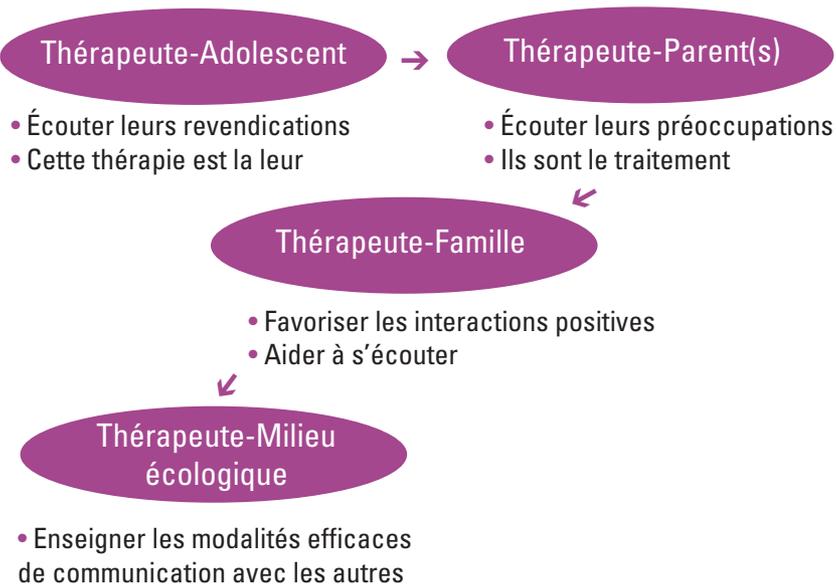
## Focus sur la thérapie familiale multidimensionnelle (MFDT)

### Un modèle de thérapie familiale systémique évalue dans le cadre de la recherche INCANT

La MDFT est un protocole de prise en charge qui fonde son approche sur le constat selon lequel l'usage de substances psychoactives chez l'adolescent est un phénomène **multidimensionnel**, tant dans ses causes que dans ses conséquences sur le jeune et son entourage. Elle agit de façon synergique sur les quatre angles que sont :

- l'adolescent : comportements d'usages, perception des risques, expériences d'usage
- les parents : représentations, positionnement par rapport au comportement de leur enfant, nature du lien avec leur enfant
- la famille : communication, fonctionnement familial, capacité de résolution des conflits
- l'environnement extra-familial : milieu scolaire, pairs...

#### Synergie des actions du thérapeute



### Cette thérapie familiale systémique multidimensionnelle a une intensité élevée :

elle est pratiquée à raison de deux séances par semaine pendant 6 mois et nécessite une supervision individuelle. Elle se déroule en trois phases qui sont, la construction de l'alliance thérapeutique, les demandes de changement et la consolidation de ceux-ci.

### L'étude européenne INCANT (International CAnnabis Need of Treatment)

L'étude INCANT a été réalisée en France par les équipes des CJC, adossées l'une au CSAPA Émergence, l'autre au CSAPA du CEDAT de Mantes-la-Jolie et de Saint-Germain-en-Laye, en lien avec l'Institut Mutualiste Montsouris et l'unité Inserm 669 de la Maison des Adolescents, sur un financement MILDT et PHRC (programme hospitalier de recherche clinique).

#### L'étude :

INCANT est un essai clinique multicentrique international européen randomisé longitudinal de phase [III. b] qui vise à comparer deux méthodes de psychothérapie dans l'abus et la dépendance au cannabis :

- une prise en charge individuelle représentative de ce qui est pratiqué dans chaque pays participant à l'étude dénommée TAU ou « Treatment as usual ».
  - la MDFT (thérapie familiale systémique formalisée aux États Unis et ayant déjà fait l'objet de nombreuses recherches).
- 5 pays ont participé à l'étude : l'Allemagne, la Belgique, la Hollande, la Suisse et la France. Pour la France, les inclusions dans l'étude se sont faites sur deux CJC : le CEDAT (Mantes-la-Jolie et Saint-Germain-en-Laye) et le centre Émergence (Paris). Entre 2006 et 2010, 463 adolescents, âgés de 14 à 18 ans, consultant pour abus ou dépendance au cannabis, ont été inclus dans le protocole européen, dont 113 en France.

### Résultat de la recherche INCANT

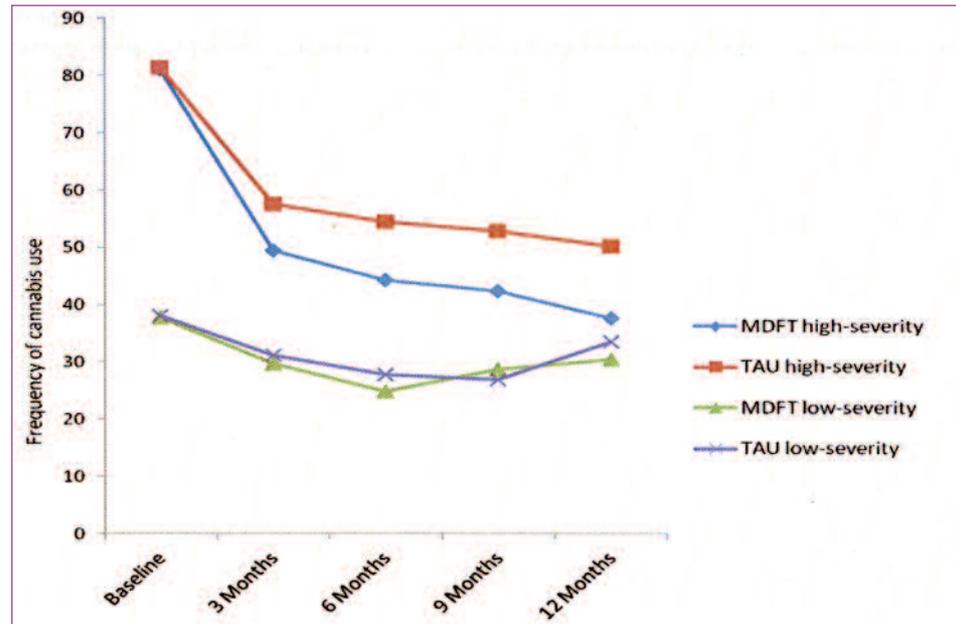
sur la comparaison de l'efficacité de la thérapie familiale multidimensionnel versus la TAU (thérapie individuelle classiquement pratiquée)

- Sur les critères de consommation de cannabis (le TLFB ou nombre de jours de consommations dans les 90 jours précédant l'évaluation) : la MDFT semble se montrer plus efficace dans la réduction de la consommation de cannabis que la TAU dans les cas les plus sévères i.e. consommation importante et co-morbidités psychiatriques (différence entre les deux traitements significatifs avec un  $p < 0,001$ ). MDFT a aussi un plus grand impact sur les troubles du comportement. En revanche, sur les consommations non sévères (moins de 2 jours sur 3 de consommation), les deux thérapies semblent avoir une efficacité équivalente.

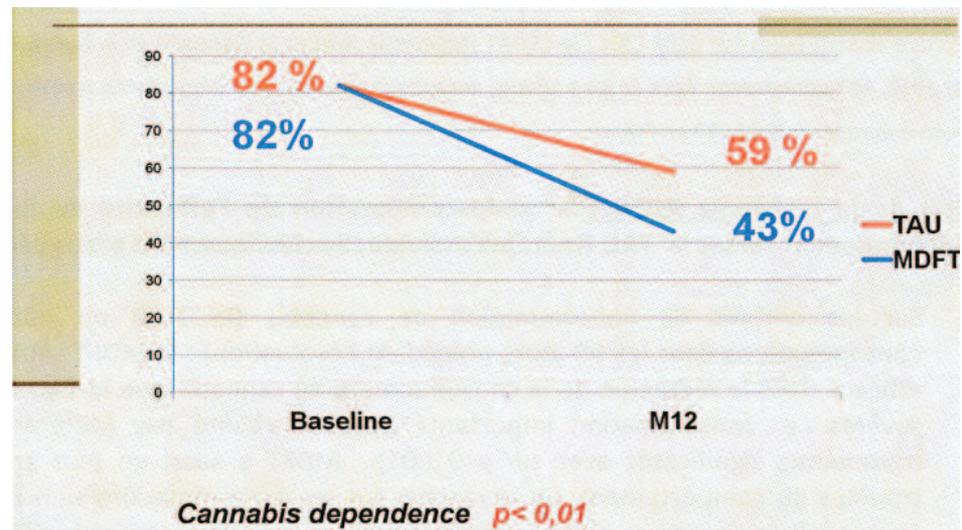
- En cas de dépendance au cannabis, la thérapie familiale a obtenu de meilleurs résultats que la thérapie individuelle (différence MDFT et TAU avec  $p < 0,01$ ). Pour les abuseurs, l'étude montre une efficacité équivalente des deux prises en charge (individuelle et familiale).

**Docteur Olivier Phan,**

Centre Émergence, Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, institut Mutualiste Montsouris, Paris



ill.a. Réduction de la consommation de cannabis en fonction de la thérapie



ill.b : cannabis dependence European data (n : 461)

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

Les Consultations Jeunes Consommateurs reçoivent les personnes orientées par l'autorité judiciaire.

## constats

→ Environ la moitié des usagers vient sur orientation judiciaire (48%)<sup>32</sup>. Dans certaines Consultations, cette orientation représente 80% de la file active. Une part importante des jeunes orientés par la justice sont des usagers simples qui ne nécessitent pas un accompagnement. Pour autant, les professionnels estiment que cette rencontre obligée peut aboutir à de réels résultats car elle permet de recevoir également des usagers à risques ou dépendants.

→ La manière dont les jeunes ont été orientés et dont a été présentée la mesure influe fortement sur la qualité de la rencontre.

→ Dans certaines Consultations, les mineurs auparavant reçus en individuel sont orientés directement vers les stages de sensibilisation quand ils existent, empêchant ainsi toute évaluation individuelle.

→ Les mesures qui concernent les jeunes usagers comprennent l'alternative aux poursuites (classement sous condition avec orientation socio-sanitaire, injonction thérapeutique, rappel à la loi) et l'alternative à l'incarcération (obligation de soins). Elles peuvent relever également de la PJJ pour des mesures de réparation pénale, par exemple. Le recours à ces mesures ainsi que leurs modalités d'application est très variable selon les juridictions. Selon qu'elles sont pré ou post-sentencielles, les mesures peuvent obliger l'utilisateur à un, deux ou trois rendez-vous dans un centre spécialisé, voire à un suivi pendant quatre ou six mois à raison d'un rendez-vous mensuel. Pour l'application de ces mesures, certaines Consultations conviennent avec la justice des modalités les plus pertinentes possibles :

une rencontre individuelle suivie de rencontres collectives sur la citoyenneté, ou la mise en place de séances de théâtre forum par exemple.

→ Des Consultations interviennent également dans les Foyers d'Action Éducative et dans les Centres Éducatifs Fermés, en sensibilisant le personnel et en proposant des temps de présence pour rencontrer les jeunes.

→ Des permanences au tribunal sont parfois proposées pour accueillir les usagers orientés par les différents acteurs judiciaires (JAP, CIP et délégués du procureur de la République) pour un délit mineur engendrant un simple rappel à la loi ou pour une obligation de soins. Pour les professionnels, ces permanences au tribunal sont un moyen de « rapprocher » les deux champs, de travailler sur les représentations et de favoriser l'orientation et l'accès aux dispositifs spécialisés.

## en question

→ Quelles sont les spécificités cliniques de l'accueil et de l'accompagnement des personnes sous main de justice à la Consultation Jeunes Consommateurs ?

→ Comment contribuer à rendre ces orientations pertinentes ?

<sup>32</sup> I. OBRADOVIC, Évaluation du dispositif des consultations jeunes consommateurs (2004-2007) – Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge, OFDT, 2009

## principes adoptés

- Le professionnel explicite d'emblée sa non-appartenance au système judiciaire, réaffirme les conditions de confidentialité (cf. fiche 4) et veille à ce que le partenariat avec la justice n'entrave pas l'autonomie du soin et le secret professionnel.
- Dans le cadre de cette rencontre « obligatoire » qui se situe entre le domaine privé du soin et le domaine public de la justice, l'objectif n'est pas de redire la loi mais de permettre une rencontre, en considérant la sanction comme une possibilité donnée à quelqu'un de réfléchir sur ses usages, son histoire, les causes et les conséquences de ses actes.
- La contrainte, premier temps de la rencontre, peut permettre à l'utilisateur de s'exprimer sur cette obligation qui lui est faite, qu'il soit d'accord ou pas, qu'il la trouve injuste, voire inutile. Les professionnels se saisissent de ces attitudes d'opposition ou de refus, régulièrement extériorisées chez les jeunes usagers, pour les transformer et favoriser l'émergence d'une demande aussi mince soit-elle.
- Une grande partie des jeunes orientés par l'autorité judiciaire sont des usagers occasionnels. Les professionnels délivrent des informations ou proposent une intervention de courte durée.
- D'autres jeunes ne sont pas dans des problématiques de consommations mais la rencontre peut faire émerger des difficultés sociales, familiales, psychologiques qui nécessitent une orientation vers un autre professionnel ou dispositif.
- Certains sont des usagers problématiques, voire dépendants, pour lesquels un accompagnement plus long est proposé.
- Les coopérations entre les professionnels de santé et de justice sont déterminantes dans la qualité de la rencontre avec le jeune. Le cadre général de l'intervention qui définit les modalités d'accueil, le nombre d'entretiens, les modalités de retour d'information est porté collectivement et expliqué de la même manière aux jeunes par les deux parties.
- Le partenariat doit prévoir la possibilité de faire des propositions d'aménagements quand des situations le nécessitent.
- Pour l'application des mesures de justice auprès des mineurs, les modalités de fonctionnement, de prise de contact et le contenu de la mesure sont différentes. Par exemple, en ce qui concerne le retour d'information à la justice, quand les personnes sont majeures, l'attestation de venue est remise à l'intéressé qui se charge de la remettre à la justice; pour les mineurs, elle peut être envoyée directement à la PJJ.
- Il est préconisé de développer d'autres partenariats pour que l'ensemble du public potentiel de la Consultation Jeunes Consommateurs sur un territoire puisse bénéficier de son intervention (cf. fiche 9).



## L'INTERVENTION PRÉCOCE

→ Les jeunes qui se présentent à la Consultation Jeunes Consommateurs ont le plus souvent été repérés comme ayant une consommation ou un comportement problématique, du point de vue de leur famille, des professionnels qui les entourent ou dans le cadre d'une infraction à la loi. Cependant, afin d'agir dès les premiers stades de la consommation, avant même l'orientation judiciaire ou la dégradation d'une situation dans la famille ou dans une institution, il est nécessaire d'inverser les priorités et, dans certaines situations, de privilégier la prévention ou l'intervention précoce et non, comme c'est souvent le cas, la répression ou le soin. En effet, si la prise de risque fait partie de l'existence, l'addiction, elle, n'est pas une fatalité et peut être prévenue et évitée.

→ Il revient alors aux professionnels des Consultations Jeunes Consommateurs de s'intéresser « aux façons de ne pas entrer dans l'addiction » avant de se centrer sur « les façons d'en sortir ». Puisqu'une grande partie des usagers mettent à profit leurs capacités d'autocontrôle pour limiter les risques et ne pas devenir « malades », il va s'agir de minimiser davantage ce risque en proposant à chacun les moyens d'éviter les comportements addictifs. Pour remplir cet objectif, les professionnels mettent en œuvre une stratégie d'Intervention Précoce qui va de la prévention aux soins. Ils déterminent une gradation des réponses allant de la simple délivrance de messages généraux, jusqu'à l'orientation vers le dispositif spécialisé en passant par des conseils prodigués durant une courte période.

→ Cette stratégie s'élabore là où les jeunes se trouvent, dans les institutions ou dispositifs dont ils relèvent (éducation nationale, centres de formation, missions locales, PAEJ, MDA, clubs de prévention, foyers) dans les espaces où ils sont en situation de consommation (rassemblements festifs), à proximité des lieux qu'ils fréquentent (*via* des points de consultations avancés en milieu rural, par exemple).

- 9. la CJC : centre de ressources sur les questions d'addictions chez les jeunes 42
- 10. les consultations avancées 44
- 11. les actions hors les murs 46
- 12. le repérage, l'intervention brève et l'orientation 50

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

→ Les Consultations vont à la rencontre des personnes en difficulté potentielle et se font connaître des partenaires et institutions tels que : éducation nationale, éducation spécialisée, professionnels de santé, notamment de ville.

→ Le responsable de la Consultation doit régulièrement diffuser une information sur son existence, ses missions et ses modalités de fonctionnement, auprès des structures accueillant des adolescents et des jeunes, en particulier les établissements scolaires, les établissements médico-sociaux accueillant des jeunes handicapés et des personnes en situation de précarité (CHRS, notamment), les maisons de l'adolescent, les points écoute jeunes, les missions locales, les centres de la santé mentale. Les services de médecine du travail doivent également être informés de l'existence des consultations. Celle-ci doit également être portée à la connaissance de l'ensemble des médecins généralistes du territoire d'intervention de la consultation, en utilisant les relais professionnels, syndicaux et ordinaires.

## constats

→ Le constat qu'une simple information sur l'existence du dispositif auprès du public et des acteurs du territoire ne suffit pas pour que les jeunes se rendent à la Consultation est largement partagé. Même quand la Consultation est connue, les orientations des jeunes n'aboutissent que très rarement. Par ailleurs, l'appellation « Consultation » peut constituer un frein à la venue des jeunes usagers.

→ Pour faciliter la rencontre, les professionnels s'accordent sur la nécessité de développer des partenariats permanents avec les institutions, structures, dispositifs qui accueillent des jeunes. Ils considèrent cette action comme indispensable tout en précisant qu'elle nécessite un temps d'intervention important.

→ La majorité des Consultations Jeunes Consommateurs travaille avec les institutions, services ou dispositifs qui accueillent les jeunes sur leur territoire d'intervention. Les Consultations qui développent des liens avec l'extérieur formalisent ce partenariat pour 68% d'entre-elles au travers d'une convention. Les autres définissent un protocole ou des modalités de coopération. Les partenariats faisant l'objet de conventions sont : la justice (24%), les établissements scolaires (11%), MDA-PAEJ (12%), Foyers (FJT, CHRS, MECS) (6%), missions locales, clubs de prévention, ASE, municipalité etc.

→ Les modalités de coopération dépendent du financement d'origine de la Consultation Jeunes Consommateurs et des traditions de collaboration du CSAPA ou de la Consultation hospitalière avec les acteurs du territoire.

→ L'action avec les partenaires peut consister en :

- une information auprès des partenaires sur l'existence des Consultations Jeunes Consommateurs, leurs modalités d'interventions et de fonctionnement
- une sensibilisation des professionnels des

structures partenaires aux spécificités des conduites addictives à l'adolescence

- une formation au repérage, à l'intervention brève et à l'orientation vers le dispositif spécialisé
- des temps de travail en commun sur les modes de coopération ou sur les jeunes eux-mêmes
- des séances de sensibilisation collectives auprès des publics de ces structures
- de l'accueil individuel chez les partenaires *via* des consultations avancées.

→ Quand les institutions, notamment les établissements scolaires, les centres de formations et les foyers (FAE, CEF, MECS etc.) sollicitent le dispositif spécialisé, elles souhaitent qu'une solution rapide soit proposée. Or, les professionnels s'accordent sur le fait que prendre le temps de sensibiliser les adultes de l'institution est plus efficace que la simple délivrance d'information auprès des jeunes.

→ Si l'éducation nationale apparaît, à priori, comme un partenaire privilégié pour la majorité des Consultations, les orientations scolaires sont en revanche relativement peu nombreuses. Certains établissements ne souhaitent pas l'intervention des professionnels du secteur spécialisé, voire la diffusion d'informations ; d'autres font appel au dispositif spécialisé pour mener des actions de prévention auprès des élèves, sensibiliser le personnel de l'établissement, ou proposer des points de rencontres au sein de l'établissement.

→ Les liens avec les médecins généralistes sont encore peu développés. D'une façon générale, la médecine de ville oriente les jeunes vers la Consultation Jeunes Consommateurs quand les consommations sont problématiques, c'est-à-dire, quand elles ont des conséquences somatiques. Par ailleurs, aborder les conduites addictives est parfois difficile, quand le médecin du jeune est également celui de la famille.

## principes adoptés

→ Sur un territoire, la Consultation Jeunes Consommateurs constitue pour les institutions une ressource et un appui qu'elles peuvent solliciter sur les conduites addictives chez les jeunes. Dotées d'une expertise, la CJC a pour mission de soutenir la communauté adulte qui entoure le jeune et d'intervenir auprès d'eux, de manière collective ou individuelle.

→ La Consultation Jeunes Consommateurs veille à diversifier ses **partenariats** afin d'être accessible à tous les publics jeunes du territoire quelle que soit leur « origine » institutionnelle. Ce partenariat doit être clair dans ses intentions et dans ses étapes.

### Intervention auprès des adultes

→ Pour permettre une meilleure prise en compte de la problématique addictive au sein de l'institution, la CJC construit une démarche permettant aux adultes de comprendre les comportements de certains jeunes afin de co-construire une réponse autour d'une finalité commune. Cette réponse dépend de la réalité de chaque institution.

→ Quel que soit l'origine du partenariat (sollicitation d'une institution ou initiative de la Consultation Jeunes Consommateurs), l'implication des directions respectives facilite la coopération entre les équipes. Elle est particulièrement importante pour un travail sur les différentes procédures et règlements.

→ L'organisation de séances de sensibilisation auprès de toutes les catégories de professionnels (pédagogique, encadrant, direction, intervenants) permet une meilleure connaissance des missions et des rôles de chacun. L'adaptation du contenu aux questions qui se posent dans la structure (conduites addictives et adolescence, les produits, les usages, les représentations, la loi etc.) contribue à l'appropriation de la question des problématiques addictives par les professionnels de l'institution et facilite la rencontre des jeunes par les professionnels de la CJC. Les orientations des jeunes de l'institution vers la Consultation et inversement sont plus efficaces.

→ Un soutien aux équipes, dans leur pratique quotidienne, par des séances d'analyse de situations problématiques par exemple, rend possible la construction de réponses cohérentes de l'équipe vis-à-vis de son institution et des jeunes eux-mêmes.

→ La formation au repérage et à l'intervention brève (cf. fiche 12) apporte aux professionnels des compétences pour aborder la question des conduites addictives avec les jeunes ainsi que pour faciliter l'orientation vers la Consultation quand cela est nécessaire.

→ Une équipe relais « ressource » sur les questions d'addictions, dans l'institution, peut être constituée avec les professionnels intéressés et formés.

### Intervention auprès des jeunes

→ Les actions auprès des jeunes, qu'elles soient collectives ou individuelles ne sont pertinentes que si le travail avec les adultes tel que préalablement décrit a eu lieu.

→ Les séances de groupe permettent :

- un apport d'information sur les usages, les produits, leurs effets
- une réflexion interactive sur les représentations
- une information sur l'existence et les missions de la Consultation Jeunes Consommateurs.

→ Les rencontres individuelles, *via* des consultations avancées ou des temps de permanences au sein de l'institution, peuvent pallier une difficulté d'orientation (cf. fiche 10).

## EXTRAIT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

→ Afin de réduire les inégalités territoriales d'accès à la prévention et aux soins, des consultations avancées peuvent être développées dans d'autres structures à vocation sociale et médico-sociale. Dans ce cas, une convention entre la structure gestionnaire de la consultation et celle gestionnaire du lieu d'accueil prévoit la mise à disposition des locaux et, le cas échéant, des personnels. En revanche, il est nécessaire de rappeler que le CSAPA ne peut financer une autre entité pour que cette dernière assure une consultation pour jeunes consommateurs.

## constats

→ Les professionnels en contact avec les jeunes (éducation nationale, foyers, missions locales, PAEJ, MDA etc.) expriment leur difficulté à les orienter vers la Consultation. Même si l'équipe d'une institution s'implique dans le repérage et l'orientation vers le dispositif spécialisé en addictologie, des difficultés subsistent : la distance géographique et le délai entre l'acceptation du principe du rendez-vous et le rendez-vous lui-même compliquent la rencontre. Les orientations nécessiteraient le plus souvent un accompagnement physique.

→ Pour améliorer l'accessibilité au dispositif, environ la moitié des CJC interrogées (49%) proposent des consultations avancées ou des permanences à la demande, au sein même des institutions.

→ L'implantation de ces consultations avancées dépend :

- des caractéristiques du territoire (rural ou urbain)
- de la couverture par le réseau de soin sur le territoire
- des traditions de collaboration avec les acteurs locaux
- des moyens octroyés à la Consultation.

→ Lorsqu'il existe des structures généralistes telles que les PAEJ, les MDA ou les centres socio-culturels, des consultations sont proposées au sein de ces dispositifs. Certaines Consultations développent une activité au sein de structures spécialisées ou d'institutions qui accueillent un public potentiellement concerné par la CJC, comme les missions locales, les foyers jeunes travailleurs, les CHRS, les CEF, les établissements scolaires ou de formation. D'autres encore proposent des consultations dans un local indépendant ou dans des services municipaux ou para-municipaux, notamment en milieu rural, lorsque le réseau de partenaires est moins

important. Les structures qui développent ces consultations avancées bénéficient pour une partie d'entre-elles de financements complémentaires ou pour les autres, mettent à disposition des moyens du CSAPA pour en assurer l'activité.

→ Les professionnels s'accordent sur le fait que l'implantation de Consultations avancées dans des lieux qui accueillent des jeunes facilite leur rencontre. Cependant l'objectif, la position de la consultation au sein de cet accueil ne vont pas de soi et nécessitent d'être définis conjointement entre la structure d'accueil généraliste et la CJC. Les Consultations avancées implantées dans un local indépendant peuvent être vécues comme stigmatisantes par les jeunes et leur entourage, notamment en milieu rural ou l'anonymat et la confidentialité ne sont guère possibles.

## en question

→ Comment déployer sur le territoire des points d'accueil, d'écoute et d'évaluation des usages au plus près des jeunes consommateurs ?

→ Comment s'intègre un point de consultation à un autre dispositif ?

→ Ces points de consultations sont-ils des lieux de prise en charge ?

→ Le professionnel de la Consultation avancée est-il un professionnel « parmi les autres » ou des missions spécifiques lui sont-elles dédiées ?

## principes adoptés

- La Consultation avancée facilite la rencontre avec les jeunes usagers en proposant dans les lieux qu'ils fréquentent, un espace spécialisé sur les conduites addictives, identifié comme tel, afin de promouvoir une équité sociale et sanitaire sur un territoire.
- Il ne s'agit pas seulement de décentraliser une permanence ou un lieu d'accueil. Pour que cette stratégie soit efficace, elle doit reposer sur un travail très actif à l'interface entre services spécialisés et réseaux de partenaires en contact direct avec la population visée.
- Elle offre un espace d'information, de conseil, d'échanges, de prévention et d'évaluation des conduites addictives où le jeune peut aborder ses propres usages ou ceux de ses proches.

### → La Consultation avancée peut se situer :

#### 1. Dans une institution

(MDA, PAEJ, établissement scolaire, centre de formation, mission locale, foyer, club de prévention)

→ Les jeunes sont déjà inscrits dans un parcours d'accompagnement. Les professionnels de la CJC adaptent donc leur intervention en s'inscrivant dans une cohérence du parcours de l'utilisateur.

→ Elle peut avoir lieu ponctuellement, sur demande de l'institution, ou régulièrement, fixée dans le temps. En dehors des moments de présence du professionnel spécialisé, elle nécessite une information sur les particularités de cette consultation, sur son calendrier et un bouche-à-oreille entre les jeunes.

→ Des rencontres régulières avec les professionnels de la structure d'accueil permettent de partager les situations, de faciliter les orientations et de réfléchir sur leur pertinence.

→ Les professionnels de la consultation avancée apportent une culture du repérage et de la prise en compte des consommations des jeunes et sensibilisent les personnels aux interventions possibles auprès des jeunes (cf. fiche 9 et 12).

→ Les objectifs de la consultation, les modalités de fonctionnement et d'intervention définis conjointement avec la structure d'accueil font l'objet d'une convention de partenariat afin de garantir leur pertinence et leur cadrage éthique (confidentialité, anonymat...).

#### 2. Dans un local indépendant

→ La Consultation est alors attentive au risque de stigmatisation, de perte de l'anonymat et de la nécessaire confidentialité, notamment en milieu rural.

→ Elle fait l'objet d'une communication régulière et adaptée auprès de l'ensemble des partenaires.

→ Elle s'attache à organiser une communication attractive auprès des jeunes, afin qu'ils en connaissent l'existence, mais aussi qu'ils aient envie d'y venir si le besoin se fait sentir.

→ L'implication des publics concernés dans la réflexion sur l'organisation du lieu et sa communication favorise leur venue.

- S'il est convenu avec le jeune reçu à la Consultation avancée de poursuivre le suivi :
  - Il peut être reçu à la Consultation Jeunes Consommateurs ou au CSAPA, notamment en cas de rencontre au sein des établissements scolaires où une démarche de soin ne peut être entreprise.
  - La prise en charge peut se faire à la Consultation avancée notamment en cas de problème de mobilité pour accéder au CSAPA (en milieu rural par exemple).

## constats

→ Pour faciliter la rencontre avec les jeunes qui s'exposent à des risques, certaines Consultations Jeunes Consommateurs développent des actions dans les lieux et pendant les situations de consommation : lors de rassemblements festifs, de concerts, dans les boîtes de nuits ou dans l'espace public.

→ Ces actions se déclinent de la prévention à l'accès au soin passant par la réduction des risques. Pour les actions de prévention, il s'agit de se rendre sur les lieux repérés comme des lieux de consommation : aux abords des bars, squares etc. afin de transmettre des informations sur les risques liés à l'usage d'alcool et autres produits et de susciter le débat dans les groupes. Dans certaines situations, les professionnels ne peuvent que constater et accompagner les personnes en état modifié de conscience en les aidants à élaborer les émotions perturbantes qu'elles sont en train de vivre (réassurance). Dans ce cas des actions de réduction des risques sont entreprises, comme trouver une solution pour rentrer chez soi, prévenir la déshydratation, intervenir sur une situation de malaise ou de coma ou lors d'actes de violence<sup>33</sup>.

→ Certains professionnels participent à des actions de maraudes et de médiation auprès des publics en situation d'exclusion sociale ou éloignés des dispositifs de prévention et de soins (dans la rue, dans les squats, dans certains quartiers dit « sensibles » etc.). En effet, la rencontre hors les murs du professionnel de la CJC favorise la venue de l'utilisateur à la Consultation. Pour rendre efficace ces actions et faciliter la rencontre avec les jeunes et leur entourage, un travail de mobilisation, de sensibilisation et de médiation avec les partenaires présents sur ces territoires est engagé.

---

<sup>33</sup> Tendances Alternatives Festives, ANPAA 33

## en question

→ Quelle est la plus-value des actions hors les murs ?

→ En quoi consiste l'intervention ?

## principes adoptés

→ Le développement des possibilités de rencontre hors les murs permet de créer des passerelles entre les actions de réduction des risques pendant les situations de consommation et un temps de rencontre *a posteriori* dans une dimension de soin.

→ Ces actions dans les contextes de consommations sont des occasions de déstigmatiser les centres de soins ou Consultations Jeunes Consommateurs et les suivis qui peuvent y être proposés.

→ Lors des actions auprès des jeunes en situation de consommation, le professionnel engage la discussion dans une posture bienveillante, suscite le questionnement et favorise l'utilité sociale des jeunes afin de promouvoir leur responsabilisation dans la gestion collective des comportements.

→ Des échanges individuels informels permettent de repérer des jeunes ayant des consommations problématiques, proposer une intervention brève et si la situation le nécessite, orienter vers la consultation.

→ L'implication et la sensibilisation des différents acteurs (organisateur de soirées, acteurs des quartiers, les autorités locales, la société civile) et la participation aux instances de concertation de la politique de la ville favorise la promotion d'un environnement favorable<sup>34</sup>.

→ Les professionnels « hors les murs » partagent leurs observations sur les pratiques des jeunes avec les autres professionnels de la CJC afin d'améliorer leurs connaissances et aborder les habitudes d'usage lors des entretiens. Le dispositif TREND est aussi une source de données sur les pratiques et les produits émergents, notamment chez les jeunes<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> *Intervention Précoce, accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité*, GREA, 2010.

<sup>35</sup> Depuis sa mise en place en 1999, le dispositif "Tendances récentes et nouvelles drogues" de l'OFDT se concentre sur des groupes de populations beaucoup plus consommatrices de produits psychotropes que la population générale d'âge équivalent. Les observations réalisées ne peuvent donc être généralisées à l'ensemble de la population française.

## constats

→ Les professionnels de l'éducation nationale, des centres de formation, des dispositifs d'insertion (mission locale), d'écoute, de prise en charge (PAEJ, MDA), d'hébergement (foyers), les médecins généralistes etc. rencontrent des jeunes dont les comportements, attitudes et/ou discours suscitent un questionnement, mais ils peuvent hésiter sur la façon d'aborder les conduites addictives dans leur pratique quotidienne.

→ La prise en charge du sevrage tabagique s'est en partie diffusée dans la pratique des médecins généralistes de même que le repérage des usages d'alcool et de cannabis. Toutefois, ils demeurent encore minoritaires puisque seulement 23% des généralistes déclarent aborder avec leurs patients la consommation d'alcool et 8% celle du cannabis<sup>36</sup>.

→ Les professionnels des CJC constatent que les jeunes qui viennent à la consultation sont majoritairement des jeunes suivis par des dispositifs et institutions avec qui ils collaborent étroitement en menant des actions de sensibilisation, de soutien, de formation des personnels, notamment au repérage, à l'intervention brève et à l'orientation.

---

<sup>36</sup> *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Art. Le développement du repérage des pratiques d'addictions en médecine générale en France, F. Beck, R. Guignard, I. Obradovic, A. Gautier, L. Karila, oct. 2011.

## en question

- Comment favoriser le repérage précoce et l'intervention brève ?
- À quel moment l'orientation vers le dispositif spécialisé est-elle pertinente ?
- Comment rendre cette orientation efficiente ?

## principes adoptés

- Le repérage précoce peut être réalisé par l'ensemble de la communauté adulte qui entoure le jeune.
- Il a pour objectif d'identifier une situation problématique (ou qui risque de le devenir) chez un jeune usager, sans attendre nécessairement la formulation de la demande. Ce repérage se pratique en échangeant avec lui et en lui donnant de l'information, tout en respectant ses choix.
- Alternative au contrôle, la démarche de repérage précoce est à différencier de la notion de dépistage. Il est volontaire, avant tout destiné à l'utilisateur et s'inscrit dans une relation d'aide.
- Pour réaliser ce repérage, différents auto-questionnaires et questionnaires, validés par des sociétés savantes ou des conférences de consensus, permettent d'évaluer, en quelques questions, la typologie d'usage.
- Leur simplicité d'utilisation en permet une diffusion massive auprès d'un large public.
- Le repérage est pertinent lorsqu'il s'intègre dans une rencontre et que le questionnaire est utilisé comme un outil de médiation, pour augmenter la réceptivité.
- Lorsqu'un usage problématique est repéré, mais que les réponses de l'utilisateur ne suggèrent ni dépendance, ni dommage majeur, l'intervenant réalise une intervention brève.
- Cette intervention a pour objectif de favoriser la réflexion, l'auto-observation et l'auto-changement. Plutôt que d'intensifier l'information pour convaincre l'utilisateur, l'intervenant, dans une posture d'empathie et dans une approche motivationnelle, ajuste ses questions et ses informations. Il s'adapte au niveau estimé de nocivité de la consommation, de connaissance du produit consommé, de satisfaction procurée par l'usage et au niveau de motivation au changement de l'utilisateur.
- Lorsque l'intervenant repère des dommages importants et/ou une dépendance, une orientation vers le dispositif spécialisé d'addictologie est proposée à l'utilisateur. Cette orientation est facilitée si le dispositif spécialisé entretient un lien soutenu avec ses partenaires.
- La formation et le soutien des acteurs qui rencontrent la population jeune (éducation nationale, médecine de ville, urgences etc.) visent à rendre possible la pratique et la diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève.
- Il est préconisé de réfléchir à de nouvelles approches pour favoriser le repérage et notamment à la place de celui-ci sur Internet avec par exemple la mise en ligne d'auto-questionnaires, en veillant à garantir la confidentialité.

## Les professionnels de santé et la pratique de repérage précoce et d'intervention brève

- Pour intervenir précocement, il est nécessaire d'avoir une attitude extensive de repérage précoce des situations à risque tout en veillant à ce qu'elle reste acceptable et réaliste. Il n'est pas logique d'attendre une demande qui ne pourrait se formuler qu'après que des dommages suffisamment graves auront été perçus par le consommateur.

Le repérage précoce est donc, à l'initiative de l'intervenant, une offre de dialogue fondé sur l'auto-évaluation de sa situation par le consommateur avec l'aide du professionnel de santé.

- Il utilise communément des questionnaires standardisés, qui doivent être validés pour usage par des professionnels de santé définis et pour un public défini. Tous les questionnaires ne se valent pas, et un questionnaire valide pour une situation ne l'est pas nécessairement pour une autre.

- Les questionnaires non validés doivent être rejetés : ils contribuent à dévaloriser la démarche du repérage précoce en égarant à la fois professionnels et patients.

- Le repérage précoce est d'autant plus acceptable qu'il n'est pas ciblé sur un sous-groupe, et pas utilisé pour faire des comparaisons entre groupe.

- Il ne constitue pas un diagnostic, mais un support pour le dialogue et un guide pour l'action : il permet de distinguer communément trois attitudes pour le professionnel de santé : soit conforter la situation, à faible risque ; soit réaliser une intervention brève motivationnelle (IBM), permettant de renforcer la motivation et la capacité du consommateur à modifier son comportement pour en diminuer le risque. C'est le cas lorsque le risque est élevé mais que les réponses ne suggèrent ni dépendance ni dommage majeur ; cette IBM peut être réalisée par les professionnels de premier recours ; soit orienter vers une structure de deuxième recours, lorsque les réponses suggèrent une situation avec des dommages importants et/ou une dépendance.

- Les interventions brèves sont communément ciblées sur un comportement donné chez l'adulte, elles peuvent être ajustées chez le jeune en fonction de la hiérarchie de ses objectifs de changement. L'attitude motivationnelle est donc essentielle auprès des jeunes ; la délivrance d'information ne doit pas être imposée mais sollicitée.

- L'orientation du jeune vers le deuxième recours est facilitée quand la mise en place du repérage a été réalisée avec le concours de cette équipe. Il s'agit, notamment des formations assurées par cette équipe de recours.

Un avantage supplémentaire est que les intervenants addictologues soient familiers avec l'outil utilisé par les intervenants de première ligne.

L'assurance d'un étayage par les équipes spécialisées est nécessaire pour conforter les initiatives de repérage chez les non-spécialistes.

## La diffusion de la DEP-ADO en France

Le questionnaire DEP-ADO<sup>37</sup> est un outil de repérage des consommations de substances psychoactives pour les adolescents âgés de 13 à 18 ans. L'étude ROC-ADO<sup>38</sup> montre que ce questionnaire est particulièrement adapté aux professionnels de l'éducation nationale qui sont parfois en difficulté et ont besoin d'outils et de formation spécifiques pour aborder les consommations avec les élèves. Utilisé en France depuis 2005, il est diffusé auprès des médecins et infirmières scolaires notamment dans le cadre des formations « Repérage Précoce et Intervention Brève » menées par l'IPPSA. De nombreuses formations ont eu lieu, en Île-de-France d'abord, puis en Nord-Pas-de-Calais, en Picardie et en Bretagne. En 5 ans, près de 400 médecins et infirmières scolaires ont été formés à l'utilisation de ce questionnaire pour le repérage et aux interventions brèves fondées sur l'entretien motivationnel. Récemment, des professionnels des Consultations Jeunes Consommateurs ont intégré ces formations de façon à transmettre aux deux niveaux d'intervention, des apports sur ces outils, et ainsi renforcer la connaissance mutuelle et les liens de partenariat. L'intérêt principal de la DEP-ADO est de prendre en considération l'ensemble des consommations de SPA (alcool et drogues illicites) et de classer les comportements en trois niveaux qui tiennent compte de l'âge et du ressenti du jeune. L'étude montre que les dommages potentiels sont perçus

même chez les jeunes classés dans le risque faible, ce qui facilite l'aide à l'élaboration de motivations visant à réduire les risques liés aux consommations.

L'IPPSA travaille actuellement avec le RISQ pour la construction d'une version accessible par Internet, accompagnée de conseils de type *feedback normatif*. La DEP-ADO pourra également être utilisée dans des bornes interactives de prévention comme support à l'auto-évaluation pour les jeunes et des conseils seront générés automatiquement suite aux réponses de l'utilisateur.

**Philippe Michaud**

Directeur de recherche et médecin addictologue - IPPSA

---

<sup>37</sup> DEP-ADO, Detection of alcohol and drugs problems in adolescents, RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives).

<sup>38</sup> Dorothée Lécailler et al., étude ROC-ADO, « Repérer, Orienter, Conseiller les ADOlescents consommateurs en médecine scolaire », Presse médicale, 2012, in press.

**conclusion**

Pour ne pas conclure !

En accompagnant toutes les étapes de ce travail très orchestré, plusieurs rendez-vous se sont imposés !

Rendez-vous avec un réseau impliqué et représentatif, rendez-vous avec des acteurs qui ont tous accepté de regarder, partager et questionner ce qu'ils font, rendez-vous enfin avec la diversité considérée et valorisée.

Toutes ces rencontres ont été possibles grâce à plusieurs volontés, une politique, une associative et une humaine et professionnelle incarnée par vous tous qui avez participé à ce projet. Mais aussi grâce à ceux qui missionnés et engagés ont su le mener jusqu'au bout.

Nous avons porté, durant une année, une attention toute particulière aux jeunes que nous rencontrons, à nos pratiques professionnelles qui tentent de les accueillir, de les prévenir, de les accompagner ou de les soigner dans leurs expériences addictives.

C'est maintenant tout un secteur qui est en mouvement autour de cette mutation adolescente et d'une de ses expressions.

Ce travail a très vite imposé d'autres rendez-vous car dans ses multiples expériences qui l'individuent mais qui, en même temps, peuvent aussi le mettre en danger, l'adolescent convoque adultes et institutions à accuser réception et à répondre. Plus qu'aucune autre, les pratiques addictives des jeunes obligent au décloisonnement de toutes les lectures qui en sont faites, et donc des dispositifs qui les portent.

Nous avons entrevu à quel point ce public et ses entourages multiples sont exigeants si l'on tente d'accueillir ce qu'ils n'ont pas forcément prévu d'échanger avec nous. C'est donc sur cette exigence qu'a porté notre réflexion.

L'adolescence et les conduites qui l'accompagnent nous ont mobilisés, à l'image de la définition qu'en donnait Victor Hugo et qui nous éloigne de la notion de crise : « l'adolescence, comme la plus délicate des transitions »...

C'est un « parcours d'orientation » que propose ce guide, vous y avez trouvé des indices : les textes, les constats, les concepts, les théories, les modalités d'intervention, de repérage ainsi que des expériences de terrain. Leur assemblage permettra à chacun de structurer comme objectif une présence pour les jeunes, dans ou hors les murs qui saura garantir l'accueil, les missions mais aussi la diversité des approches.

**Véronique Garguil**

*Psychologue, Département d'addictologie  
Centre hospitalier Charles Perrens Bordeaux.  
Secrétaire générale, Fédération Addiction*



# Annexe 1

## Les approches thérapeutiques

### LES THÉRAPIES PSYCHO-ÉDUCATIVES, COGNITIVES ET ÉMOTIONNELLES

→ La psycho-éducation permet d'aider l'utilisateur à se dégager des processus addictifs en identifiant son propre fonctionnement et les moyens de le modifier pour améliorer sa qualité de vie.

Elle s'appuie sur trois dimensions :

→ une dimension pédagogique : donner des informations sur le problème rencontré et sur les aides qui peuvent être proposées. Ces informations visent à faciliter la compréhension de ce à quoi la personne fait face et une appropriation plus efficace et responsable des aides mises à sa disposition

→ une dimension psychologique : soutenir la personne en l'accompagnant et en l'écoutant au fur et à mesure qu'elle exprime ses difficultés à accepter et vivre avec ses problèmes

→ une dimension cognitive et comportementale : donner des outils concrets à la personne pour l'aider à mieux faire face à ses problèmes en apprenant à mieux gérer ses pensées, ses émotions et à poser des choix positifs par rapport à ses comportements.

#### 1. L'approche motivationnelle

L'entretien motivationnel est une approche de la relation thérapeutique (ou de la relation d'aide) fondée sur le renforcement de la motivation pour un changement de comportement. Il s'appuie sur un travail combinant l'empathie et l'élaboration par le sujet du bénéfice qu'il pourrait tirer de l'adéquation entre son comportement, ses conséquences et les raisons et causes de celui-ci. Il comporte des aspects techniques, dont le plus important est le maniement de l'écoute réflexive (fondement d'une empathie profonde et vérifiable par le sujet), mis au service d'une posture nécessaire à l'efficacité de la démarche et au respect de l'éthique.

Ses principes sont : le renforcement de l'autonomie, la relation de collaboration et non d'éducation, la recherche de l'élaboration personnelle autour des motivations au changement et de leur expression par le sujet.

Créé dans le champ de l'addiction, il étend maintenant son apport à tous les comportements de santé. Il a été développé de façon très importante dans les 15 dernières années, y compris dans le domaine de la santé des adolescents.

#### 2. Les approches cognitives

Il s'agit d'apporter des éclairages sur la place et la fonction du produit ou de la pratique dans la vie de l'utilisateur en identifiant les éléments déclenchant internes (pensées, émotions, perceptions et circonstances avant et après l'usage) et externes (circonstances des débuts, environnement : avec qui, où, quand) d'un comportement ainsi que ses conséquences. L'intervention consiste ensuite à transmettre des outils concrets qui permettent aux usagers de cerner le processus de l'addiction et de le gérer de façon à réaliser leurs objectifs de changement. Les étapes de changement (Prochaska et Di Clemente) sont un repère essentiel à transmettre pour permettre à l'utilisateur de modifier de façon durable son comportement.

#### Des questions précises et concrètes :

→ Pour identifier le processus de pensée : *que pensiez-vous juste avant la consommation ?*

→ Relier les sensations physiques et les émotions : *que ressentez-vous physiquement juste avant de consommer ?*

→ Identifier l'état émotionnel de l'adolescent avant sa consommation et repérer la fonction du produit, par exemple, apaisement du stress : *quelles types d'émotions éprouvez-vous après la prise ?*

... / ...

### 3. La gestion expérientielle

La gestion expérientielle propose une démarche qui vise essentiellement à amener l'utilisateur à réfléchir sur le niveau de satisfaction ressenti dans sa vie en tenant compte des risques de développer des problèmes avec sa consommation. Il s'agit d'aider la personne à faire des choix de consommation ou de pratique qui répondent de manière plus satisfaisante à ses besoins, à ses ressources, à ses aspirations.

### THÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE

Les interventions psychodynamiques sont essentielles pour une problématique identitaire, quand l'utilisateur répond à celle-ci. L'écoute se centre sur la réalité psychique interne. Les problématiques rencontrées concernent le vécu d'un événement traumatique (agression sexuelle, maltraitance, violence, décès etc.), les troubles de l'identité, l'anxiété en lien aux problématiques adolescentes (modification du corps, éveil de la sexualité), un état dépressif, la fonction de l'usage dans la gestion des émotions. Souvent, l'adolescent est pris dans un désir de maîtrise qui accentue la tendance à refouler ses émotions sans pouvoir le reconnaître. L'intervention consiste à développer des techniques psychothérapeutiques qui visent à améliorer l'identification et la différenciation des émotions chez les sujets présentant une mauvaise régulation émotionnelle en aidant à la prise de conscience et à la mentalisation des mouvements pulsionnels internes.

### THÉRAPIE CORPORELLE

Pour certains usagers, un travail au niveau du corps peut être envisagé. Les différentes techniques d'approche corporelle (relaxation, sophrologie, massage etc.) peuvent permettre de mieux connaître et découvrir les sensations qui proviennent du corps et que l'utilisateur a tendance à

refouler. L'objectif est de reprendre progressivement contact avec son corps et découvrir l'émergence de ses émotions.

Ce travail, en cohérence avec l'alliance thérapeutique, se fait dans le cadre d'une indication précise et d'un objectif défini en commun (préparation examen, gestion du stress, prise de parole...). Une évaluation avec le psychothérapeute est nécessaire avant d'y avoir recours.

### THÉRAPIE SYSTÉMIQUE

Le fait d'associer la famille est adapté et efficace pour des jeunes en lien étroit avec leur famille, qui est non seulement la clé du développement de l'identité mais également le rempart contre des comportements à risques suscités par l'environnement extérieur. Il s'agit d'inclure la famille dans la prise en charge plus que d'une thérapie familiale, en privilégiant l'action de la famille et de l'utilisateur eux-mêmes pour que les changements leur restent crédités. L'approche systémique appréhende tout problème à partir du système relationnel dans lequel il se produit. Le problème est moins analysé comme une pathologie individuelle que comme l'expression d'un dysfonctionnement au sein d'un système familial, les deux s'entretenant mutuellement.

### Pour aller plus loin :

- *Le changement en psychothérapie. Approche intégrative*, E. Marc, collection Psychothérapies, Dunod 2002
- *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique*, O. Chambon, M. Marie-Cardine, collection Psychothérapies, Dunod 2010
- *L'Aide-mémoire d'addictologie en 46 notions*, sous la direction de A. Morel, J.P. Couteron, P. Fouilland - Collection Les outils du psychologue, Dunod 2010

## Annexe 2

### Quelques outils de repérage

#### ADOSPA

ADOLESCENTS SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES  
Version française du CRAFFT (Reynaud, Karila, Legleye 2003)

**A** Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (AUTO, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?

**D** Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous DÉTENDRE, vous sentir mieux ou tenir le coup ?

**O** Vous est-il déjà arrivé d'OUBLIER ce que vous avez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?

**S** Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes SEUL(E) ?

**P** Avez-vous déjà eu des PROBLÈMES en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?

**A** Vos AMIS ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?  
Risque faible < ou = 1 - Risque modéré = 2 - Risque élevé > ou = 3.

#### CAST

##### Cannabis Abuse Screening Test

- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
- Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis ?
- Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation ?
- Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crise d'angoisse, mauvais résultat à l'école...)?

Risque faible < ou = 2 Risque modéré > ou = 3  
Risque élevé > ou = 6.

#### DEP-ADO (RISQ)

Grille de dépistage de consommations problématiques d'alcool et de drogues chez les adolescents

Pour consulter la grille de cotation et la note explicative :

[http://www.risqtoxico.ca/risq/www/dep\\_ado.php](http://www.risqtoxico.ca/risq/www/dep_ado.php)

#### TEST DE FAGERSTRÖM

1. Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?  
- dans les 5 premières minutes (3) - entre 6 et 30 minutes (2) - entre 31 et 60 minutes (1) - après 60 minutes (0).
  2. Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (église, bibliothèque, cinéma, etc.)  
- oui (1) - non (0)
  3. Quelle est la cigarette que vous détesteriez le plus de perdre ?  
- la première le matin (1) - une autre (0)
  4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?  
- 10 ou moins (0) - 11-20 (1) - 21-30 (2) - 31 ou plus (3)
  5. Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?  
- oui (1) - non (0)
  6. Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ?  
- oui (1) - non (0)
- Scores de dépendance*  
0-2 points : dépendance très faible, 3-4 points : faible, 5 points : moyenne, 6-7 points : élevée, 8-10 très élevée.

## Annexe 3

# les critères de la dépendance

### 1. SELON LE DSMIV

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1. tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
2. comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance
  - b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
3. substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.
4. désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
6. d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

- avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents) ;
- sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

<http://www.alcoolassistance.net/2-193-Definitions-et-classifications.php>

### 2. SELON L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE CIM-10 (1992)

Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée. Au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation)
- syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
- poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

# Annexe 4

## le questionnaire exploratoire

### Identification de la Consultation Jeunes Consommateurs

1. Nom et coordonnées de la (les) structure(s) gestionnaire(s) :

2. Nom et coordonnées de la Consultation Jeunes Consommateurs :

3. Date d'ouverture de la consultation :

4. Nom et lieu des permanences ou consultations avancées :

### L'accessibilité

5. Quel est le lieu d'implantation de la consultation ?

- Dans les locaux du CSAPA
- Dans un local indépendant
- Adossé à une autre structure ; précisez :

6. Existe-t-il un accueil téléphonique spécifique ?

- Oui
- Non

7. Quels sont les horaires et jours d'ouverture de la consultation ?

Lundi :

Mardi :

Mercredi :

Jeudi :

Vendredi :

Samedi :

8. Quels sont les horaires et jours d'ouverture des permanences ou des consultations avancées ?

Jour : Horaires :

9. La consultation est-elle à proximité des transports en commun ?

- Oui
- Non

10. Si oui, à quelle distance ?

11. Existe-t-il des critères délimitant l'accueil du public ?

- Oui
- Non

12. Si oui, le(s)quel(s) ?

- L'âge :
- Le produit ou le comportement :
- Le type d'usage (usage à risque, dépendance etc.) :
- Autre ; précisez :

13. Quelle est l'origine de la demande du public accueilli ?

- Spontané
- Justice
- Milieu scolaire et étudiant
- Famille / entourage
- Institutions et services sociaux
- Secteur sanitaire
- Secteur médico-social
- Médecine de ville
- Monde du travail
- Autre ; précisez :

### Les missions

14. Quelles activités sont assurées par la CJC ?

- Information
- Prévention
- Évaluation
- Intervention précoce
- Réduction des risques
- Orientation
- Soins et accompagnement
- Autre ; précisez :

15. Pouvez-vous préciser les objectifs prioritaires et spécifiques de votre consultation ?

### Le fonctionnement

16. Quelle est la composition de l'équipe ?

- ETP
- Médecin
- Médecin psychiatre
- Psychologue
- Éducateur
- Assistant social
- Animateur
- Infirmier
- Secrétaire
- Autre ; précisez :

17. Y a-t-il un responsable désigné ?

- Oui
- Non

18. Si oui, quel professionnel ?

19. Quels types de temps d'échanges sont prévus entre les professionnels de la CJC ?

- Réunions de synthèse
- Réunions cliniques
- Réunions d'équipe
- Supervision
- Autre, précisez :

**20.** La saisie d'actes est-elle spécifique (différenciée des autres actes de la structure) ?

- Oui  Non

**21.** Existe-t-il des outils spécifiques pour la CJC ?

- Oui  Non

**22.** Si oui, lesquels ?

- Un règlement intérieur  
 Un livret d'accueil  
 Un projet thérapeutique  
 Un dossier patient spécifique  
 Des outils relatifs à la participation des usagers (enquêtes, CVS...)  
 Autre ; précisez :

**23.** Existe-t-il des financements complémentaires ?

- Oui  Non

**24.** Si oui, lesquels ?

- Éducation Nationale  
 Collectivités territoriales  
 Justice  
 Prévention de la délinquance  
 MILDT  
 CUCS  
 ARS  
 Autre ; précisez

**25.** Existe-t-il des partenariats conventionnés ?

- Oui  Non

**26.** Si oui, avec quel(s) partenaire(s) ?

## L'accueil

**27.** Quel(s) professionnel(s) assure(nt) le premier contact téléphonique ?

- Médecin  
 Médecin psychiatre  
 Psychologue  
 Educateur  
 Assistant social  
 Animateur  
 Infirmier  
 Secrétaire  
 Autre ; précisez :

**28.** Quel(s) professionnel(s) assure(nt) le premier entretien ?

- Médecin  
 Médecin psychiatre  
 Psychologue  
 Éducateur  
 Assistant social  
 Animateur  
 Infirmier  
 Secrétaire  
 Autre ; précisez :

**29.** Le premier entretien s'effectue ?

- Uniquement sur RDV  
 Avec ou sans RDV

**30.** Quel est le délai d'attente moyen pour un premier entretien ?

**31.** L'entourage est-il reçu ?

- Oui  Non

**32.** Si oui, quel entourage ?

**33.** Comment l'entourage est-il reçu ?

- Uniquement sur RDV  
 Avec ou sans RDV  
 Uniquement avec le jeune  
 Avec ou sans le jeune

**34.** Existe-t-il un protocole spécifique pour l'accueil des mineurs ?

- Oui  Non

**35.** Si oui, lequel ?

## La prise en charge et l'accompagnement

**36.** Quels types de prise en charge thérapeutiques sont proposés ?

- Consultation médicale avec ou sans prescription  
 Entretien motivationnel  
 TCC  
 Soutien  
 Psychodynamique  
 Systémique  
 Autre ; précisez :

**37.** Des outils cliniques formalisés sont-ils utilisés (grille d'évaluation etc...) ?

- Oui  Non

**38.** Si oui, le(s)quel(s) ?

**39.** Quelles sont les modalités d'orientation ?

- Accompagnement physique  
 Accompagnement téléphonique  
 Fiche navette  
 Dossier  
 Autre ; précisez :

**40.** Citez les 3 principaux partenaires ou dispositifs vers lesquels le public reçu est orienté ?

**41.** Des actions collectives sont-elles proposées ?

Oui       Non

**42.** Si oui, la(s)quelle(s) ?

- Groupe de parole
- Atelier thérapeutique
- Atelier thématique
- Action de prévention interne (dans les locaux)
- Action de prévention externe (à l'extérieur)
- Autre ; précisez :

**43.** Concernant les actions en lien avec la justice, dans quel cadre sont-elles menées ?

- Avec la PJJ
- Alternative à la poursuite
- Alternative à la sanction
- Réparation pénale
- Obligation de soins
- Stages citoyens
- Stages de sensibilisation
- Autre ; précisez :

**44.** Des actions de réduction des risques sont-elles proposées ?

Oui       Non

**45.** Si oui, la(s)quelle(s) ?

**46.** Des actions de formation sont-elles proposées ?

Oui       Non

**47.** Si oui, auprès des professionnels de quel secteur ?

## **La promotion et la visibilité**

**48.** Quels sont les outils de communication ?

- Plaquette
- Site Internet
- Flyer
- Affiches
- Médias (télé, radio, journaux etc...)
- Autre ; précisez :

**49.** Quels sont les relais de la promotion ?

## **Commentaires et suggestions :**

# Annexe 5

## La grille support pour les rencontres locales

### Les pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs

*Support pour une réflexion collective*

**Objectif de la rencontre** : à partir des expériences de chacun, il s'agira de réfléchir collectivement sur le dispositif CJC autour de **3 grands axes** (détaillés ci-dessous) : le fonctionnement, le partenariat, la prise en charge. L'idée étant d'identifier les évolutions depuis le nouveau cahier des charges, les limites et les plus-values des expériences de chacun et de dégager des préconisations concernant l'accueil des jeunes et leur prise en charge, adaptées aux différentes modalités d'organisations.

#### → Le fonctionnement

- Le financement : existence d'un budget propre / intégration au budget global du CSAPA / nature des financements / type de montage.
- Le personnel : existence de temps de personnels spécifiques / catégories de professionnels / organisation de l'équipe / formation des professionnels.
- L'organisation : créneaux d'ouverture / localisation / accès / lien avec le CSAPA / modalités d'accueil / existence de consultations avancées ou permanences.
- La visibilité : communication - accessibilité.

#### → Le partenariat

- Modalités de travail en commun : les intentions / modalités d'échanges (temps de réunion...) / définition / modélisation des responsabilités et obligations.
- Conventions : nature et contenu des conventions / définition des objectifs de l'action / existence de critères d'évaluation.

- Éducation Nationale : types et modalités d'interventions (alternative à la sanction, accompagnement de la sanction, place de l'entourage...) / formalisation.
- Justice : types de mesures / modalités de mise en œuvre / nature du lien/ de l'articulation (en fonction des mesures) / identification comme lieu ressource pour l'application des mesures, convention...
- Sur le territoire : participation à la réflexion sur la jeunesse avec les autres acteurs locaux / identification de la CJC comme lieu ressource jeunes.

#### → La prise en charge

- Entourage : modalités d'accueil de l'entourage / types d'actions proposées / nature de l'accompagnement / existence d'un protocole (formalisation).
- Prise en charge individuelle : modalité d'accueil / durée du suivi / critères d'orientation / types de prise en charge proposées / existence d'outils cliniques / outils d'évaluation du soin.

→ **Autres activités** de la CJC : actions de préventions / actions de RDR / intervention précoce / actions auprès des adultes / autres types d'intervention (éducatif...) / spécificités de la prise en charge dans le cadre de mesure de justice.

## Les structures rencontrées

Association Le Triangle - Nantes  
ALiA - Angers  
La Rose des Vents - Saint Nazaire  
SIH CCAAT 53 - Laval  
Association La Métairie - La Roche sur Yon  
Association Montjoie - Le Mans  
Centre Hospitalier - Arcachon  
Caan'abus - Bordeaux  
Caan'abus - le Teich  
Caan'abus - Libourne  
Bearn Addiction - Pau  
Centre Hospitalier - Blaye  
Association La Verrière - Agen  
ANPAA 22 - Saint Briec  
Centre Hospitalier CSAPA - Dinan  
Centre Hospitalier CSAPA - Lannion  
Association Douar Nevez - Lorient  
EPSM CSAPA - Quimper  
Centre Hospitalier CSAPA - Saint-Malo  
ANPAA 70/ L'ESCALE - Vesoul  
Soléa- Besançon  
ANPAA 25 - Besançon  
Altai - Montbeliard  
Centre Hospitalier CSAPA - Pontarlier  
Association Charonne - Paris  
Association Ressources - Juvisy-sur-Orge  
EPS CSAPA Liberté - Bourg la Reine  
Centre Hospitalier CSAPA Espace - Arpajon  
Centre Hospitalier CSAPA Le Carrousel - Melun  
Oppélia Essonne Accueil - Massy  
Oppelia Essonne Accueil - Evry  
APS Contact - Provins  
Espace du possible - Lille  
Espace du possible - Roubaix

Espace du possible - Maubeuge  
Association Para-chute - Bailleul  
Centre Hospitalier Centre Ephémère - Lens  
Centre hospitalier UAST - Hénin-Beaumont  
Le Cèdre Bleu - Villeneuve D'Ascq  
Le Cèdre bleu - Armantière  
Association ABCD - Calais  
Association ABCD - Saint Omer  
Association Michel - Dunkerque  
Centre hospitalier Le PARI - Lille  
Association GREID - Valenciennes  
CCAS Emergence - Cambrai  
Association Spiritek - Lille  
Groupe Pascal - Gravelines  
SOS DI - Arles  
AMPTA - Marseille  
AMPTA - Martigues  
ANPAA 05 - Gap  
Centre Hospitalier CSAPA - Cannes  
SOS DI - Avignon  
ANPAA 83 - Toulon  
APLEAT - Orléans 45  
ARIA - Lyon  
SDIT - Châlon sur Saône

... / ...



9 rue des Bluets 75011 Paris  
contact 01 42 28 65 02  
Liste des unions régionales  
sur **[www.federationaddiction.fr](http://www.federationaddiction.fr)**

rédaction : Emma tarlevé, chargée de projet  
e.tarleve@federationaddiction - 01 42 28 83 35

conception graphique Carole Peclers  
impression La Petite Presse, Le Havre, Seine-Maritime, Haute-Normandie  
achevé d'imprimer avril 2012





Pratique(s)