

Répondre aux consommations des jeunes : le dispositif des CJC

Caroline Protais

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été mises en place par la circulaire DGS/DHOS/DGAS du 23 septembre 2004. Destinées à l'origine à répondre au constat d'une « augmentation importante de la consommation de cannabis », elles se sont imposées comme des « structures pivots » de la prise en charge des addictions chez les 12-25 ans (MILDT 2013). Différentes évaluations menées par l'OFDT permettent d'appréhender les principales évolutions du dispositif depuis plus de dix ans (voir encadré p. 138).

Intervenir précocement auprès des jeunes usagers

Les CJC constituent une offre à destination des jeunes, généralement peu demandeurs de soins, et de leurs familles. Lieux d'écoute confidentiels et gratuits, les CJC permettent de faire le point sur l'état des conduites addictives avant que la consommation ne devienne « problématique ». Leur objectif est ainsi d'accueillir et d'aller vers le bénéficiaire pour proposer une information, une évaluation des consommations de substances psychoactives, mais aussi des addictions sans produit telles que la pratique des jeux vidéo. Conformément à l'objectif d'intervention précoce, les CJC « peuvent mettre en place des consultations de proximité » (circulaire DGS/DHOS/DGAS du 23 septembre 2004). Certaines sont amenées à établir des partenariats avec diverses institutions permettant de recruter le public en amont : établissements scolaires, médecins de premier recours ou structures d'insertion des jeunes. Aussi sont-elles susceptibles de mettre en place des « consultations avancées », permanences implantées dans des structures d'accueil des publics jeunes telles que les lycées ou les maisons des adolescents.

Les CJC ont également pour vocation d'aider le jeune à modifier son comportement en quelques séances, le modèle proposé dans les premières années du dispositif étant de 5 séances. L'esprit de ces consultations est de garantir une disponibilité permise par un renouvellement de la file active et de répondre à la demande des jeunes, qui n'est pas nécessairement inscrite sur le long terme. Les CJC sont dès lors susceptibles de réorienter le public accueilli vers des structures ou des professionnels de prise en charge de plus long cours, si le consultant en manifeste le désir, ou s'il existe des troubles psychiques associés ou des difficultés sociales.

Une offre de soins effective et en développement

Principalement implantées dans les CSAPA, les CJC prennent place dans le dispositif de soin en addictologie existant. En 2014, 93 % des 540 points de consultations sont en effet gérés par des CSAPA associatifs ou hospitaliers (Obradovic 2015a). Les CJC se répartissent sur l'ensemble du territoire fran-

çais avec toutefois une certaine disparité entre les régions et les structures (en termes de taille et d'activité). L'Île-de-France, Rhône-Alpes et le Nord-Pas de Calais affichent par exemple les concentrations les plus importantes de points de consultation – chacune de ces régions présentant plus de 20 structures gérant des CJC. Et alors que 4 % des structures font état de plus de 25 consultations par mois, une majorité en réalise moins de 10.

Un investissement croissant du milieu scolaire

Si l'orientation en CJC se fait principalement sous l'impulsion de la justice, la famille, ou est le fruit d'une démarche spontanée (voir infra), les professionnels établissent toutefois des partenariats avec certaines institutions extérieures pour dynamiser leurs modes de recrutement. Parmi eux, celui qui est établi avec le milieu scolaire est le plus investi par les principaux acteurs de la CJC. Entre 2007 et 2015, ce mode de recrutement du public a plus que doublé, passant de 4 % à 9 % (Obradovic 2009 ; Protais et al. 2016), alors que celui via le milieu sanitaire avoisine 6 % sans évolution notable, et que l'orientation par le milieu socio-éducatif et les structures d'insertion représente environ 6 à 7 %. Par ailleurs, la tendance est à la multiplication des points de consultation avancée (19 % des consultations en 2015), en particulier dans les points accueil écoute jeunes, qui devancent en 2015 les établissements scolaires, jusque-là premiers sites d'implantation.

Une prise en charge généraliste et diversifiée

Alors qu'au moment de sa création, en 2004, le dispositif affichait un objectif de réorientation en aval de la prise en charge pour les jeunes nécessitant un accompagnement de long terme, la proportion des personnes que les professionnels adressent à un confrère ou une autre structure semble faible, en tout cas jusqu'au sixième rendez-vous. En 2015, seuls 3 % des primo-consultants sont invités à aller consulter auprès d'un autre professionnel (Protais et al. 2016). De fait, loin de se cantonner à 6 séances, le suivi proposé en CJC apparaît comme une offre de prise en charge plus longue, pouvant se prolonger dans le cadre du CSAPA.

La circulaire préconisait également que l'évaluation effectuée par les professionnels de CJC soit réalisée à l'aide de grilles d'évaluation « standardisées » inspirées des standards internationaux et validées scientifiquement¹. En 2014, l'entretien clinique est l'outil d'évaluation employé par 88 % des professionnels. En termes de suivi, 80 % d'entre eux mentionnent des entretiens fondés sur l'écoute et le soutien psychologique. L'approche motivationnelle et la thérapie cognitivo-comportementale, validées par l'expertise collective INSERM de 2004 (INSERM 2004), sont respectivement utilisées par 30 % et seulement 7 % des soignants (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, principalement). Globalement, les professionnels utilisent donc des outils de repérage et psychothérapeutiques « classiques » et généra-

1. Un certain nombre d'actions ont été mises en place par la Fédération Addiction et d'autres acteurs clés du dispositif pour diffuser certaines pratiques et outils validés scientifiquement. La Fédération Addiction est à l'origine de deux guides professionnels, diffusés respectivement à près de 8 000 exemplaires depuis 2012. Elle a également mis en place des formations à l'intervention précoce. Des formations MDFT ont aussi eu lieu dans quelques CJC des principales villes françaises.

listes, tel l'entretien clinique ou de soutien psychologique. En dix ans, les CJC ont par ailleurs inclus des professionnels variés pour diversifier l'offre de prise en charge et l'ouvrir à des intervenants tels que les thérapeutes familiaux, les sophrologues ou les éducateurs sportifs.

Un public en voie de diversification

La file active des CJC est composée de 30 000 personnes en 2014. Les consultants sont principalement des consommateurs venus seuls (dans près de 60 % des cas). La part des familles (en général les parents) venues sans le jeune avoisine quant à elle 7 %.

Justice et famille : les deux principaux vecteurs de recrutement

Depuis dix ans, la justice se présente comme l'institution adressant le plus de jeunes en CJC – notamment via des mesures comme les alternatives aux poursuites pénales. En 2007 ce type d'orientation s'élevait à 48 %. Malgré une baisse significative en 2015, il reste largement majoritaire, puisqu'il concerne 33 % du public accueilli. Jusqu'à cette même année, la démarche spontanée se hissait à la deuxième place des vecteurs de recrutement du public, avoisinant les 20 % de 2005 à 2014. En 2015, l'orientation par la famille la supplante, passant à 20 % alors que les démarches spontanées baissent à 18 %. L'implication des familles dans le dispositif est d'ailleurs un phénomène en hausse : en 2007, les jeunes venaient dans 14 % des cas consulter sous l'impulsion d'un parent ; en 2015, cette proportion atteint 20 %.

Toujours majoritairement des hommes, mais de plus en plus jeunes

Au niveau sociodémographique, la moyenne d'âge des consultants en 2015 est de 19,5 ans, et la classe d'âge la plus représentée est celle des 18-25 ans (près de 48 % du public). La tendance est au rajeunissement, puisqu'en 2005 les mineurs représentaient un quart de la population accueillie (Obradovic 2006), contre près de 45 % en 2015 (Protais et al. 2016). Le public des CJC est par ailleurs à dominante masculine, composé à 80 % de garçons depuis ses débuts. Cet état de fait peut être en partie compris comme une conséquence de la prédominance du public orienté par la justice, constitué principalement d'hommes (à 92 %). La difficulté du dispositif à capter un public féminin demeure toutefois un phénomène constant depuis ses débuts : leur proportion plafonne à 20 % depuis 2006, soit environ 6 000 personnes prises en charge en 2014. L'enquête ESCAPAD 2014 (Spilka et al. 2015d) révèle pour sa part que, parmi les filles de 17 ans ayant fumé du cannabis dans l'année (35 %), entre 23 000 et 26 000 présentaient un risque élevé d'usage problématique de cannabis. L'écart entre le nombre de filles nécessitant théoriquement une prise en charge reste donc particulièrement important.

Fragilisation sociale

Au niveau socio-économique, la part des consultants caractérisée par une fragilité semble s'accroître depuis dix ans. En 2015, chez les 18-25 ans, la proportion de chômeurs s'élève à 24 %, alors qu'elle était de 18,5 % chez les 20-25

ans en 2005 (elle s'élève à 18 % en population générale). En 2015, 62 % des consultants ont un niveau inférieur ou égal au brevet des collèges.

Les produits consommés : le cannabis, mais pas uniquement...

Diversification des conduites à l'origine de la consultation

En 2015, près de 89 % des personnes consultent pour la consommation d'au moins un produit (77 % pour un seul, 12 % pour plusieurs), et 11 % pour une conduite addictive d'un autre type, comme le jeu vidéo. Dans 75 % des cas, le produit consommé est le cannabis. Ce taux est en baisse depuis dix ans, puisqu'en 2005, 92 % des consultants venaient pour un problème lié à la consommation de ce produit. Conformément aux objectifs posés par son cahier des charges, le dispositif s'est donc progressivement ouvert aux autres types d'addictions, même si le recours pour ce produit reste largement majoritaire. Cette percée se traduit notamment par une hausse des consultants pour une addiction aux jeux vidéo (qui atteint 7 % des recours en 2015), un public qui se distingue en bien des points du reste des consultants en CJC : plus jeune, davantage encadré par la famille, moins fragilisé socio-économiquement et moins consommateur de substances psychoactives (Protais et al. 2016). Les recours pour une consommation d'alcool ou de cigarettes restent à l'inverse constants et minoritaires, avoisinant respectivement les 12 % et 7 % (Protais et al. 2016).

CJC : un dispositif suivi par l'OFDT depuis sa création

Depuis dix ans, l'OFDT mène avec le soutien financier de la Fédération Addiction un suivi du dispositif des CJC, visant à accompagner leur mise en place et leur développement, en caractérisant la population accueillie ainsi que les pratiques professionnelles qui s'y déploient.

La dernière étude a été réalisée en 2014-2015 et avait pour objectif de comparer l'évolution du public accueilli en un an, alors qu'un certain nombre d'actions avaient été mises en place dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) pour « valoriser et renforcer les consultations jeunes consommateurs » : campagne de communication sur les CJC, formation des professionnels, diffusion d'un référentiel de bonnes pratiques, constitution d'une base d'expériences de partenariats disponible en ligne... Cette enquête quantitative par questionnaires permettait également une comparaison de l'état du dispositif après dix années d'existence. Dans un souci de comparabilité des résultats, le protocole méthodologique n'a pas été modifié entre les volets menés en 2014 puis en 2015. Le questionnaire a toutefois été substantiellement raccourci la deuxième année pour ne pas défavoriser le taux de réponse, ce qui explique que certaines données du volet 2014 n'aient pas pu être actualisées en 2015.

Un public plus consommateur et expérimentateur

Comme on pouvait s'y attendre, la population des CJC se caractérise également par des prévalences de consommation plus élevées qu'en population générale. La part des consommateurs quotidiens de cannabis s'élève à 33 % en 2015, alors qu'elle concerne 4 % des jeunes de 17 ans en population générale (Spilka et al. 2015d). Parmi les consultants venus au titre du cannabis, près de 75 % sont jugés comme présentant un risque élevé d'usage problématique selon le CAST². L'initiation au produit est précoce : en moyenne à 13,7 ans, alors qu'elle se situe généralement à 15 ans en population générale. De même, les expérimentations des autres drogues illicites sont bien supérieures : en 2015, l'usage au moins une fois dans la vie de cocaïne atteint 18 % en population CJC, contre 3,2 % en population générale ; celui de MDMA/ecstasy s'élève à 22 %, contre 3,8 % en population générale ; l'expérimentation d'héroïne atteint 6,7 %, alors qu'elle est de 1 % en population générale. Ces taux augmentent encore chez certains types de consommateurs particulièrement fragilisés socio-économiquement, tels que les consultants venus au titre de l'alcool chez qui l'expérimentation de cocaïne passe à 26 % et celle d'héroïne à 11 % (Protais et al. 2016).

Vue d'ensemble

En dix ans, les CJC se sont réparties sur l'ensemble du territoire en tissant des liens avec certaines institutions partenaires en mesure de recruter un public jeune, comme le milieu scolaire, où la tendance est à la multiplication des lieux de « consultation avancée ». Progressivement, elles investissent l'objectif d'intervention précoce affiché depuis leur mise en place via la circulaire DGS/DHOS/DGAS du 23 septembre 2004.

Elles tendent par ailleurs à se spécialiser sur des consultations individuelles, autour d'une population jeune, masculine, socio-économiquement fragilisée, monoconsommatrice, notamment de cannabis, orientée bien souvent par la justice et témoignant de consommations « à risques ».

Cette activité prédominante ne doit pas cacher d'autres objectifs qui participent à la définition du dispositif et qui montent en puissance au fil du temps, comme la prise en charge de l'entourage et la diversification des comportements addictifs, comme ceux liés aux jeux vidéo. Ces consultations semblent donc bien jouer un rôle complémentaire aux autres missions des CSAPA, au regard de la spécialisation vers la tranche d'âge visée et d'un type de consommation caractéristique de l'adolescence (Beck et al. 2015b).

2. Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) est un outil de détection des usages problématiques de cannabis élaboré par l'OFDT (Spilka et al. 2013).