

**5^e Congrès international
AIFRIS**

2-5 Juillet 2013

**IRTS Nord/Pas de Calais
59120 LOOS-lez-LILLE**

*Construction, transformation et transmission des savoirs :
quels enjeux pour l'intervention sociale ?*

**L'ACCOMPAGNEMENT EN CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS :
EVOLUTION D'UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET TRANSMISSION DE
SAVOIRS**

Présenté par Patricia Fruleux

Educatrice spécialisée en CSAPA. (Pôle addictologie de la sauvegarde du Nord). Titulaire d'un Master en Sciences de l'Education à l'université Lille III.

La prévention, la prise en compte des dommages liés aux addictions et le soin ont considérablement évolué depuis le début des années 2000, modifiant le paradigme de la prise en charge des personnes rencontrant une problématique d'addiction (Fédération Française d'addictologie, 2011).

Cette contribution a pour objet de présenter et d'analyser, les différentes étapes qui ont amené les pouvoirs publics à créer, puis accompagner la mise en œuvre d'un dispositif spécifique de prise en charge des jeunes usagers de drogues et de leur entourage. Il s'agira de mettre en perspective les mécanismes de transformation et d'évolution d'une pratique professionnelle dans le champ de la toxicomanie, puis de l'addictologie, liée à la mise en place des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), depuis 2005.

Nous proposons de présenter dans un premier temps, comment a émergé la nécessité de créer ce nouveau dispositif qui a conduit à la naissance d'une nouvelle pratique clinique. Nous aborderons ensuite, les réflexions, puis les transformations auxquelles cette pratique a donné lieu, notamment au sujet du développement des compétences mobilisées et des savoirs acquis par les professionnels de ces structures ainsi que l'importance de leur transmission. Enfin nous exposerons en quoi le travail qui a été mené autour de la création, de la reconnaissance et de la valorisation de ce dispositif nouveau s'est inscrit, pour les professionnels, dans une démarche réflexive.

Introduction

Durant les années 1990 a été constaté un accroissement de l'expérimentation¹ du cannabis chez les adolescents et jeunes adultes. Progressivement cette évolution a entraîné, d'une part une modification du profil des demandeurs de soins en toxicomanie, d'autre part une augmentation des demandes de prise en charge dans les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST). Très vite, les CSST ont fait le constat qu'ils n'étaient pas adaptés pour l'accueil de jeunes consommateurs de cannabis et leur famille. Dès lors est apparu l'inadéquation des dispositifs de soins, quant à leur incapacité à saisir la partie la population des usagers de drogues la plus jeune et la plus vulnérable, et l'impossibilité d'effectuer un travail de prévention (Joubert, 1999).

La consommation de cannabis chez les jeunes, en devenant un problème de santé publique, a amené les pouvoirs publics, en 2004, à apporter une réponse appropriée à la fois à l'accueil des adolescents et jeunes adultes et à leur entourage, en créant des dispositifs spécifiques communément appelés « consultations cannabis ».

Pour les intervenants en toxicomanie la création de ces dispositifs est venue « bousculer » leur pratique professionnelle, suscitant de nombreuses interrogations. Ainsi, avec la mise en place de ces consultations, une pratique clinique s'est peu à peu construite, s'inspirant de ce qui est au cœur de l'addictologie, en l'adaptant aux spécificités d'un public jeune et à la prise en compte des familles.

I Éléments de contexte qui ont conduit à la création d'un dispositif spécifique

Pour nous permettre de comprendre comment a émergé cette nouvelle pratique professionnelle, il nous paraît incontournable de présenter le cadre général dans lequel s'est inscrit la prise en charge des usagers de cannabis ayant entraîné la prise en compte des adolescents consommateurs et de leurs parents.

La réalité de la demande d'aide pour les usagers de cannabis est apparue, dans les données issues des rapports d'activités des CSST en 2002. Cela concernait près d'un tiers des nouveaux consultants. Cette augmentation a été la conséquence de plusieurs facteurs : l'accroissement considérable en France, ces dix dernières années, des prévalences d'expérimentation et d'usage répété de cannabis chez les jeunes ; des usages de plus en plus massifs et précoces (souvent avant 15 ans) ; la disponibilité accrue de produits à forte teneur en THC, associée au développement de techniques de consommations plus agressives.

Entre 1993 et 2004, le nombre d'expérimentateurs de cannabis à 17 ans est passé de 21% à 42,8% en 1999, avec un pic à 50,3% en 2003 (Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)².

Alors que les données de l'OFDT³ font apparaître une augmentation de l'usage de cannabis chez les adolescents, paradoxalement ceux-ci ne considèrent pas leur conduite comme

¹ Avoir consommé le produit au moins une fois au cours de sa vie.

² Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. *Usage au cours de la vie de cannabis parmi les 17 ans- Évolution depuis 1993.*

problématique et ne se reconnaissent pas comme des personnes nécessitant une quelconque aide. Par contre, l'entourage pour qui l'inquiétude est souvent inversement proportionnelle à cette non reconnaissance, se tourne de plus en plus vers les structures de soins pour solliciter de l'aide.

Très vite l'accueil de ce public spécifique, constitué de parents en demande d'aide pour leur adolescent et d'adolescents ayant une consommation régulière⁴ de cannabis, mais qui ne formule aucune demande, ne pouvait trouver sa place au sein des structures de soins « classiques » pour toxicomanes.

Dès lors à partir de ces constats, le programme de prévention de l'usage de cannabis est devenu une des priorités du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. En septembre 2004, une circulaire⁵ préconisait la mise en place de « Consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et de leur famille ». En février 2005, le Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ont lancé conjointement, la première campagne en Europe consacrée spécifiquement au cannabis et ont créé un nouveau dispositif dédié à cette population spécifique (adolescent et jeune adulte), appelé « Consultation Cannabis ». Ces consultations, répondant à un cahier des charges spécifiques, ont été rattachées aux structures de soins pour toxicomanes (les CSST ambulatoires). Les professionnels engagés pour travailler dans ces consultations étaient, majoritairement des intervenants issus du champ de la toxicomanie.

Par ailleurs, le nombre croissant de consommateurs de cannabis a eu également pour incidence, d'entraîner une augmentation des Infractions à la Législation des Stupéfiants (ILS). Les tribunaux se sont alors rapidement tournés vers les consultations cannabis pour mettre en place des classements sous conditions comme alternatives aux poursuites pénales, pour des majeurs et des mineurs. Ainsi, depuis leur création, une grande partie des personnes reçues au sein de ce dispositif, fait l'objet d'orientations judiciaires.⁶

Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions⁷ a marqué la volonté de promouvoir une approche globale des conduites addictives et, avec la circulaire de 2008⁸, les CSST sont devenus des CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en

³ Depuis 2000, l'OFDT interroge régulièrement, avec le soutien de la Direction du Service National, les jeunes français lors de la journée défense et citoyenneté. Le questionnaire de cette Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs.

L'enquête HBSC (Health Behaviour in school-aged children) est menée depuis 1982 tous les quatre ans, sous l'égide du bureau Europe de l'OMS dans les collèges (des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans), concernant les expérimentations et les consommations de produits psychoactifs. Actuellement, plus de quarante pays, essentiellement européens y participent.

⁴ Consommation régulière : 10 fois dans le mois

⁵ Circulaire DGS/DHOS/DGAS n°2004-464 du 23 septembre 2004, relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et à leur famille.

⁶ Pour plus d'informations voir les différents travaux réalisés sur les CJC pour l'OFDT par Ivana Obradovic (2004-2007, 2006, 2009, 2011)

⁷ Plan 2007-2011 : La prise en charge et la prévention des addictions, Ministère de Santé et des Solidarités

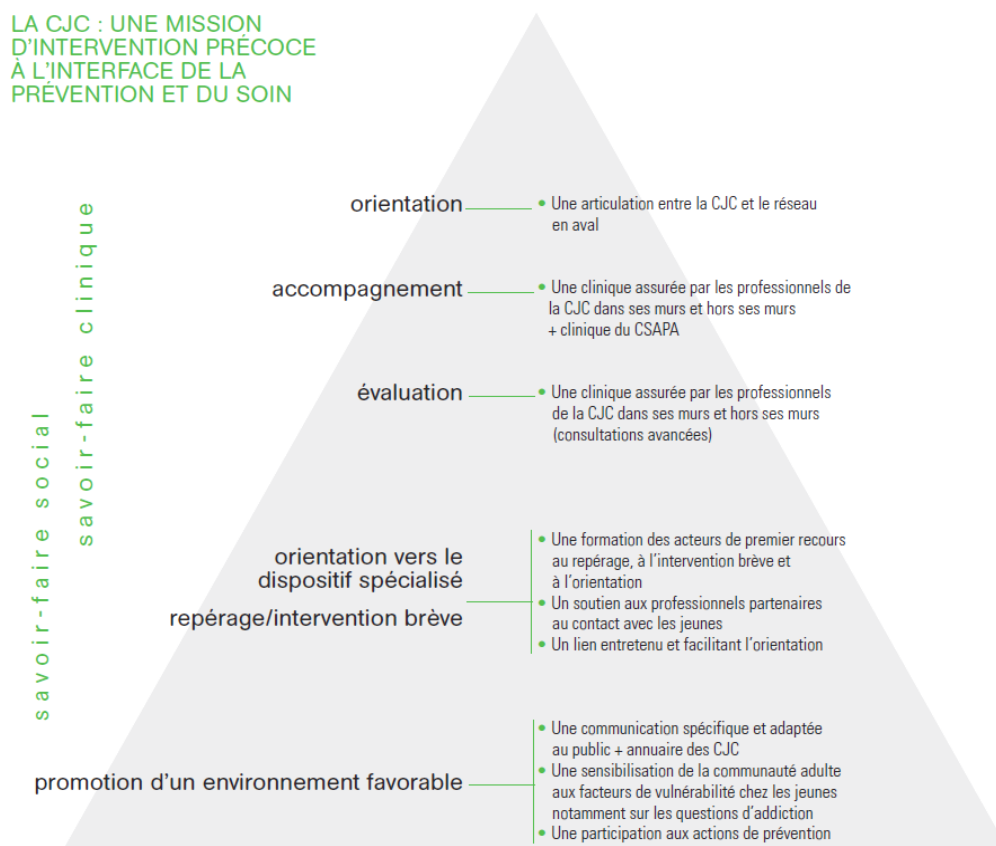
⁸ Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008, relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Addictologie) et les consultations cannabis des CJC (Consultation Jeunes Consommateurs). Le cahier des charges initial a été remplacé par l'annexe 4 de la circulaire CSAPA. Centrées sur le cannabis à leur création, elles ont évolué afin de 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. Les CJC ont ainsi été intégrées dans le cadre global des CSAPA, en tant que mission pour les structures médico-sociales ou dans les consultations hospitalières pour les établissements de santé. Elles sont implantées sur un territoire.

S'inscrivant dans la loi de 70, l'accueil y est gratuit et peut être anonyme. Les consultations sont ouvertes à des heures compatibles avec les horaires scolaires, et séparées des autres services en toxicomanie. Elles se situent au carrefour du soin et de la prévention. Elles permettent ainsi d'intervenir le plus précocement possible, d'éviter le passage à une addiction ou d'accélérer l'entrée dans une prise en charge adaptée. Elles doivent apporter une réponse aux demandes des jeunes en difficulté avec leur consommation et fournir aux familles une information et, si besoin, un soutien éducatif avec la possibilité d'une consultation conjointe. Il existe, aujourd'hui environ 300 CJC en France.

Les CJC s'inscrivent dès lors dans une stratégie d'intervention précoce, à l'interface de la prévention et du soin, pour faciliter l'accès au soin et améliorer la prise en charge.

Nous proposons ici, le schéma décrivant les différentes missions des CJC ⁹



⁹ Ce schéma est tiré du guide sur les pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs, sorti en 2012, produit par la Fédération Addiction

II De l'évaluation d'un nouveau dispositif, à une réflexion autour d'une pratique clinique

Dès leur création, pour rendre visible leur activité, les consultations cannabis ont fait l'objet de différents niveaux de suivi en lien avec la MILDT¹⁰, l'OFD¹¹, la DGS¹² et les professionnels, visant d'une part, la prise en compte de leur fréquentation (l'origine de la demande, le type de consommation et d'usage, la durée du suivi, l'orientation éventuelle donnée...), d'autre part la mise en place de rencontres afin de favoriser les échanges autour des pratiques et des difficultés rencontrées dans ces nouveaux lieux. Ces suivis se sont mis en place à plusieurs niveaux.

1) À partir de l'informatisation de l'activité des consultations

- Les Consultations ont été équipées d'un système d'enregistrement des données, permettant de remplir une « fiche patient ». Les professionnels doivent remplir ces fichiers dans le cadre du système RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en Charges) mis en vigueur dans les CSST.
- Un Système d'Information Mensuel des Consultations Cannabis (SIMCCA) permet de suivre l'effectivité des consultations, la montée en charge de leur activité, d'en analyser l'évolution et de transmettre aux décideurs et professionnels des éléments d'appréciation sur le dispositif dans des délais relativement courts.
- Les données concernant l'activité de la structure sont suivies annuellement dans le cadre du rapport d'activité demandé par la DGS.
- Une première enquête nationale a été réalisée en 2005 par l'OFDT¹³. L'objectif principal était d'approfondir la description du public reçu, la réponse qui leur est offert et les parcours individuels au sein du dispositif.
- L'objectif visé par une nouvelle recherche en 2007¹⁴ était de compléter les connaissances sur la population des usagers des CJC (caractéristiques sociodémographiques, profil d'usage, origine des recours), en proposant une analyse des facteurs associés au décrochage ou à la réduction de l'usage de cannabis

2) Avec des rencontres régionales

¹⁰ MILDT : La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie créée en 1982 est placée sous l'autorité du premier ministre qui anime et coordonne les actions du gouvernement dans les domaines de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la répression, de la formation, de la communication, de la recherche et des échanges internationaux sur les questions de drogue et de conduites à risques. Elle élabore avec l'ensemble des départements ministériels concernés, les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies et veille à leur exécution.

¹¹ OFDT : L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies est financé par la MILDT qui assure la fonction d'observation des drogues, d'évaluation et de la diffusion des données statistiques.

¹² DGS : La Direction Générale de la Santé est une direction générale du ministère de la santé, chargée de préparer la politique de santé publique en France

¹³ Obradovic I. (2006), « Consultations cannabis », Enquête sur les personnes accueillies en 2005. Saint-Denis. OFDT.

¹⁴ Obradovic I. (2009), « Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007). Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge », Saint-Denis, OFDT

Des rencontres régionales de pilotage ont été instaurées entre les différents acteurs des consultations. Le but était de permettre d'analyser la pratique d'une approche clinique expérimentale, de définir des objectifs clairs pour la politique de Santé Publique et d'explorer des difficultés éventuelles liées à la mise en œuvre du cahier des charges.

Elles ont été organisées, en région, par le dispositif Drogues Infos Service, appelé aujourd'hui ADALIS (Addictions Drogues Alcool Info Service). Elles étaient régulières afin de pouvoir prendre en compte rapidement les observations faites sur les terrains, liées à cette nouvelle pratique de prise en charge, ainsi que les difficultés rencontrées par les professionnels.

Parallèlement Drogue Infos Service a constitué un répertoire national des coordonnées de chaque CJC, pour répondre aux demandes d'informations arrivant sur leur site téléphonique.

3) Avec une réflexion sur l'évolution des pratiques dans les CJC

Les consultations mises en place en février 2005, ont d'abord été centrées sur la prise en charge des jeunes usagers de cannabis. Réunis deux ans de suite par la DGS et la MILDT, les professionnels de ces consultations ont amorcé une réflexion sur la place de ce dispositif s'inscrivant désormais dans le champ de l'addictologie.

Dans ce contexte, pour l'ANITEA (Association Nationale des Intervenants En Addictologie appelée aujourd'hui Fédération Addiction) et la F3A (Fédération des acteurs de l'Alcoologie et de l'addictologie), impliquées depuis trois ans dans la réflexion sur les pratiques professionnelles en addictologie et fédérant 85% du dispositif consultations jeunes usagers, il était important de regrouper les intervenants de ces consultations pour relancer la réflexion sur les pratiques et les cliniques de ces consultations. Un séminaire de réflexion a été organisé en 2010, avec l'appui de la DGS, réunissant de nombreux professionnels intervenants dans les CJC (psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.) représentant 17 régions.

III De l'expérimentation à une pratique clinique à confirmer

La prise en compte de ce public spécifique est venue, au départ « bousculer », puis modifier l'accompagnement proposé jusqu'alors, par les intervenants en toxicomanie sur quatre points :

1 : Le profil du public initialement demandeur de soins s'est considérablement modifié avec la prise en compte du cannabis comme produit pouvant entraîner des dommages.

Les personnes accueillies en CJC sont principalement jeunes et usagères de cannabis.

2 : L'impératif incontournable de conditionner la prise en charge à une demande volontaire, a été remis en question par des demandes de rendez-vous pris pour des adolescents consommateurs, faisant majoritairement l'objet d'une contrainte, posée par un tiers (quelle soit familiale, judiciaire ou socio-éducative).

De fait, les CJC ont été amenées à recevoir des usagers qui ne formulent aucune demande, voire qui peuvent être opposés à toute forme de proposition d'échange autour de leur consommation.

3 : La prise en compte de l'entourage a succédé à la relation duelle avec l'utilisateur, jusqu'alors privilégiée en toxicomanie.

4 : La nécessité de favoriser l'intervention précoce a amené les professionnels à aller vers le public et à développer un travail de partenariat (éducation nationale, médecin de ville, secteur médico-sociale et judiciaire...)

Ces constats ont soulevé différentes questions à partir des situations rencontrées, qui au départ pouvaient apparaître comme paradoxales.

- Comment aider une personne qui n'a aucune demande ?
- Comment instaurer une relation de confiance avec un jeune quand celui-ci fait l'objet d'une contrainte (familiale, judiciaire ou médico-sociale), l'obligeant à nous rencontrer ?
- Comment entendre l'inquiétude des parents quand leur enfant « banalise » sa consommation ?
- Comment recevoir un adolescent accompagné de ses parents, lorsque la situation familiale est conflictuelle ?
- Comment concevoir, à la fois une alliance thérapeutique avec un adolescent et avec ses parents, quand il y a un conflit au sein de la famille ?
- ...

Ces questions reflétant la réalité de ces situations nouvelles ont conduit dans un premier temps, les professionnels, au sein même de leur structure, à réfléchir à partir de leur pratique, à l'évolution et la transformation de leurs compétences. Puis, dans un second temps, ils ont confronté leurs observations avec les professionnels des autres CJC, dans le cadre de l'instauration de rencontres régionales. Enfin, ces observations, les ont amenés à entreprendre des formations afin de développer des stratégies spécifiques et innovantes.

De ce fait, les professionnels en CJC se sont formés à la clinique de l'adolescent, à l'accueil et au soutien de leur entourage, à l'approche motivationnelle et à l'intervention précoce. Les CJC sont ainsi devenues 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). Les CJC ont intégré l'intérêt d'aller vers l'usager, d'anticiper la possibilité d'une rencontre, en offrant un accueil sans conditions, sans préalable de degré d'usage ou de projet de soins (Couteron, Bonnaire, 2009 ; Morel, 2006). La possibilité d'une rencontre avec un professionnel, en se distinguant d'une proposition d'aide thérapeutique, s'est inspirée de l'approche de réduction des risques et de la nécessité de développer l'intervention précoce.

Au regard de ces évolutions, les professionnels ont évalué l'importance de la première rencontre, qu'elle soit spontanée ou sous contrainte. La contrainte a alors été utilisée et considérée comme un vecteur de rencontre, offrant aux jeunes reçus, l'opportunité d'ouvrir un espace de parole voire d'échange. Ainsi, dans cette nouvelle approche clinique, le premier rendez-vous joue un rôle déterminant pour la poursuite de l'accompagnement car il participe à la mise en place d'une relation de confiance (Morel, 2006). Dans une approche motivationnelle, la qualité de la relation est avant tout basée sur une posture empathique, sur une écoute bienveillante et sur l'instauration d'une alliance thérapeutique (Rollnick, Miller et Butler, 2009). Dans ces perspectives, il s'agit pour l'intervenant en CJC :

- d'offrir à l'adolescent, un espace protégé où puisse être entendue et discutée son expérience singulière, sans conditions, sans jugement *a priori* (Morel, 2006), d'écouter la notion de

plaisir dans sa consommation et les aspects positifs qui y sont liés (Morel, 2005 et 2006, Chambon et Morel 2010)

- de recevoir l'entourage. Sa présence est devenue dès lors indispensable afin que puisse être engagé un travail avec la famille comme soutien indispensable à la motivation essentielle à une envie de changement (Couteron et Bonnaire, 2009). L'entourage doit pouvoir trouver, auprès des professionnels, une écoute, un soutien dans les difficultés qu'il ressent.

Avec la mise en place de ces consultations, une pratique clinique s'est donc peu à peu construite, prenant en compte la rareté des demandes d'aide exprimées par les jeunes et la nécessité d'apporter une réponse à l'inquiétude de l'entourage familial et social. En conséquence cette démarche a abouti à l'acquisition de nouveaux savoirs, qui ont émergé avec la mise en place de l'addictologie, en développant une spécificité liée à l'accompagnement d'un public jeune et à la prise en compte de l'entourage.

IV Rencontre d'une volonté politique et d'un besoin de reconnaissance d'une professionnalisation

En devenant une mission du CSAPA, il était nécessaire de la rendre visible en consolidant les pratiques professionnelles et en positionnant les CJC comme centres de ressources sur la question des addictions chez les jeunes.

1) Sur le plan politique

La mesure 3-3 du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011, prévoyait l'amélioration de l'accessibilité des CJC. 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 (Institut de Promotion de la Prévention Secondaire en Addictologie), de la FA et des cliniciens qui exerçaient dans les CJC. Ce comité a impulsé une stratégie de remobilisation et de renforcement des CJC en soutenant deux projets :

- Concernant le premier, l'IPPSA en partenariat avec la FA, a organisé sur trois régions, des expériences favorisant la dissémination de bonnes pratiques professionnelles, en termes de repérage des consommations à risque de substances psychoactives chez les adolescents scolarisés.
- Concernant le second, il s'agissait de faire émerger un socle commun de recommandations concernant les pratiques professionnelles dans les CJC, dans le cadre d'une démarche participative de la FA.

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 FA. Durant ce séminaire ont été présentés des éléments de l'évaluation du dispositif par l'OFDT, ainsi que des expériences de quelques consultations.

2) Pour les professionnels.

Une démarche participative a été mise en place pour favoriser l'évolution des pratiques professionnelles. En impulsant une réflexion collective sur les CJC, la FA avait comme

objectifs principaux : d'identifier la spécificité d'un accueil et d'une prise en charge adaptés au public jeune ainsi que de dégager des principes d'intervention faisant sens pour l'ensemble du dispositif (tout en prenant en compte les particularités). Le but était d'améliorer la pertinence et l'attractivité des CJC, concernant non seulement, l'accueil et l'accompagnement du jeune et de son entourage, mais aussi l'accessibilité, la visibilité et la lisibilité de ce nouveau dispositif.

Pour mener à bien ce projet 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, dans une perspective : de promouvoir une dynamique de réflexion au sein d'un réseau et à l'échelle des équipes de terrain ; d'explorer la problématique à partir de la pratique des professionnels ; de produire de la connaissance et des outils pour accompagner les professionnels dans leurs missions auprès des usagers ; enfin, d'asseoir une légitimité politique par la mobilisation de l'ensemble du réseau et par la promotion d'une culture commune.

Pour piloter ce projet, en 2011, la FA a constitué un groupe de réflexion pluridisciplinaire de 14 professionnels intervenants dans les CJC de l'ensemble du territoire national, dont l'objectif central était d'accompagner l'évolution des pratiques professionnelles dans les CJC en s'appuyant sur une démarche participative. Ce groupe, constitué de différents professionnels du champ (Psychologues, médecins, éducateurs...), s'est réuni pendant un an¹⁵. Il a eu pour mission, en lien avec la chargée de mission, de piloter la mise en œuvre opérationnelle du projet ; construire des outils nécessaires à la démarche ; apporter son expérience, son expertise et nourrir la réflexion ; et enfin, se mobiliser pour porter le projet lors de rencontres, réunions, colloques.

Ces évolutions nécessitaient d'arriver à mieux définir un corpus de « bonnes pratiques » par et pour les professionnels, afin de mieux appréhender les modalités d'actions de ce dispositif et donc, dans un second temps, de permettre sa visibilité pour les partenaires et le grand public. Ce travail d'élaboration a abouti à l'écriture d'un guide : *Les pratiques professionnelles dans les consultations jeunes consommateurs. De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*. Le guide est édité et mis en ligne sur le site de la FA¹⁶. *In fine*, ce guide a pour vocation de permettre d'être plus visible dans l'aide apportée, tant aux personnes reçues, qu'aux professionnels.

Pour poursuivre ce projet de dynamisation, le groupe de travail a été reconduit afin de permettre à ce guide de faire l'objet d'une démarche d'accompagnement territorial et de faire évoluer les pratiques professionnelles. Pour se faire la DGS et la MILDT ont mandaté la FA pour organiser des journées régionales et interrégionales qui se déroulent sous l'égide de l'ARS et des chefs de projet MILDT en concertation avec les acteurs de terrains. Les objectifs

¹⁵ Depuis sa création, je participe à ce groupe de pilotage en tant que déléguée de la région Nord Pas-de-Calais et en tant représentante de la profession d'éducateur spécialisé.

¹⁶ www.federationaddiction.fr/cjc-le-guide-est-en-ligne

de ces journées sont de favoriser l'appropriation des recommandations issues du guide et de contribuer à valoriser les CJC sur les territoires auprès des professionnels spécialisés ou non, travaillant avec les jeunes. Une campagne de l'INPES destinée à mieux faire connaître les CJC est prévue au début de l'année 2014.

V Valorisation d'un dispositif et transmission des savoirs

La réflexion menée autour de l'évolution et de la transformation de la pratique des professionnels des CJC, valorisée par la production d'un guide est venue légitimer leurs nouvelles compétences.

Prévue tout au long de l'année 2013, la démarche d'accompagnement territorial a pour but de favoriser l'appropriation des recommandations issues de ce document. Cette démarche vise également à améliorer la visibilité des CJC sur les territoires et les positionner comme centres de ressources sur la question des addictions chez les jeunes auprès des professionnels, spécialisés ou non, travaillant avec les jeunes.

Par ailleurs, dans une volonté de poursuivre la dynamique initiée avec les Consultations Jeunes Consommateurs, le groupe de travail de la Fédération Addiction, avec le soutien de la DGS et la MILDT, a continué à travailler sur la conception de deux autres projets :

- un document de communication à destination des partenaires de ces consultations, autrement dit, l'ensemble des professionnels qui rencontrent ou accueillent des jeunes dans leur structure ou institution (Éducation Nationale, Mission Locale, PAEJ, MDA, foyers, médecins de ville etc.). En effet, l'étude réalisée en 2011 avait permis de repérer le besoin de rendre plus visible et lisible l'existence et les missions des Consultations Jeunes Consommateurs.
Support d'échange et de réflexion, cette plaquette a pour objectif de favoriser les liens entre les professionnels et ainsi faciliter les passerelles dans l'accompagnement du jeune pour une meilleure prise en compte de la question des addictions
- un module de formation pour les professionnels intervenant en CJC.

Les nouvelles compétences acquises par les professionnels ont créé une émulation au sein des services ambulatoire dans les CSAPA, modifiant ainsi de fait, l'accompagnement tout public qui y est proposé.

Enfin, afin de valoriser et de favoriser la transmission de leurs savoirs, les professionnels des CJC ont pour mission des actions de formation. D'une part auprès des acteurs qui rencontrent la population jeune, pour rendre possible la pratique et la diffusion du repérage précoce¹⁷.

¹⁷ 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 d'une demande. Ce repérage se pratique en échangeant avec lui et en lui donnant de l'information, tout en respectant son choix. 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 d'un professionnel de santé. (Guide CJC)

D'autre part, en intervenant auprès des travailleurs sociaux en poste et dans les lieux de formation.

VI Le processus de réflexion mis en place autour de cette nouvelle pratique clinique peut-il être considéré comme une démarche réflexive?

Nous avons vu que les professionnels des CJC ont toujours été associés à la réflexion et l'analyse de leur pratique, à chaque étape du travail qui a été mené depuis leur création.

Nous faisons l'hypothèse que le processus de réflexion entourant la mise en place puis la reconnaissance de ce nouveau dispositif a permis aux acteurs de porter un regard réflexif sur leurs savoirs mobilisés par cette nouvelle approche clinique expérimentale.

Dès lors nous nous sommes demandé si la posture des professionnels qui les a amenés à réfléchir sur leur façon d'agir dans une dynamique, tant critique que constructive, s'est inscrite dans une pratique réflexive. Pour répondre à cette interrogation nous nous sommes référer aux travaux de D. Schön de 1994 : *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, sur la réflexion en cours d'action, qui contribuent à comprendre comment les praticiens construisent leurs savoirs pratiques.

Pour Donald Schön, c'est en agissant et en réfléchissant sur les résultats de l'action que les praticiens testent et valident les solutions à un problème. Il y a deux niveaux de réflexion : la réflexion *dans* l'action qui consiste en une prise de conscience de certains éléments de la pratique et la réflexion *sur* l'action qui conduit le praticien à prendre une distance vis-à-vis de sa pratique quotidienne et s'interroger sur le contenu et les raisons qui justifient certaines décisions. Il propose ainsi, un modèle où la construction du corpus de connaissances des praticiens s'élabore progressivement à travers la réflexion en cours d'action et sur l'action. Il identifie quatre étapes de réflexion sur la pratique :

- Le déclencheur : le praticien prend conscience d'un aspect de sa pratique ;
- Le cadrage : le praticien identifie les particularités de cet aspect ;
- Le recadrage : le praticien remet en perspective cet aspect à la lumière de ses expériences passées ;
- Et la planification : le praticien prévoit ses actions futures.

Nous pouvons compléter la définition donnée par D. Schön par la proposition de P. Perrenoud qui lui distingue deux temps de la réflexion *sur* l'action : le temps de l'action en cours et le temps de l'après coup. Il y ajoute un troisième temps, le temps d'anticipation, de préparation de l'action qui existe lorsqu'on analyse la place de la réflexion dans la conduite de l'action (Perrenoud, 2004).

L.S. Vygotski quant à lui, dans ses travaux sur la pensée et le langage, conçoit la réflexivité de manière plus générale en définissant le travail réflexif comme un travail de la conscience, c'est-à-dire une action de la pensée qui revient et agit sur elle-même, comme une prise de distance permise et réalisée par les activités langagières, mais qui ne porte pas nécessairement sur une pratique (Vygotski, 1934-1985).

À partir de ces auteurs, nous pouvons dire que, dès leur création, c'est mis en place pour les professionnels des CJC, un processus de réflexion sur l'évolution de leur pratique. *Dans*

l'action, en premier lieu, de par la découverte d'une nouvelle problématique venant « bousculer » et modifier leur pratique professionnelle. Puis *sur* l'action, en s'interrogeant au travers des différentes instances de réflexion mises en place, autour et sur leur pratique, aboutissant à l'écriture d'un guide, et enfin, par la verbalisation, lors des échanges de pratiques.

Nous pouvons également considérer que cette pratique réflexive a permis aux professionnels des CJC, de développer de nouvelles compétences au sens donné par Perrenoud : « Le développement d'une compétence dépend de la capacité réflexive de l'acteur, autrement dit de sa capacité d'identifier soit les manques ou les failles de ses ressources, soit les points faibles de leur mobilisation. Le processus d'apprentissage à partir de l'expérience réelle peut-être un très sûr moteur du développement des compétences si la posture réflexive est au rendez-vous et si l'acteur a de bonnes raisons de vouloir mieux faire » (Perrenoud, 2003).

Conclusion

Nous pouvons faire le constat que malgré tout un travail d'accompagnement et de réflexion autour de la création, de la mise en place et du fonctionnement des CJC, il est encore difficile aujourd'hui, pour le public initialement prévu pour ce dispositif, de venir spontanément. D'une part, parce que les jeunes ne se reconnaissent pas comme ayant besoin d'être pris en charge dans les CSAPA, souvent identifiés comme des lieux qui ne sont pas pour eux. D'autre part, alors qu'il existe un numéro vert attribué à ADALIS (Addictions Drogues Tabac Info Service), les parents de consommateurs rencontrent toujours des difficultés pour savoir à qui s'adresser. Pour autant, les différents bilans effectués par l'OFDT depuis l'existence des CJC, montrent que se sont des lieux tout à fait adaptés pour ce public, même si sa venue reste encore, majoritairement liée à une contrainte (familiale, judiciaire, scolaire ou sociale).

Nous avons également vu que, pour faciliter l'accès du public aux CJC, il apparaît nécessaire, voire indispensable que ces consultations développent des actions en amont.

- en favorisant la communication auprès du public visé (jeunes et parents). À ce titre une campagne d'information devrait avoir lieu début 2014 ;
- en tissant le réseau, en construisant des partenariats et en instaurant des modalités de coopérations pour favoriser l'orientation du public vers ce dispositif ;
- en « Aller vers » via les consultations avancées ;
- en créant une passerelle entre les actions collectives de prévention et l'accueil individualisé ;
- en favorisant la sensibilisation à l'intervention précoce des acteurs de 1^{ère} ligne ;
- et enfin, en développant la formation auprès des travailleurs sociaux ;

Autrement dit, il est aujourd'hui essentiel pour que les CJC fonctionnent et par conséquent existent, de continuer à promouvoir leur visibilité par l'information sur leur activité et de développer leur inscription dans un réseau formalisé par la mise en place de partenariats.

BIBLIOGRAPHIE

- Chambon J., Morel A. (2010), « Drogues, plaisirs et satisfaction », Sous la direction de Morel A., Couteron J.P. et Fouilland P. *L'aide mémoire d'addictologie*, Paris : Dumod.
- Couteron J.P. et Bonnaire S. (2009), « Les consultations « jeunes usagers » : une expérience de prise en charge en addictologie », *Alcoologie et addictologie*, N.31/1, p.71-76.
- Fédération Addiction (2012), « Les pratiques professionnelles dans les consultations jeunes consommateurs. De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées ». www.federationaddiction.fr/cjc-le-guide-est-en-ligne
- Fédération Française d'Addictologie (2011), *Le Livre blanc de l'addictologie, 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France*.
- Joubert M. (1999), « Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies », *Déviance et société*, Vol.23- N°, p. 165-187.
- Morel A. (2005), « Les addictions, un objet spécifique de la prévention », *Alcoologie et addictologie*, 27 (4), p.323-335.
- Morel A. (2006), « Prévenir les consommations à risque chez les jeunes », *La Santé de l'homme*, 386, p 32 à 34.
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. *Usage au cours de la vie de cannabis parmi les 17 ans- Évolution depuis 1993*.
- Obradovic I. (2006), « Consultations cannabis, Enquête sur les personnes accueillies en 2005 », OFDT.
- Obradovic I. (2009), « Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007). Public, filières de recrutement, modalités de prise en charge », OFDT.
- Obradovic I. (2011), « Synthèse des focus groups « Consultations jeunes consommateurs » », OFDT.
- Perrenoud P. (2003), *Mettre les démarches de projet au service du développement de compétences ?*, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation Université de Genève.
- Perrenoud P. (2004), « Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation ». http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2004/2004_12.html
- Rollnick S., Miller W.R., Butler C. (2009), *Les pratiques de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation*. Paris, Dumod.
- Schön D. (1994), *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, les Editions Logiques.
- Vygotski L.S. (1934/1985), *Pensée et langage*. Paris, Editions Sociales (trad. F. Sève).