



# Les pratiques professionnelles en CJC

## Entre hétérogénéité et naissance d'un savoir-faire spécifique

Caroline Protais

NOTE N° 2017-04  
SAINT-DENIS, JUILLET 2017



### INTRODUCTION

Au début des années 2000, la place des jeunes dans les préoccupations des politiques sanitaires se fait plus prégnante. « Marquée par le constat récurrent (...), que l'usage de cannabis représente un véritable phénomène de masse au sein des jeunes et que la consommation des drogues de synthèse, associée à des contextes festifs et récréatifs s'est banalisée auprès d'un public bien intégré » (Devresse et Duprez, 2008, p. 235) ce phénomène est peu à peu érigé en « problème public » (Gusfield, 1963, 1981) dans toute l'Europe. En France, chiffres de l'OFDT à l'appui, une poignée de politiques et de praticiens se retrouvent autour de la rédaction d'une circulaire souhaitant convoquer le « dispositif addictologique » (Bergeron, 1999) français, pour mettre en place une politique de « débanalisation » (Devresse et Duprez, 2008, p. 235) de l'usage de cannabis. C'est dans ce contexte que le dispositif des consultations jeunes consommateurs (CJC) – d'abord baptisées « consultations cannabis » - voit le jour (voir encadré 1).

Reposant sur une démarche qualitative, combinant la réalisation d'entretiens semi-directifs et d'observations (voir repères méthodologiques), cette note décrit les pratiques des professionnels exerçant dans les consultations jeunes consommateurs. Elle se propose, non pas de revenir sur le cadrage juridico-administratif qui leur a donné naissance (qui est un objet d'investigation en soi), mais d'en dresser un état des lieux. Le dispositif est relativement récent et se présente à ce titre comme un laboratoire de pratiques professionnelles innovantes qu'il est intéressant d'observer en soi. Ce travail complète ainsi les analyses statistiques réalisées

<b>Des professionnels polyvalents...</b>	<b>2</b>
Les activités à l'extérieur du point de consultation principal	3
Les activités à l'intérieur du point de consultation principal	3
La variabilité dans la mise en œuvre des interventions	4
<b>... qui se spécialisent dans le suivi « addicto ado »</b>	<b>5</b>
Des professionnels désignés	5
Des lieux et des temps propres	6
Un appui indispensable sur le CSAPA	6
<b>... et qui développent un savoir-faire clinique spécifique</b>	<b>7</b>
La variété des outils mobilisés	7
Des manières différentes de réaliser des entretiens	8
Des points de convergences clinique propres à une clinique de l'adolescence	10
<b>Conclusion</b>	<b>14</b>
<b>Repères méthodologiques</b>	<b>14</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>15</b>

par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies depuis le début des CJC (Obradovic, 2006, 2008, 2015 ; Protais *et al.*, 2016). Il décrit d'abord des professionnels polyvalents, s'appuyant sur le Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) hébergeant la structure pour mettre en place une large gamme d'activités offrant une prise en charge « addicto ado » en amont de la demande, mais aussi en aval d'un suivi « bref ». Il montre ensuite, qu'au-delà des divergences théoriques persistantes, un ensemble de manières de faire communes relatives à une « clinique de l'adolescence » (Obradovic et Palle, 2012) paraît émerger.

### Le dispositif des CJC

*Les consultations jeunes consommateurs constituent un dispositif d'accueil et d'accompagnement principalement implanté dans les CSAPA, destiné aux jeunes présentant des pratiques de consommation de substances psychoactives et/ou des addictions sans produit ainsi qu'à leurs familles. Elles accueillent principalement des usagers de cannabis, tout en s'ouvrant progressivement à d'autres types d'addiction : alcool, tabac, cocaïne, jeux vidéo (Obradovic, 2015 ; Protais *et al.*, 2016)...*

*Créées par la circulaire du 23 septembre 2004, puis repensées dans le cadre de la circulaire du 28 février 2008 qui met en place les CSAPA et en fait une de leurs missions facultatives, les CJC ont été pensées comme un dispositif d'« accueil », d'« information », d'« évaluation » et d'« orientation ». Elles devaient être en mesure de d'offrir au consultant une « prise en charge brève aux consommateurs à risque ou nocif » et d'accompagner ou réorienter « les personnes en difficulté lorsque la situation le justifie (complications somatiques ou psychiatriques, dépendance, prise en charge au long court, etc. » (DGS, 2008). Dans l'objectif d'« aller vers » un public non nécessairement demandeur de soins, il était également prévu la création de « points de consultation de proximité » (ou avancée, selon les termes de la circulaire de 2004), i.e. dans les lieux de vie des jeunes : lycée, maison des adolescents, centre de formation des apprentis, etc.*

*En termes d'outils techniques, en 2004, les décideurs publics ont affirmé la volonté de promouvoir les outils validés scientifiquement et les « démarches d'intervention brève », en mesure de « susciter la motivation au changement », tels l'approche motivationnelle ou les approches cognitivo-comportementales, valorisées par l'expertise INSERM sur l'efficacité des psychothérapies en 2004 (Lézé, 2010).*

## DES PROFESSIONNELS POLYVALENTS...

Les professionnels des CJC rencontrés investissent une large gamme d'activités allant dans certaines CJC de la prévention au suivi de plus long cours. Cette conception de leur champ d'actions s'appuie sur une représentation de l'adolescence conçue comme une période particulière de la vie, où l'individu en pleine mutation, est caractérisé par un rapport à l'autre ambivalent : il reste à la fois dépendant d'autrui tout en tentant de s'en autonomiser. Cette caractéristique rendrait l'émergence d'une demande d'accompagnement clairement formulée difficile chez les jeunes. Ceci a conduit les professionnels à développer des actions d'« aller vers » (Lascaux *et al.*, 2014, p. 14) à l'extérieur du point de consultation principal, destinées à garantir « la promotion d'un environnement favorable » (Fédération Addiction, 2012, p. 23)<sup>1</sup>, et en mesure de créer des liens afin d'adresser à la CJC si besoin. La fragilité spécifique de la demande de l'adolescent viendrait également menacer la relation thérapeutique et la perduration de l'alliance, ce qui a poussé une majorité de ceux rencontrés à poursuivre des suivis de plus longue durée, pour éviter les ruptures de soin liées à l'orientation vers un autre praticien.

1. La Fédération Addiction a mis en place un certain nombre d'actions pour diffuser les « bonnes pratiques » en CJC. Elle a effectué de multiples formations à l'égard des professionnels et publié deux guides. Le PAACT (processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique, Lascaux *et al.* 2014) est pensé comme « un outil d'aide et d'appui » clinique à destination des professionnels des CJC mais aussi des acteurs de « premier recours » en charge du repérage des conduites addictives. Le guide vert, diffusé en 2012, résume l'esprit « d'intervention précoce » propre à la CJC, représentée par une pyramide. Sa base désigne un ensemble de pratiques visant « la promotion d'un environnement favorable » en mesure de repérer les conduites addictives « à risque » ; le haut renvoie à l'orientation du consultant vers d'autres professionnels chargés d'un accompagnement de plus long cours. L'intermédiaire comprenant une gamme d'actions allant de l'évaluation à l'accompagnement de courte durée.

## LES ACTIVITÉS À L'EXTÉRIEUR DU POINT DE CONSULTATION PRINCIPAL

Ces actions se développent dans trois directions :

■ Certains professionnels choisissent de se rendre disponibles dans l'environnement direct du jeune une partie de leur temps de travail (en général une demi-journée par semaine), en créant des « points de consultation de proximité », tels que le préconise la circulaire. Ces lieux d'accueil spécifiques sont implantés dans des institutions recevant une population adolescente (lycées, maisons des adolescents, centres de formation, etc.).

■ D'autres développent des actions visant à renforcer l'existence d'un environnement sensibilisé aux conduites à risque, susceptibles d'y apporter des réponses simples ou d'orienter le jeune vers la CJC. Citons à titre d'exemples : des rencontres avec des parents dans l'objectif de présenter la CJC et de réaliser un travail sur leurs représentations des drogues et des conduites addictives ; des formations à l'intervention brève<sup>2</sup> destinées à des infirmières scolaires ; des groupes de travail auprès d'éducateurs en foyer de réinsertion pour les accompagner dans la mise en place d'un dispositif interne de réponse aux conduites addictives qu'ils observent...

■ Certaines structures investissent par ailleurs les activités de prévention : interventions effectuées par des animateurs en collège ou en lycée pour développer les compétences psycho-sociales<sup>3</sup> des jeunes afin de résister à l'offre de produits. Ces actions sont extrêmement diversifiées<sup>4</sup>. Certaines peuvent consister en un travail sur l'estime de soi (pour l'évaluer et leur apporter des moyens concrets pour la renforcer), sur les relations filles/garçons (avec l'idée que certaines consommations importantes d'alcool à l'adolescence ont comme objectif la désinhibition dans les relations amoureuses), voire sur le sommeil.

*Le programme Ekolprev est un exemple de programme de prévention utilisé dans une structure visitée accueillant des collégiens. Il se déroule en 4 séances : une première sur le sommeil (« car c'est un facteur protecteur »), une deuxième sur le tabac et l'alcool (« car c'est leur réalité »), une troisième sur les jeux vidéo (idem) et la quatrième sur la capacité à dire non (pour développer la compétence psychosociale consistant à savoir prendre des décisions). Nous avons assisté à une première séance du cycle. Elle se décompose en plusieurs étapes : une entrée en matière où l'éducateur interpelle les collégiens sur sa présence sur le ton de l'humour ; une présentation de la structure dans laquelle il travaille ; un jeu durant lequel les élèves doivent répondre par oui ou par non à des questions telles que « je fais toujours comme mes copains », « est-ce facile de dire quand on est triste », ou « l'alcool ce n'est pas vraiment une drogue » ; un ensemble de questions sur le sommeil telles que « qu'est-ce que vous faites avant de dormir ? ». Les élèves évaluent, guidés par l'éducateur, les réponses qu'ils ont données. L'objectif de cette séance est de co-construire avec les jeunes une connaissance sur le sommeil, les drogues et le type de compétences psycho-sociales permettant de résister à l'offre de produits sur un mode ludique.*

## LES ACTIVITÉS À L'INTÉRIEUR DU POINT DE CONSULTATION PRINCIPAL

Globalement, trois types de situations aux objectifs thérapeutiques différents sont distingués par les professionnels pour rendre compte de leur travail de consultation au quotidien :

1. Celles où le jeune et/ou les parents ne viennent qu'une fois. L'objectif des professionnels est alors de délivrer de l'information sur les consommations, conformément aux objectifs définis par la circulaire : « faire un peu de RDR » (réduction des risques et des dommages) pour les jeunes, effectuer un retour sur leurs représentations des drogues, pour les parents. Il est également l'occasion de délimiter un espace de confiance qu'ils pourront remobiliser à l'avenir, s'ils en éprouvent le besoin :

*« Ce qui est important pour nous c'est d'essayer de créer ce lien et même s'ils ne sont pas amenés à rester, de créer un espace où ils seront arrivés à parler en confiance, où il n'y a pas de jugement, avec cette idée de se dire que peut-être d'ici un mois, deux mois, 6 mois, ils reviendront. Et parfois ça arrive. » (Chef de service, CJC n° 6).*

2. Les situations où le jeune veut simplement diminuer sa consommation : le professionnel met alors en place une intervention de courte durée, basée la plupart du temps sur les outils des prises en charge brèves : thérapies cognitivo-comportementales, approche motivationnelle (voir infra).

2. L'intervention brève est destinée aux personnes qui ne sont pas directement en demande de soin. Elle propose un bilan et un conseil sur l'état des consommations d'une personne, avec une orientation vers un professionnel du suivi, si besoin. Pour plus de détails sur ce point, voir Díaz Gómez et Ngantcha, 2016.

3. L'Organisation mondiale de la santé définit 5 compétences psychosociales permettant notamment de « maintenir des comportements favorables à sa santé » (Mutataji, 2016a) : savoir résoudre des problèmes/ savoir prendre des décisions ; savoir communiquer efficacement (se faire comprendre)/ être habile dans les relations interpersonnelles ; avoir une pensée créative/ avoir une pensée critique ; avoir conscience de soi (se connaître soi-même)/ éprouver de l'empathie pour les autres ; savoir gérer le stress/ savoir gérer ses émotions.

4. Pour plus de détails sur les actions de prévention voir Mutataji, 2016b.

3. Les situations où le jeune et/ ou sa famille souhaitent un travail de plus longue durée, qu'un certain nombre de ces professionnels n'hésitent pas à qualifier de « psychothérapeutique ». Un certain nombre d'entre eux mettent en place un suivi au plus long cours, qui peut s'effectuer avec des outils variés : orientation analytique, systémique, motivationnelle ou cognitivo-comportementale, voire intégrative, i.e. qui fait la synthèse de ces différents outils. Une psychologue interrogée résumera les choses ainsi : « Pour les uns c'est de la psychothérapie, pour les autres du soutien, pour certains du travail motivationnel pour soutenir un changement, et pour les parents, ça peut être de la guidance parentale. »

Dès lors, la conception de l'adolescence décrite plus haut vient également justifier des actions d'accompagnement qui excèdent pour certaines la « prise en charge brève », engageant peu l'orientation du consultant vers d'autres professionnels (Obradovic, 2015). Il est important de souligner le problème posé par la réorientation aux yeux de certains professionnels :

*« Au départ on pensait que les CSAPA pourraient prendre en charge en aval. Or non, les CSAPA c'est de l'adulte. »* (psychiatre, CJC n° 2)

Les praticiens de CJC ont pour partie, le sentiment de ne pas disposer de lieux spécifiques pour réorienter le jeune en cas de « dépendance » et/ou de la nécessité d'une « prise en charge de long court » (DGS et al., 2008).

## LA VARIABILITÉ DANS LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

Comme le montre le tableau 1, toutes les CJC n'investissent pas l'ensemble des interventions listées.

Cette variabilité dépend en premier lieu des représentations professionnelles propres à chaque intervenant. Les deux manières d'envisager la promotion d'un environnement favorable distinguées ci-dessus (en dehors des actions de prévention qui relèvent de logiques plus spécifiques, voir infra) en sont un exemple. Elles reposent d'abord sur un désaccord entre professionnels : certains considèrent utile d'être à portée de main du jeune, quitte à ce que le public rencontré ne soit pas exclusivement composé de jeunes consommateurs ; d'autres à l'inverse, pensent qu'il est moins coûteux en terme de temps et d'efforts consacrés de former des acteurs/professionnels directement en contact avec les jeunes et leurs parents au repérage des conduites addictives problématiques pour se concentrer sur l'activité d'accompagnement. Le désaccord porte aussi sur l'efficacité des interventions permettant le repérage et l'orientation du jeune, certains considérant que la mise en place de points de consultation avancés demande trop d'investissement pour les CJC.

L'identité du CSAPA ainsi que sa construction historique via certains « pères fondateurs » influence également les modalités d'intervention proposées en CJC. D'une manière générale, les consultations implantées en milieu hospitalier, ou dans une structure dont le fondateur était un psychiatre ayant des positionnements cliniques forts, sont des CJC qui vont davantage investir le suivi psychothérapeutique, et de manière plus timide les actions à l'extérieur de la consultation. On observe le phénomène inverse dans le cas de structures implantées dans un CSAPA associatif – et non médical- et/ ou dont le fondateur était issu de la sphère du travail social. La CJC n° 4 développe tout particulièrement les activités à l'extérieur du point de consultation principal, voici le témoignage de la psychologue rencontrée :

*« On débute avec un club de prévention et de premières rencontres sur les conduites à risques. Et une demande d'agrément pour être un centre de soin destiné aux toxicomanies est faite. Puis l'agrément arrive, et là y'a un recrutement d'une éducatrice spécialisée et un psychologue. Et on arrive dans un centre tout petit avec un directeur et une éducatrice qui travaille à la mise en place d'un club de prévention. (...) Et on travaille ensemble avec un crédo c'est la globalité, la transversalité et le partenariat. Et on commence le centre de soin en créant du partenariat et ça vous donne l'esprit ».*

Le tableau 1 révèle toutefois, que rares sont les CJC qui n'investissent que la consultation. A minima, les professionnels développent donc deux gammes d'activités cliniques : la consultation (qui constitue « le noyau dur » de leur pratique) et au moins un type de pratiques à l'extérieur du point de consultation principal. Les professionnels de CJC investissent donc une diversité d'activités inscrites dans une temporalité plurielle : en amont de la demande du patient, mais aussi, pour la plupart, en aval du suivi de « courte » durée.

Tableau 1 - Les activités investies par les CJC rencontrées

Fondateur	Investissement particulier de l'activité clinique de consultation	Existence de lieux de consultation de proximité	Organisation de formations/ interventions destinées à sensibiliser l'environnement du jeune aux conduites addictives	Existence d'activités de prévention
CJC 1 association de familles		X		X
CJC2 psychiatre	X			X
CJC3 psychiatre	X	X	X	
CJC4 chargé de prévention		X	X	X
CJC5 travailleur social		X		X
CJC6 psychiatre	X			
CJC7 psychologue thérapeute familiale	X		X (principalement auprès de parents)	X
CJC8 psychiatre	X	X	X	
CJC9 pédopsychiatre	X			
CJC10 pédopsychiatre	X		X	
CJC11 association de familles		X	X	X
CJC12 psychiatre	X		X	

Source : OFDT, 2017, enquête pratiques professionnelles CJC.

## ... QUI SE SPÉCIALISENT DANS LE SUIVI « ADDICTO ADO »

Comment garantir une large panoplie d'interventions, dès lors que les budgets alloués à la CJC sont bien souvent restreints ? À quel type d'aménagements institutionnels ces consultations recourent-elles pour pérenniser leurs actions ? La CJC n°12 témoigne des difficultés budgétaires auxquelles était confrontée la structure en 2005 :

*« Alors en 2004, on fait une proposition qui était déjà bien en deçà, au vu des moyens proposés, de ce cahier des charges, puisqu'il fallait une entrée spécifique, un lieu spécifique, etc. et nous, vue la configuration des lieux, on n'était pas en mesure de proposer ça, à moins qu'on ouvre la médecine générale à l'activité CJC le mercredi. Mais il nous fallait une secrétaire et moi... puisqu'à l'époque j'étais toute désignée pour devenir responsable de cette consultation jeunes consommateurs... Bon, vu qu'on a eu un financement très peu élevé on n'a pas pu faire tout ça (...) Les budgets CJC ? Bah on a eu 10 000 euros. Donc moi j'avais théoriquement 20 % de mon temps de travail sur la CJC, et rien pour la secrétaire » (psychologue, CJC n° 12).*

Si depuis 2008, le financement des CJC fait partie du budget global de fonctionnement du CSAPA, il n'en reste pas moins « que la dotation jusqu'ici octroyée aux consultations [a été] intégrée dans la dotation globale » (DGS et al., 2005), ce qui ne permet pas, aux yeux des professionnels interrogés d'apporter une réponse au problème financier qu'ils évoquent.

## DES PROFESSIONNELS DÉSIGNÉS

La mise en place d'activités aussi variées aurait pu conduire à une segmentation des tâches et à établir des missions bien définies : aux chargés de prévention de réaliser les interventions en collège et lycée sur l'activité propre du CSAPA, aux infirmiers de réaliser l'évaluation des conduites addictives, voire une « intervention brève » sur les missions CJC, aux travailleurs sociaux, psychologues et psychiatres de réaliser des suivis de plus longue durée sur les budgets du CSAPA (suivi social, psychiatrique, psychologique). Les consultations en lieux de consultation de proximité auraient pu être affectées aux missions CJC. Or, aucune structure rencontrée ne fonctionne de la sorte : la tendance est à la spécialisation de certains professionnels désignés du CSAPA dans une clinique de l'adolescence comprenant également les parents, sans délimitation stricte entre les missions qui relèvent de la CJC et celles qui relèveraient de l'activité du CSAPA (voir tableau 2).



De plus, l'interchangeabilité est bien souvent de mise entre des praticiens aux identités professionnelles différentes. Certaines spécificités sont susceptibles d'émerger sur des suivis caractéristiques, quoique minoritaires : un accompagnement exclusivement social réalisé par un travailleur social, un suivi psychiatrique pour un jeune présentant une comorbidité psychiatrique... Mais, ce qui domine en CJC, c'est davantage une tendance à la spécialisation dans une clinique de l'adolescence comprenant l'accueil de la famille et du jeune à différents stades de la demande. Ainsi, un travailleur social pourra être amené à effectuer de la « guidance parentale », là où une infirmière pourra être désignée pour réaliser une intervention brève destinée à diminuer un usage estimé « nocif ». Ce type de fonctionnement vient tout autant questionner la limite de l'activité de CJC, que reconfigurer la question des frontières et des compétences professionnelles. Il n'est d'ailleurs pas rare en CJC de voir une infirmière se former à l'entretien motivationnel, un travailleur social obtenir un diplôme de psychologie ou un psychologue développer des compétences en sophrologie ou s'initier à certaines techniques de prévention.

## DES LIEUX ET DES TEMPS PROPRES

Cette identité construite autour de la spécificité d'une clinique particulière, s'incarne dans le travail de délimitation d'un espace dédié aux jeunes ainsi qu'à leur famille, effectué par la majorité des CJC rencontrées (voir tableau 2)<sup>5</sup>. Sur ce sujet, la majorité des professionnels interrogés sont d'accord : suivant la circulaire de 2008 sur ce point, ils ne souhaitent pas mêler les jeunes et leurs familles aux usagers traditionnellement accueillis dans les CSAPA pour ne pas leur laisser penser qu'ils sont assimilés à une population inscrite dans des trajectoires de dépendance avancée.

Aussi, la majorité des CJC rencontrées aménagent l'espace du CSAPA en destinant certaines plages horaires à l'accueil spécifique des jeunes et de leurs familles (le mercredi après-midi, par exemple), voire (pour les plus dotées financièrement) en ouvrant des lieux autonomes. De fait, le critère déterminant la spécialisation des lieux ou des plages temporelles est bien le type de population accueillie (jeunes et/ ou familles), quelle que soit l'étape du suivi dans laquelle ils se trouvent.

## UN APPUI INDISPENSABLE SUR LE CSAPA

Les pratiques auxquelles semble donner lieu l'existence d'une CJC semble donc s'apparenter à celle d'un « CSAPA adolescent ». Les différentes CJC s'assument-elles dès lors comme telles ? Comment rendent-elles compte de leur activité auprès des Agences régionales de santé ? Différentes stratégies de présentation des actes réalisés pour le compte de la CJC existent : certaines CJC n'affectent que les entretiens d'évaluation ainsi que ceux effectués dans le cadre de la consultation de proximité à l'activité CJC (les suivis basculant sur l'activité du CSAPA). D'autres, à l'inverse, rattachent l'ensemble des actes réalisés en lien avec l'adolescence à cette activité. Ces stratégies de comptabilisation dépendent en grande partie des relations entretenues avec l'Agence régionale de santé à l'occasion de la transmission des rapports d'activité annuels. Certaines consultations indiquent avoir reçu des ARS des remarques sur un suivi de trop longue durée et pas assez diversifié. Là où quelques-unes d'entre elles se présentent donc véritablement comme un service destiné aux adolescents du CSAPA, d'autres limitent arbitrairement leur activité à l'évaluation individuelle du jeune, la prise en charge « brève », et l'activité des points de consultations de proximité. À la suite d'un avertissement de l'ARS, la CJC n°8 a par exemple redéfini à un niveau comptable son activité. Elle ne la délimite plus à l'ensemble des actes visant les jeunes – de 25 ans ainsi qu'à leur famille - mais autour des actes réalisés dans son point de consultation de proximité (à la maison des adolescents), ainsi qu'à une « évaluation » pensée sur un nombre de consultations compris entre une et cinq séances. Cette notion d'évaluation, effectuée systématiquement par deux professionnels, parfois de formation différente, permet de définir un cadre d'intervention allant de l'évaluation en tant que telle à de l'intervention brève. Au terme de ces séances, l'équipe du CSAPA se réunit pour statuer sur le suivi qui sera proposé au jeune, qui bascule dès lors sur les actes relevant de l'activité de la structure d'accueil.

Ainsi, au-delà des stratégies d'affichage de l'activité variées et conformément à l'esprit de la circulaire de 2008, la pérennité des activités mises en place via la CJC ne peut s'envisager sans lien avec la structure d'accueil, qui sert autant d'appui organisationnel que financier, afin de mettre à disposition, des professionnels investis dans cette clinique particulière de l'adolescence.

---

5. On notera d'ailleurs que sur les 4 CJC qui ne délimitent pas d'espace spécifiquement destiné aux jeunes et à leur famille, figurent les deux CJC implantées dans des services hospitaliers de pédopsychiatrie. Dans ce cas, la délimitation s'effectue davantage sur la spécificité addictologique de l'accueil que sur la tranche d'âge du public accueilli.

Tableau 2 - Les modalités d'implantation institutionnelles de la CJC dans le CSAPA

	Implantation physique dans le CSAPA		Spécialisation de certains professionnels du CSAPA dans l'activité CJC		
	La CJC est « fondue » dans le CSAPA	Certaines plages horaires sont destinées à l'accueil CJC	La CJC s'est implantée dans un lieu autonome	absence	claire
CJC 1			X		X
CJC2			X		X
CJC3		X			X
CJC4			X		X
CJC5			X		X
CJC6	X			X	
CJC7		X		X	
CJC8		X			X
CJC9	X				X
CJC10	X				X
CJC11			x		X
CJC12	X			X	

Source : OFDT, 2017, enquête pratiques professionnelles CJC.

## ... ET QUI DÉVELOPPENT UN SAVOIR-FAIRE CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Quels sont à présent les outils cliniques mobilisés par les professionnels au sein de l'activité de consultation avec les jeunes ? Si la manière de mener des consultations dépend en grande partie de l'orientation théorique du professionnel, cela n'empêche toutefois pas l'émergence de façons de procéder communes.

### LA VARIÉTÉ DES OUTILS MOBILISÉS

Au début des années 2000, la structuration épistémologique de l'addictologie française est à l'image de celle observée dans le champ de la santé mentale (Bergeron, 1999). Des années 1970 à 1996, le paradigme dominant était imprégné d'une certaine approche de la psychanalyse (Bergeron, 2001). À partir de la fin des années 1990, sous l'impulsion de forums internationaux et de quelques décideurs politiques, le modèle préventif et de la réduction des risques va progressivement émerger dans le panorama français. Ce mouvement s'effectue en même temps que la perte de vitesse, de la psychanalyse, progressivement supplantée par le nouveau paradigme « objectiviste »<sup>6</sup> anglo-saxon (comprenant notamment les thérapies cognitivo-comportementales, ou TCC). Il serait pourtant faux de considérer que le champ de la santé mentale se serait uni autour des approches en vogue outre-Atlantique. S'il varie d'une discipline à l'autre et que l'approche intégrative gagne du terrain, le panorama français paraît rester encore divisé entre les partisans des approches psychodynamiques, d'un côté, et les tenants du nouveau paradigme anglo-saxon, de l'autre. Cette opposition s'exprime toutefois de manière moins radicale que par le passé : lorsque certains se disent d'une orientation « plutôt » que d'une autre, ils ne condamnent pas les approches opposées, rattachant leur point de vue à une affaire de « sensibilité clinique » davantage qu'à une opposition idéologique. C'est notamment ce qu'ont exprimé les professionnels des CJC interrogés dont la pratique a été suivie :

*« C'est pas du tout qu'on condamne les TCC. On n'a rien contre. Mais c'est pas notre sensibilité, quoi » (psychologue, CJC n° 3).*

6. Ce qualificatif est proposé pour rendre compte d'approches qui revendiquent un modèle théorique inspiré des sciences dures : promouvant une homogénéité des modèles de références scientifiques, érigeant l'approche évaluative comme cadre de légitimation du savoir et postulant davantage l'organogénèse des phénomènes psychiques. Les thérapies cognitivo-comportementales revendiquent notamment une inspiration de la psychologie « scientifique » et préconisent l'application de protocoles standardisés. Elles visent à agir sur les processus mentaux (cognitifs et conscients) à l'origine d'un symptôme, tel le trouble anxieux, et non sur le sens de celui-ci (comme le préconiserait les approches psychodynamiques).

Interrogés sur leur préférences théoriques, voici ce qu'ils nous ont répondu :

**Tableau 3 - Orientations théoriques des 16 professionnels dont l'activité clinique a été observée**

psychodynamique			motivationnelle et psychanalytique	motivationnelle	motivationnelle et TCC	motivationnelle/TCC/MDFT	intégrative	Total
psychanalytique	systémique	les deux						
7	0	2	1	2	2	1	1	16

Source : OFDT, 2017, enquête pratiques professionnelles CJC.

NB : le code couleur utilisé a pour objectif d'illustrer la manière dont ils se positionnent sur le continuum qui va des approches psychodynamiques au nouveau paradigme objectiviste anglo-saxon (voir note 6).

Ces résultats n'ont pas de représentativité statistique<sup>7</sup>, mais on peut toutefois souligner qu'aucun des professionnels interrogés n'a cité en même temps les TCC et les approches psychodynamiques<sup>8</sup>, ce qui accrédite la thèse d'une persistance des vieilles oppositions<sup>9</sup>. La technique motivationnelle semble plus associée aux premiers types d'approches qu'aux seconds. Notons par ailleurs ici le statut de MDFT<sup>10</sup> et de l'approche motivationnelle qui, outre leur origine américaine, ont été validés scientifiquement<sup>11</sup>. Si cette persistance a été moins constatée dans le champ de la psychiatrie (Pélisse *et al.*, 2012), elle pourrait notamment être expliquée par la présence importante des psychologues en CJC (malgré la tendance à la diversification des intervenants<sup>12</sup>), dont le champ professionnel pourrait être davantage imprégné de ces divergences.

## DES MANIÈRES DIFFÉRENTES DE RÉALISER DES ENTRETIENS

Ces oppositions persistantes induisent des façons de mener des entretiens avec le jeune parfois différentes. Pour illustrer cet écart on peut comparer, à titre indicatif, les pratiques de deux professionnels : l'un d'orientation analytique/ systémique, l'autre inspiré par l'approche motivationnelle et les TCC. L'encadré 2 met en miroir deux extraits réalisés par ces deux professionnels. Ces derniers, très différents au niveau du profil du consultant et des affinités théoriques des praticiens, ont été volontairement sélectionnés pour rendre compte de la diversité susceptible d'être observée. Ces deux exemples incarnent toutefois des divergences « extrêmes », les pratiques professionnelles tendant également à une certaine homogénéisation, comme cela sera montré dans la suite de cette note.

### Deux modalités d'interaction

Le positionnement des deux professionnels dans l'entretien n'est pas le même. Le praticien d'orientation psychodynamique reste plus à distance dans l'échange. Ses questions de relance sont destinées à alimenter la verbalisation du consultant (« vous en pensez quoi de ça ? » « comment ça s'est construit ? »), mais c'est la parole du consultant qui reste au centre de l'échange.

A l'inverse, l'entretien mené par le praticien revendiquant la technique motivationnelle et l'inspiration des TCC apparaît plus interactif. La parole est répartie plus équitablement entre le professionnel et le consultant. De même, l'accompagnant s'engage plus dans ses réponses : il n'hésite pas à verbaliser le vécu de la personne, à la complimenter, utilise davantage l'humour... Ces techniques de relance sont assez typiques de l'entretien motivationnel où le travail de construction d'une alliance entre le thérapeute et son patient est central. Ce travail passe aussi par un soutien de la motivation de la personne en valorisant ses acquis et ressources plutôt que ses faiblesses. La technique de reformulation est également centrale dans l'entretien motivationnel : le « reflet de sentiment » (Miller et Rollnick, 2013) par le thérapeute est utilisé pour amener le consultant à préciser son émotion et à mieux la verbaliser. Commentant la manière dont il a mené son entretien, le professionnel expliquera :

7. L'approche qualitative vise la compréhension approfondie des pratiques mais pas la représentativité qui est le propre des démarches quantitatives.

8. La sous-représentation de l'orientation systémique dans l'échantillon, dès lors que cette approche est très représentée dans les publications et colloques réunissant des praticiens en CJC, est un probablement un effet des modes de recrutement des CJC rencontrés (voir repères méthodologiques).

9. Il faut toutefois rappeler que se former aux TCC et, encore plus, à la psychanalyse reste long et coûteux en terme d'investissement financier et personnel. La formation du professionnel et le type d'orientation choisie relève parfois d'autres paramètres que de la question des affinités théoriques.

10. Multidimensional Family Therapy. L'objectif de l'approche MDFT est de mettre en exergue, puis de s'appuyer sur les ressources dont dispose la famille pour qu'elle mette en place elle-même des solutions « thérapeutiques » face à une situation problématique. Le thérapeute ne travaille pas uniquement sur le système familial dans son ensemble, comme en thérapie systémique classique, il s'appuie également sur les « sous-systèmes », pris isolément (parents seuls, enfant seul) pour permettre à l'ensemble de se reconfigurer (Bonnaire *et al.*, 2014).

11. L'efficacité de la technique MDFT a été discutée dans (Rigter *et al.*, 2011). Il a notamment été montré que cette approche MDFT est plus efficace que les TAU dans les cas les plus sévères de consommation de cannabis et dans le traitement des troubles du comportement. À l'inverse, pour les cas de consommation moins sévère (1 à 3 joints par jours), l'efficacité n'est pas prouvée.

12. Voir sur ce point Obradovic, 2015.



## Deux exemples d'entretiens

### Entretien 1 réalisé par une psychologue d'orientation psychanalytique

Julien a 21 ans.

Il consulte depuis plus d'un an pour une addiction aux jeux vidéo. Le 2<sup>nd</sup> sujet abordé lors de son entretien est son rendu de mémoire.

-Comment ça s'est passé alors ?  
-Bah bien. Je me suis levé le matin et avant d'aller au rendez-vous je me suis dit que ça devait être nul ce que j'avais fait. Et en fait, comme d'hab', finalement elle m'a dit que ça lui convenait parfaitement. Qu'il y avait bien sûr des choses à reprendre, mais que l'ensemble était bien. D'ailleurs je lui ai envoyé un mail avant de lui envoyer où je lui disais que mon plan était peut-être un peu scolaire que mes pensées pas abouties, et finalement, elle m'a dit que ça allait parfaitement.  
-En vous pensez quoi de ça ?  
-Bah je sais pas. En plus du coup depuis, elle me raconte que lorsqu'elle-même rédigeait sa thèse, elle avait besoin de se vider la tête en regardant des séries, et que du coup elle en regardait plein. (...)  
-Et comment vous percevez le fait d'avoir cette impression que vous n'allez pas réussir ?  
Pas de réponse du consultant. La psychologue reprend :  
-Parce que c'est quelque chose qui est déjà revenu hein le fait que vous avez toujours l'impression d'avoir mal fait, ou de ne pas avoir été assez sérieux, dans le travail, alors que visiblement ce n'est pas l'impression de votre professeur...  
-Oui c'est sûr c'est quelque chose que je ressens souvent. Depuis toujours. Cet écart entre cette impression que j'ai mal fait, et ce que me renvoient les gens, les professeurs, etc...  
-Et comment ça s'est construit ça ?  
-Bah dès tout petit. Avec mes parents, avec mes professeurs. (...) Alors il y a eu cette histoire aussi de capacités supérieures. Mais ça s'est pas manifesté tout de suite dans les notes. Au début, j'étais pas vraiment très bon à l'école, et y'a un professeur qui a dit à mes parents qu'en avançant dans les études, j'allais avoir petit à petit des notes en relation avec mes capacités. Et puis à un moment effectivement j'ai commencé à avoir des 19 des 20, à être dans le peloton de tête quoi.  
-C'était vers quel âge ça ?  
-13 ans à peu près.  
-Il y avait qui autour de ces attentes ?  
-Mes parents. Pour eux les notes c'étaient très important. Ils nous faisaient travailler tout le temps. Par exemple, en vacances, on prenait le cahier de vacances sur la plage. (...) Je connais pas beaucoup de gens qui travaillaient sur la plage étant petit... Alors si on n'était pas à la plage, on faisait au moins deux heures de devoirs en vacances. J'ai des souvenirs où on travaillait toute l'après-midi.  
-Et qui portait ces attentes ? Plus votre mère ou votre père ?  
-Ah les deux.  
-Qui vous faisait travailler ?  
-Ma mère plutôt. Mais bon, y'avait les profs aussi. Parce qu'à un moment l'idée ça a été que j'aïlle dans un lycée où il y aurait des élèves un peu comme moi. Et là ça été l'horreur. Les profs étaient derrière nous, ils nous poussaient tout le temps. Ça été très dur cette année où je suis arrivé dans ce collège. Il fallait toujours faire plus. Toujours être meilleur (...)  
-Est-ce que c'était « tu fais pas assez », ou « tu peux faire plus » ?  
-Non, c'est « tu peux toujours faire plus ». Tu as 19, il fallait avoir 20. Et puis il y avait toujours l'excuse de mes capacités. Finalement c'était « tu peux toujours faire mieux, il n'y a pas de plafond à la perfection. »  
-Qu'est-ce que vous pensez de cette dernière phrase : « tu peux toujours faire mieux, il n'y a pas de plafond à la perfection » ?  
-C'est ce que je ressentais. Surtout au moment où j'ai changé de collège.  
-Est-ce que c'était au même moment que la scène dont vous m'avez parlée la dernière fois ? (Evoque une scène de maltraitance par d'autres élèves)  
-Oui tout à fait c'est à la même période. C'est à cette période que j'ai vraiment commencé à douter de la qualité morale des personnes de ma génération. (...) Alors je pense que ce personnage un peu hautain c'est à cette période que je me le suis construit. Pour plus être la victime, je me suis isolé des autres et je les ai un peu regardé de loin.

### Entretien 2 réalisé par un pharmacien formé à l'entretien motivationnel et aux outils de prise en charge TCC

Charly a 14 ans.

Il en est à sa troisième consultation pour une addiction à la cigarette.

- Tu veux qu'on regarde ta consommation ? Tu es d'accord pour qu'on regarde ensemble ton carnet de consommations ?  
- oui, oui.  
Le professionnel tourne les pages et passe d'un jour à l'autre.  
-Alors ça tu as fumé. Tu mets que c'est après la dispute avec ton père...  
-Oui.  
-Et pourquoi tu as fumé là ?  
-Bah, parce que j'étais énervé.  
-Pour te calmer. Et on aurait pu l'éviter celle-là ?  
-Bah j'étais parti pour pas fumer. Mais j'avais envie de fumer. Je me retenais et puis bon, quand on s'est disputé là ça servait plus à rien... Je suis sorti. (...)  
-Et qu'est ce qui s'est passé avec ton père ?  
-Il m'a embêté avec mes devoirs, il s'est énervé, on s'est énervé et voilà.  
-Et quand vous vous énervez c'est toujours pour ça ?  
-bah, l'autre soir, il est rentré, il était énervé. Il m'a demandé si j'avais fait mes devoirs, alors que j'avais passé deux heures à travailler. Le lendemain pareil, alors que je sortais de mon cours particulier. Et là il s'est dit que le lendemain il fallait que je travaille et il m'a levé à 6 heures pour que je travaille. Et là j'étais énervé.  
-Et vous vous êtes disputés ?  
-Non pas cette fois  
-Mais ça aurait pu arriver. Et les autres fois ?  
-Bah toujours des trucs comme ça. Le soir il rentre il s'énerve sur moi, sur ma mère. Il me demande de faire un truc. Et au moment où j'allais le faire, il s'énerve et on s'énerve. (...)  
-Et tu as ressenti quoi quand tu t'es disputé avec ton père ?  
-J'étais en colère.  
-Juste en colère ?  
-Je sais pas. Oui.  
-Tu étais triste.  
-Je sais pas.  
-Bon et les autres jours... Ah là ce mercredi t'as beaucoup fumé. Tu te souviens pourquoi ? C'est parce que c'était le premier jour de l'automne ?  
-Non. Je sais plus. C'est comme ça. Pour rien.  
-Ah et là par contre, tu as mis une très belle phrase. C'est bien que tu apportes ça. Tu as beaucoup de choses à dire, Charli. (...) Et aujourd'hui ?  
-Bah rien pour l'instant  
-Ah bah c'est vraiment bien ! Tu vois, tu as réussi. Tu peux être fier de toi. Et alors comment tu as fait ? Tu disais que tu avais peur de la réaction de tes copains...  
-Bah rien. Je leur ai dit que je fumais pas. Ils étaient étonnés.  
-Oui, ils étaient stupéfaits. Et il s'est passé quoi ?  
-Non bah rien.  
-Bon bah voilà !  
-Du coup, là c'est quoi ton objectif ?  
-Bah d'arrêter.  
-D'accord, c'est un bel objectif ça. Et sur une échelle de 1 à 10 c'est quoi ta motivation pour arrêter ?  
-7.  
-Très bien. Parce que du coup, je vois que ta motivation elle a augmenté depuis la dernière fois. Et tu es d'accord pour qu'on revienne un peu sur ton papa ?  
-Oui  
-(...) Comment on pourrait faire pour que ça s'arrange ?  
-Je sais pas.  
-Allez... T'es plein de bonnes idées, Charli !  
-Je sais pas.  
-C'est quand la dernière fois que vous avez discuté ?  
-Bah on se parle hein. Mais toujours des devoirs, de la vaisselle, des trucs à faire...  
-Non mais que vous avez discuté tous les deux, d'autres choses.  
-Avant de venir vous voir au début.  
-D'accord. Et tu aimerais plus de moments comme ça ?  
-Je sais pas... Oui.  
-Est-ce que tu m'autorises Charly à en parler à ta maman tout à l'heure ?  
-Oui.

*« Par exemple, lorsque vous vous disputez avec votre père, « vous êtes triste ». Ce n'est pas « vous êtes triste ? » Mais « vous êtes triste ». Ce n'est pas ce que je veux qu'il dise, mais je voulais qu'il aille chercher un sentiment personnel, qui reflète ses sentiments à lui, et pas juste l'attitude qu'il a eue. Triste, il l'a accepté partiellement, il l'a reformulé un peu. Mais en tout cas ça a eu un écho quelque part, et il y a eu un malaise, ça c'est sûr... Donc ça c'est un reflet de sentiment. »*

En bref, l'enjeu de l'interaction n'est pas le même dans ces deux extraits : dans l'entretien n° 2, il s'agit d'une co-construction des moyens pour contrôler/ encadrer la consommation ; dans l'entretien n° 1, il est le déroulement d'une parole, le thérapeute venant accompagner la verbalisation du consultant qui, en définitive, paraît se parler à lui-même. Là où on pourrait qualifier la relation mise en place dans l'entretien n° 2 d'interaction/co-construction, on est davantage face à une interaction à distance dans l'entretien n° 1.

### **Des objectifs thérapeutiques spécifiques**

Dans l'entretien n°1, le but recherché est une compréhension du sens du symptôme (l'addiction). Le présumé de ce type d'entretien est que la compréhension de la psychogénèse du symptôme et la répétition des scènes, souvenirs et ressentis associés auquel il vient répondre permet à un processus de changement de se mettre en place. Dans l'entretien d'orientation TCC, l'objectif est de modifier le comportement de consommation en développant ses compétences. Ce type d'accompagnant ne considère pas que le mieux-être passe par l'analyse du sens de la consommation, mais par le renforcement des ressources et de la motivation permettant d'y faire face. L'idée de travailler sur les consommations de Charli, via le carnet de consommation, pour mettre en place des moyens pour limiter certaines cigarettes en témoigne.

Ces deux objectifs engagent une attention très différente portée au produit. Alors que la consommation est toujours abordée dans l'entretien n° 2 et ceux du même type, les praticiens revendiquant l'orientation analytique expliquent qu'ils peuvent ne pas évoquer cette question durant plusieurs séances. Il en va de même concernant le traitement réservé aux émotions. Dans l'entretien inspiré de la technique motivationnelle, le thérapeute ne s'attarde pas sur l'émotion, sa verbalisation n'étant qu'une étape avant le développement des compétences. Au contraire, dans l'entretien d'orientation analytique la verbalisation de l'émotion présente et passée est centrale : le thérapeute propose au patient de la développer et de l'« associer » à d'autres événements et sentiments. De fait, si l'entretien motivationnel considère qu'il faut rester « juste sur du positif et de la projection » (dans l'avenir) ; le praticien d'orientation psychodynamique considère à l'inverse que la mise en sens et en lien du vécu douloureux peut avoir une vertu thérapeutique.

### **Des outils distincts**

Là où la verbalisation et la capacité d'association sont donc les outils de base du thérapeute d'orientation psychodynamique, l'accompagnant motivationnel et TCC mobilisera d'abord le carnet de consommation. Dans l'entretien n°2, la séance commence par un examen des usages. La finalité est d'abord d'objectiver la dose précise absorbée au-delà des représentations déformantes du consultant, pour qu'il se fixe de nouveaux objectifs de consommation. Ce détour permet également de mettre en évidence les différents contextes d'usage, pour évaluer ceux qui pourraient être modifiés. La balance décisionnelle permet de son côté de renforcer une motivation dans l'examen des points positifs et négatifs d'une situation. De même, l'échelle motivationnelle permet au professionnel de renforcer les aptitudes de la personne au changement :

*« Votre capacité personnelle à arrêter de fumer elle est à combien ? Elle est à 3, elle est très mauvaise. Ok et qu'est-ce qui fait qu'elle n'est pas à 0 ? Alors que si vous demandez pourquoi elle n'est pas à 8, là le patient va vous trouver toutes les bonnes raisons : parce que je suis nul, parce que ça va pas. Parce que ça fait 25 ans que je fume. Et pourquoi elle n'est pas à 0 ? Bah parce que j'ai arrêté y'a trois jours la semaine dernière, parce que j'ai arrêté l'année dernière aux Seychelles. Et votre motivation d'arrêter de fumer ? Ah je suis hyper motivé ! Et du coup qu'est-ce qu'il faut faire pour que votre capacité soit à 8 ? Et on est parti ».*

## **DES POINTS DE CONVERGENCE CLINIQUE PROPRES À UNE CLINIQUE DE L'ADOLESCENCE**

Toutefois, si les divergences apparaissent de manière frappante dans ces deux extraits d'entretien, elles n'empêchent pas un certain nombre de convergences. Il faut par ailleurs rappeler que les patients qui s'engagent dans un quasi travail de psychothérapie comme Julien ne constituent pas le lot quotidien des praticiens en CJC. D'une manière générale, les praticiens se retrouvent tous autour de certaines pratiques destinées à répondre à la fragilité de la demande et à optimiser l'alliance avec le jeune. Ce faisant ils cherchent à construire un équilibre entre l'« aller vers » et la construction (voire reconstruction) de l'autonomie du patient.

## Aller au-devant de la demande

Les différentes enquêtes menées par l'OFDT (Obradovic, 2015 ; Protais *et al.*, 2016) ont montré que le public des CJC venait majoritairement sous l'impulsion d'un tiers : en 2015, plus de 50 % des consultants étaient orientés par la sphère judiciaire ou par leur famille et seuls 18 % recouraient spontanément au dispositif. Les intervenants en CJC travaillent donc avec l'idée, généralisée chez les professionnels en contact avec un public « contraint » (Saetta, 2016), que ce n'est pas parce que la personne vient sous le coup d'un « consentement extorqué » (Mistretta, 2011) qu'elle s'avérera « résistante » à toute démarche de soins. Cet aiguillage pourrait même s'avérer positif pour certains qui s'en saisissent pour engager un travail sur leur consommation. Cette idée « d'opportunité positive » engage un décalage par rapport à une certaine version de la psychanalyse (Bergeron, 1999) plaçant le cadre contractuel et librement consenti à la base du travail analytique. Une professionnelle de cette obéissance témoigne de son repositionnement :

*« Au début cela me posait problème (de travailler avec une public contraint) et je me suis décalée par rapport à ça, et maintenant je me suis dit qu'il y a toujours une demande en instance. C'est ça mon hypothèse. Sinon la personne ne viendrait pas. Parce qu'il y a des gens qui ont des obligations qui ne viennent jamais. De toutes façons que ce soit par la demande de la justice, des parents, d'un tiers ou que le symptôme est trop fort, la demande elle passe toujours pas quelque chose qui contraint » (psychologue, CJC n° 5).*

Postuler « qu'il y a toujours une demande qui est prête à émerger », et que finalement « on est toujours contraint par quelque chose pour venir consulter » est ainsi ce qui permet de passer d'une posture attentiste à celle consistant à aller aux devants d'un certain type de public. Une psychologue interrogée explique qu'il s'agira alors de « créer du symptôme » pour faire émerger une demande authentique :

*« Là par exemple, il me dit qu'il veut pas trop y penser (à son histoire). Et je lui ai demandé si ça marchait. Et, ben non ça marche pas ! C'est ça mon idée de créer du symptôme » (psychologue, CJC n° 5).*

## Construire l'alliance

Ce travail d'« aller vers » se manifeste dans certaines techniques d'entretien. Au-delà des divergences théoriques, les professionnels en CJC s'engagent plus dans l'interaction avec le jeune. Ceci passe d'abord par une diminution des silences, susceptibles de « terroriser » (psychologue, CJC n° 4) les jeunes, y compris chez les professionnels d'obéissance psychanalytique : « Le silence avec des ados non demandeurs c'est impossible, nous explique une professionnelle revendiquant cette orientation théorique. Si t'es pas dans une pratique où tu t'engages, où tu ne t'impliques pas, tu es à côté, c'est impossible » (psychologue, CJC n° 3).

D'une manière générale, ce travail passe par un plus grand engagement relationnel du professionnel, certains n'hésitant pas à livrer quelques éléments disparates de leur vie pour favoriser l'alliance avec le jeune. Un praticien n'hésitera pas par exemple, à entrer dans une discussion à bâtons rompus sur le dernier jeu vidéo à la mode, ou le dernier salon en date, révélant ainsi ses goûts en la matière.

Dans ce contexte général, l'humour détient un statut bien particulier, y compris chez les praticiens d'orientation psychodynamique. Une professionnelle de cette obéissance en témoigne : « être du côté de l'humour, ça je sais que ça marche bien avec les ados » (psychologue, CJC n° 3). Un psychiatre en fournit un bel exemple, lorsqu'un patient lui dit qu'il apprécie particulièrement la bonne cuisine en déclarant un goût particulier pour... l'omelette. La question de l'omelette a vite pris le statut de comique de répétition tout au long de l'entretien.

*« Il faut qu'il retienne quelque chose. Là il va retenir l'omelette. On reprend l'omelette, on la magnifie et on en fait un bon moment. Et l'idée c'est qu'il retienne ça. Et d'ailleurs vous avez vu c'est par là qu'il revient sur le temps libre » (psychiatre, CJC n° 6).*

En bref, le travail avec les adolescents requiert une dextérité particulière dans laquelle l'implication, la spontanéité et l'adaptabilité semblent primordiales, au-delà des orientations théoriques de chacun. Une professionnelle affiliée à l'école lacanienne résume bien cette spécificité du travail avec les ados :

*« Ce n'est pas très orthodoxe tout ça. (...) Mais bon... disons, dans ces premiers entretiens, j'essaie d'être séduisante. C'est-à-dire, pas moi... mais de rendre cet espace séduisant pour qu'il ait envie de revenir, parce qu'on n'y a pas perdu son temps, parce qu'on y a appris des choses, et parce qu'on s'est senti*

*accueilli, considéré... (...) ça je fais juste avec les ados parce que les ados...Mais effectivement, je vais plus sur leur terrain » (psychologue, CJC n° 5).*

Cette notion de « séduction », au sens large du terme est la clé pour comprendre le travail d'« aller vers » effectué directement au sein de l'entretien.

### **Soutenir, ménager, valoriser**

Ces éléments s'accordent avec une attitude plus générale consistant à « positiver » l'entretien pour faire revenir le jeune. Ainsi, le professionnel « réserve » d'abord les points de fragilités, pour « qu'il reparte avec un truc en plus, par rapport au moment où il est arrivé. Un objectif, une sensation agréable, une idée en tête » (psychiatre, CJC n° 6). Si cette manière de faire est assez classique dans l'approche motivationnelle, les professionnels d'orientation psychodynamique sont également en accord car « pour des personnes d'emblée interdites, il faut repérer les points forts plutôt que des zones de souffrances ou des zones de fragilités » (psychiatre, CJC n°8). Cela n'empêche toutefois pas d'y revenir : « c'est ce qui fait que la prochaine fois je pourrai rebondir en disant, que c'est ces moments-là qui fragilisent » (psychiatre, CJC n° 6). Le vécu douloureux est donc globalement manié avec parcimonie, et il y a clairement des techniques jugées « trop violentes » à proscrire avec les ados :

*« J'y vais pas franco, quoi. Plus interpréter dans la coupure... Je vais pas couper, soulever du signifiant, ça je fais pas avec les ados ! » (psychologue, CJC n° 5).*

En bref, conformément à la fragilité psychique que les soignants décèlent chez les adolescents, l'idée est d'y aller « petit à petit », « en douceur », afin de ne pas « brusquer » l'adolescent.

Ce travail s'articule également à une reformulation plus importante des sentiments d'un jeune qui aurait davantage « besoin d'être égayé » qu'un adulte. Si cette méthode s'inscrit d'abord dans les canons de l'approche motivationnelle, comme on l'a vu, elle est également largement utilisée en thérapie systémique : « en systémie tu travailles beaucoup comme ça : tu donnes des éléments sur les interactions, et une interaction va favoriser un comportement et comment tu participes à ça » (psychologue, CJC n°3). Toutefois, loin de se présenter uniquement comme un outil propre à une certaine orthodoxie théorique, un certain nombre de professionnels interrogés et observés reconnaissent s'engager plus loin dans la reformulation que dans le suivi d'adultes : « Ah bah oui, moi je parle beaucoup avec les ados. Je nomme les choses, je reformule. Je leur dis : ça c'est une angoisse », déclare une psychologue d'obédience psychanalytique. Ces derniers viennent alors désenclaver la pratique de reformulation de son socle théorique de base pour en faire le fondement d'une pratique clinique adaptée à l'adolescence. Voici d'ailleurs ce qu'explique la professionnelle citée précédemment :

*« Ca c'est des concepts qui ont été inventés par des médecins qui ont découvert que la toute-puissance médicale ça marche pas. Donc les médecins se sont questionnés là-dessus et ont mis en place notamment la dimension motivationnelle, ce qui finalement était le quotidien des psychologues depuis des années. » (psychologue, CJC n°4).*

### **La négociation d'un espace d'autonomie**

La technique d'« aller vers » est contrebalancée par le rétablissement d'un espace d'autonomie du patient. La CJC n°8, qui propose un processus d'évaluation sur plusieurs séances par deux professionnels de formation différente, s'inscrit dans deux objectifs recherchés : donner le temps pour que la rencontre se fasse et que l'alliance se construise avec au moins un des deux professionnels. La sélection du praticien chargé par la suite du suivi ne relève pas, dans la plupart des cas, de son statut professionnel, mais du choix du consultant selon ses représentations et des affinités construites lors de l'entretien :

*« Le psychiatre peut parfois être plus menaçant, ou d'autres fois c'est l'éducatrice. L'infirmière est parfois plus rassurante car elle est associée à l'infirmière scolaire » (assistante sociale, CJC n° 8).*

L'objectif visé est clair : ce protocole permet au consultant de choisir son accompagnant et le suivi dont il fera l'objet. L'esprit du suivi en CJC pourrait être résumé de la sorte : « Vous passez la porte de manière contrainte ? Nous vous proposons, nous, un espace de liberté pour travailler sur vous, si vous en avez le désir » :

*« Finalement quand vous parliez de suivi bref ou long. L'ironie c'est que c'est les patients qui décident de ça. Nous on propose des choses, des espaces, qu'ils soient brefs, qu'ils soient longs, ou autres...mais c'est lui qui décide » (assistante sociale, CJC n° 8).*



Ce faisant, les professionnels de CJC signifient au patient qu'il est tout à fait libre de refuser l'intervention proposée. Trouver la juste posture entre aller chercher et savoir renoncer constitue donc une spécificité du travail des professionnels en CJC. Ce « lâcher prise » est d'ailleurs parfois vécu difficilement par les accompagnants :

*« Je l'ai senti tellement résistant. (...) Je me suis dit qu'il avait déjà eu un suivi psy. Donc il avait déjà localisé un autre psy. Apparemment il en avait eu une expérience positive. Tu sens des parents attentifs. Donc bon... s'il a besoin il ira tirer une autre ficelle. Peut-être pas forcément ici. (...) C'est pour ça que je lui ai dit aussi : vous savez que ce lieu existe... Si jamais... Peut être qu'il faut le laisser avec ça, et qu'il faut que ça fasse son chemin pour lui. (...) Mais en même temps je me dis, c'est peut-être parce qu'il est tard, que c'est le dernier rendez-vous de la journée. Si jamais, c'était le premier, j'aurais peut-être réussi à l'accrocher ! » (Soupirs) (psychologue, CJC n° 3).*

L'établissement de cet espace de liberté se construit également au cours du suivi, dans l'univers de représentations au sein duquel l'accompagnant permet au patient d'évoluer. Les praticiens en CJC expliquent que l'alliance passe par une opération de « déstigmatisation », engageant une mise à distance des propos moralisants sur les produits et l'ensemble des présupposés concernant l'identité du jeune et ce qui serait bon pour lui : en bref, l'ensemble des discours qui ont très probablement jalonné la route de l'usager vers la consultation en CJC.

*« Ils sentent que je m'intéresse vraiment à eux. Que je les prends pas comme des patients. Que je laisse la porte ouverte que peut-être ils n'ont rien à faire là. Que finalement on avance aux côtes à côtes » (psychologue, CJC, n° 5).*

Si les professionnels considèrent qu'il est important de laisser la porte ouverte à l'idée que peut-être la personne n'a pas besoin d'accompagnement particulier, certains considèrent par ailleurs, que la consommation n'a peut-être pas à être remise en question, ou en tout cas pas dans l'immédiat :

*« Moi mon hypothèse de travail, c'est que déjà elle (la consommation) fait pas nécessairement symptôme pour la personne... c'est quelque chose qui vient faire fonction de, qui vient apporter une solution à quelque chose... donc moi mon idée c'est de pas forcément y toucher. On va d'abord voir, à quoi ça fait fonction, à quoi ça renvoie derrière, etc... Si on trouve pas autre chose pour solutionner le problème, on n'y touche pas » (psychologue, CJC n° 5).*

Les professionnels opèrent alors un décalage par rapport aux discours normatifs, recherchant un même objectif : le rétablissement de l'autonomie du jeune par rapport au produit et la poursuite de « son processus adolescent » de manière plus apaisée. Si ce détournement vis-à-vis du produit reste plus important chez les professionnels d'orientation analytique, l'ensemble des professionnels rencontrés s'accordent sur l'idée que le rétablissement de cette autonomie peut passer par la mise en place « d'autre chose pour solutionner le problème ». Ainsi, quelle que soit l'obédience revendiquée, pour les acteurs interrogés, l'accompagnement addictologique du jeune engage un travail sur les ressorts de la consommation et la mise en place d'outils pour les contrer : verbaliser, analyser la souffrance, ou développer certaines compétences permettant de faire contrepoids à la pratique mise en place.

*« OK travaillons sur le brevet, c'est un super travail ! On travaille pas sur le cannabis, mais en même temps il disparaîtra tout seul, si on travaille sur le brevet. Donc on n'a pas besoin de travailler sur le cannabis. Pierre a pris une grande décision aujourd'hui, il veut avoir son brevet. Ok mais le cannabis ? Non mais c'est pas le cannabis, on va travailler sur le brevet ! Ou je pense à un patient qui disait : sortir avec Marie. Bien ! Eh ben parlons un peu de Marie. Bah j'ai envie de sortir avec elle, sauf qu'elle sort pas avec des fumeurs de cannabis ! » (pharmacien, CJC n° 9).*



## CONCLUSION

La manière dont les professionnels ont investi le dispositif des consultations jeunes consommateurs depuis leur création en 2004 fait apparaître un éventail d'activités allant de la prévention à la prise en charge de plus long court. Cette polyvalence s'accompagne d'une spécialisation des lieux et des professionnels autour d'une clinique de l'adolescence, qui ne prend vie que dans un appui nécessaire et indispensable sur le CSAPA.

L'observation des pratiques en CJC permet également de mettre en évidence l'émergence de certaines manières de faire communes construites autour d'une philosophie de l'« aller vers » (se tenir à proximité du jeune dans les espaces où il vit pour se faire connaître et créer du lien ; venir chercher sa demande au cours de l'entretien) et d'une approche au sein de l'entretien destinée à proposer davantage d'appui et de soutien au jeune, assez proche de l'esprit de l'approche motivationnelle. Celles-ci se construisent au croisement entre différentes approches, qui, s'adaptent et se réinventent au contact de l'adolescent. Ainsi, les praticiens d'orientation analytique révisent leur rapport à la demande du patient et certains « canons » de l'approche analytique dans le cadre de la CJC. Les approches dites « brèves » viennent également revoir leurs objectifs de suivi face à certains jeunes, qui souhaitent conserver un lien le long d'un parcours adolescent jalonné de transformations multiples.

### Repères méthodologiques

L'approche qualitative proposée ici se base sur la visite de 12 CJC (11 en région parisienne, 1 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur) recrutées sur la base du volontariat et selon la technique de « proches en proches »\*. Elles ont été rencontrées entre septembre et novembre 2016, sur un temps moyen d'une journée : une demi-journée a été consacrée à une rencontre avec l'équipe (focus group comprenant de 1 à 10 personnes), l'autre, à des observations de consultations avec un jeune et/ou ses parents. Les professionnels ont été interrogés en groupe sur le fonctionnement institutionnel de la CJC, son histoire, ses liens avec le CSAPA, les partenariats noués avec l'extérieur... Chaque observation d'entretien a été accompagnée d'un temps de discussion (debrief), en général entre deux consultations et/ou en fin de journée, portant sur l'approche clinique du professionnel. Au total, 34 praticiens ont été interrogés et 16 d'entre eux ont donné accès à leur pratique, ce qui a permis 18 observations de consultations, dont 4 où les parents étaient présents tout au long de l'entretien (au cours des autres séances, ils ont parfois été impliqués au début et/ou en fin). En outre, un « groupe parents » ainsi qu'une activité de prévention dans un collège ont pu être suivis. Ces résultats ont par ailleurs été mis en perspective avec ceux de la note OFDT 2011-12 dans laquelle les professionnels témoignaient de certaines de leurs pratiques. Ils ont également été mis en regard du travail d'Amandine Albisson et Guillaume Sudérie qui font un état des lieux récents des CJC en région Midi-Pyrénées (Albisson et Sudérie, 2016).

Ces résultats mériteraient cependant d'être approfondis dans trois directions : ils gagneraient d'abord à être confrontés à ceux obtenus dans une région à dominante rurale plus marquée. De plus, face à la grande diversité des pratiques existantes, l'analyse s'est centrée sur le « noyau dur » de l'activité, i.e. la consultation avec le jeune. Ce cadrage ainsi que le matériau recueilli, qui éclairent davantage les consultations impliquant uniquement (ou en grande majorité) le jeune au détriment des familles, rendent marginale l'observation de pratiques davantage imprégnées de l'approche systémique. Une manière de compléter cette première approche serait une observation systématisée des consultations où la famille est présente durant tout l'entretien, ainsi que des entretiens uniquement avec l'entourage, pour rendre compte de manières de faire liées à cette approche souvent revendiquée par les professionnels. Une observation des activités de prévention et de l'activité dans des points de consultation avancée est une troisième voie d'approfondissement de ces premiers résultats.

\* Un mail à l'ensemble des CJC de Paris a été envoyé. Celles qui ont répondu favorablement à la demande ont été rencontrées. Quatre autres ont été visitées sur la base de recommandations ou de rencontres annexes (à l'occasion de colloques, notamment).

Si ces différents constats ne doivent pas masquer la diversité des pratiques professionnelles, le mouvement CJC a d'ores et déjà permis une réflexion sur le positionnement du dispositif addictologie à l'égard de l'adolescence et a insufflé une expérimentation de pratiques innovantes venant ré-interroger, à la suite du mouvement de réduction des risques et des dommages, le statut de la demande dans le soin en addictologie, et réviser la logique de l'alliance thérapeutique. Cette tendance générale ne doit pas masquer certains points de dissensions entre les professionnels. La manière de mener les actions à l'extérieur du point de consultation principal (mise en place de consultations de proximité ou sessions de formation, investissement très variable en fonction des activités de prévention) mériteraient probablement une mise en commun intensifiée.

## BIBLIOGRAPHIE

Bergeron H. (1999) L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française. Paris, PUF, coll. Sociologies, 370 p.

Bergeron H. (2001) Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions. Paris, OFDT ; CAFI, 127 p.

Bonnaire C., Bastard N., Couteron J.-P., Har A., Phan O. (2014) La thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) : quelles influences, quelles spécificités ? L'Encéphale, Vol. 40, n° 5, pp. 408-415.

DGS (Direction générale de la santé), DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), DGAS (Direction générale de l'action sociale) (2004) 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 leur famille. [http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=1207](http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=1207) [accédé le 13/07/2017].

DGS (Direction générale de la santé) (2008) Circulaire DGS/MC2 n° 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. [http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=1400](http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=1400) [accédé le 13/07/2017].

Díaz Gómez C., Ngantcha M. (2016) Efficacité des interventions brèves. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, pp. 144-145.

Ehrenberg A., Lovell A.M. (2001) La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société. Paris, Odile Jacob, 311 p.

Fédération Addiction (2012) Les pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées. Paris, Fédération Addiction, 75 p.

Gusfield J.R. (1963) Symbolic Crusade. Status Politics and the American Temperance Movement. Urbana-Champaign, University of Illinois Press.

Gusfield J.R. (1981) The culture of public problems: Drinking-driving and the symbolic order. Chicago, University of Chicago Press, 263 p.

Lascaux M., Couteron J.-P., Phan O. (2014) Manuel PAACT. Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique. Paris, Fédération Addiction, 102 p.

Lézé S. (2010) L'autorité des psychanalystes. Paris, PUF, 216 p.

Lundahl B., Moleni T., Burke B.L., Butters R., Tollefson D., Butler C., Rollnick S. (2013) Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Education and Counseling, Vol. 93, n° 2, pp. 157-168.

Miller W.R., Rollnick S. (2013) L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2e édition. Paris, InterEditions, 434 p.

Mistretta M.P. (2011) L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal. Revue internationale de droit pénal, Vol. 82, n° 1-2, pp. 19-39.

- Mutatayi C. (2016a) Les approches psychosociales, mode efficace de prévention. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, pp. 140-143.
- Mutatayi C. (2016b) Prévenir les conduites addictives chez les jeunes. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, pp. 129-134.
- Obradovic I. (2006) Premier bilan des « consultations cannabis ». Tendances, OFDT, n° 50, 6 p.
- Obradovic I. (2008) Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005-2007). Tendances, OFDT, n° 63, 4 p.
- Obradovic I., Palle C. (2012) Comment améliorer l'attractivité d'un dispositif ciblant de jeunes consommateurs de drogues ? L'apport d'une démarche par focus groups. Psychotropes, Vol. 18, n° 2, pp. 77-100.
- Obradovic I. (2015) Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». Tendances, OFDT, n° 101, 8 p.
- Pélisse J., Protais C., Larchet K., Charrier E. (2012) Des chiffres des maux et des lettres. Une sociologie de l'expertise judiciaire en économie, psychiatrie et traduction. Paris, Armand Colin, coll. Recherches, 285 p.
- Protais C., Díaz Gómez C., Spilka S., Obradovic I. (2016) Évolution du public des CJC (2014-2015). Tendances, OFDT, n° 107, 4 p.
- Rigter H., Pelc I., Tossman P., Phan O., Grichting E., Hendriks V., Rowe C. (2011) INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. BMC Psychiatry, Vol. 10, n° 28.
- Rubak S., Sandbæk A., Lauritzen T., Christensen B. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice, Vol. 55, n° 513, pp. 305-312.
- Saetta S. (2016) Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner. Champ pénal, Vol. 13, doi : 10.4000/champpenal.9401.

## REMERCIEMENTS

---

À Cristina Díaz Gómez, Julie-Emilie Adès, Ivana Obradovic ainsi qu'au docteur Raphaël Jeannin pour leurs relectures pertinentes et attentives. À Isabelle Michot, pour ses reprises successives de la bibliographie.

À Frédérique Million pour la maquette

---