

Évaluation de l'expérimentation « Modélisation et déploiement des CJC Avancées 2.0 »

3^{ème} phase du projet

— Rapport final d'évaluation

Décembre 2023

agencephare

RAPPORT RÉALISÉ PAR L'AGENCE PHARE

AUTEURS :

PAULIN BARCAT
FRANÇOIS CATHELINÉAU
LUCIE ETIENNE
CLAIRE VERDIER



Addictions France

— agencephare.com

Avant-propos

Statut

Commandité par l'Association Addictions France, le présent rapport d'évaluation a été entièrement conçu et rédigé par les équipes de l'Agence Phare, et n'engage donc que ses auteurs et autrices.

[Pour citer ce rapport : Paulin Barcat, François Cathelineau, Lucie Etienne et Claire Verdier, *Évaluation de l'expérimentation « Modélisation et déploiement des CJC Avancées 2.0 »*, Agence Phare -Addictions France, 2023]

Remerciements

Nous tenons d'abord à remercier l'**équipe d'Addictions France**, pour la qualité et la richesse des échanges entretenus tout au long de l'évaluation. Nous souhaitons également remercier chaleureusement les membres du comité scientifique, qui ont joué un rôle important dans la mise débat de la méthode et des principaux enseignements présentés dans ce rapport :

- **Caroline Protais.** Docteure en sociologie. Chargée d'études à l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT).
- **Julie Haesebaert.** Docteure en santé publique. Médecin en santé publique et enseignante-chercheuse à l'université Claude Bernard de Lyon.
- **Julia de Ternay.** Cheffe de clinique en psychiatrie-addictologie au CHU de Lyon.
- **Clotilde Couderc.** Docteure en épidémiologie. Chargée de mission recherche pour Addictions France.

Nous tenons également à remercier l'**ensemble des porteur-ses de projet** de CJCA de l'expérimentation, pour leur aide dans l'organisation de l'enquête qualitative ainsi que leur participation à la collecte des données quantitatives.

A propos de l'Agence Phare

Agence Phare

L'Agence Phare est une agence d'étude, d'évaluation, de recherche et de conseil fondée en 2014. Depuis sa création, elle réalise une grande diversité de travaux pour des Ministères, des agences nationales, des fondations et des associations. Plus d'informations sur <https://agencephare.com/>



A black and white photograph of a man in a suit jacket in the foreground, looking towards a blurred group of people in the background. The man's profile is visible on the right side of the frame, and his jacket is the primary focus. The background shows several other people, including a woman in a striped shirt, all of whom are out of focus, creating a sense of a busy, public environment.

SOMMAIRE

PARTIE 1. SYNTHÈSE DU RAPPORT	10
PARTIE 2. INTRODUCTION	15
1. CONTEXTE DE L'EXPERIMENTATION	17
1.1. Les CJCA : un dispositif pertinent mais souffrant de limites	18
1.1.1. Les CJCA : « l'aller vers » au service de la prévention et du soin	18
1.1.2. Un dispositif pertinent, souffrant parfois d'un manque de formalisation	22
1.2. Un projet pour expérimenter de nouvelles formes de CJCA et soutenir le déploiement du dispositif	24
1.2.1. Une première phase de diagnostic	25
1.2.2. Une deuxième phase d'expérimentation	26
1.2.3. Une troisième phase de déploiement	27
1.2.4. Les instances de suivi du projet	28
2. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'EVALUATION	29
2.1. Principaux enseignements des phases 1 et 2	30
2.1.1. Etude diagnostic de phase 1 : au-delà de caractéristiques et de partenariats variés, des principes d'intervention et des effets communs	30
2.1.2. Evaluation de phase 2 : expérimenter de nouvelles formes de CJCA, une mise en œuvre complexe mais des effets prometteurs	34
2.2. Objectifs et questions évaluatives de la phase 3	36
2.2.1. Des objectifs en complémentarité avec les phases 1 et 2	36
2.2.2. Des questions évaluatives centrées sur les effets des CJCA, dans un contexte de déploiement	38
2.3. Méthodologie de l'évaluation en phase 3	40
2.3.1. Méthodologie qualitative : une enquête par entretiens et observations auprès d'un échantillon de projets	40
2.3.2. Méthodologie de l'enquête quantitative	42
PARTIE 3. RESULTATS	45
3. UN PUBLIC « CIBLE » DES PROJETS DIFFICILE A TOUCHER	46
3.1. Une grande hétérogénéité des publics visés, en lien avec la variété des contextes d'implantation	47
3.1.1. Un appui sur une diversité de structures partenaires pour toucher les jeunes	47
3.1.2. Des jeunes ciblé-es aux profils très diversifiés	48
3.2. Des publics difficiles à rencontrer : des freins persistants dans la mise en œuvre des projets	51
3.2.1. Des moyens financiers et humains limités qui contraignent la mise en œuvre des projets	51
3.2.2. Des freins méthodologiques et une temporalité restreinte des projets qui peuvent entraver la mise en œuvre des CJCA	52
3.2.3. Un effet levier de l'accompagnement par Addictions France pour générer des marges d'action	55
3.3. Le public majoritaire touché par les projets : des garçons scolarisé-es issus de milieu défavorisé	57

3.4. Conclusion : des projets de CJCA qui parviennent à toucher une part restreinte de leur public cible 66

4. FAIRE PREVALOIR LE LIEN SUR LE LIEU : TROIS MODELES D'INTERVENTION POUR EMPORTER L'ADHESION DES JEUNES 67

- 4.1. La proximité relationnelle comme approche privilégiée pour susciter l'adhésion des jeunes 68
- 4.2. Les projets auprès de publics vulnérables : la pertinence d'un modèle articulant aller-vers et faire-avec 71
 - 4.2.1. Les spécificités du contexte d'intervention : des publics souvent réfractaires au cadre formel du soin 71
 - 4.2.2. « Faire avec » les jeunes pour créer les conditions d'adhésion au soin 72
 - 4.2.3. Des publics vulnérables « captifs » forcés à s'inscrire dans un cadre de soin formel : une adhésion plus complexe au soin 76
 - 4.2.4. Conclusion : un modèle pour laisser aux jeunes le choix de la forme et du moment du soin 77
- 4.3. Les projets en établissement scolaire, de formation ou d'insertion : le rôle crucial de l'extension du lien de confiance 77
 - 4.3.1. Les spécificités du contexte d'intervention : un contact avec les publics largement dépendant de l'institution partenaire 77
 - 4.3.2. Une adhésion facilitée par le lien qu'entretiennent les jeunes avec les professionnels de la structure partenaire 79
 - 4.3.3. Plus occasionnellement, des interstices pour pratiquer « l'aller vers » dans l'institution partenaire 82
 - 4.3.4. Conclusion : la nécessité d'investir le « vivre avec » le partenaire 83
- 4.4. Les projets multisites en milieu rural : entre maillage du territoire et éparpillement des ressources 83
 - 4.4.1. Les spécificités du contexte d'intervention : un éloignement géographique du soin 84
 - 4.4.2. Une volonté de maillage territorial, parfois au détriment de la proximité relationnelle avec les jeunes 84
- 4.5. Conclusion : trois modèles, un même rôle prépondérant du lien de proximité relationnelle 86

5. UN SPECTRE LARGE D'EFFETS, INTERVENANT A PLUSIEURS ECHELLES 88

- 5.1. Chez les jeunes suivi-es : de l'évolution des représentations et des pratiques addictives à l'accès aux soins en santé mentale 89
 - 5.1.1. Des apports informatifs et préventifs, pour tous les profils de jeunes 89
 - 5.1.2. Une aide dans la gestion d'addictions avérées, plus courante chez les plus âgé-es 94
 - 5.1.3. L'accès aux soins en addictologie, une passerelle vers un accès aux soins en santé mentale pour les plus vulnérables 99
- 5.2. La relation partenariale : vers l'instauration d'une culture favorable au soin dans les structures recevant des jeunes 104
 - 5.2.1. A l'échelle des structures : sortir d'une approche uniquement répressive des addictions au profit du soin 105
 - 5.2.2. A l'échelle des professionnels : mieux repérer les problématiques et outiller l'accompagnement 108
 - 5.2.3. A l'échelle des collectifs de jeunes : une potentielle dynamique d'accompagnement par les pairs 110
- 5.3. Conclusion : des effets pluriels, intervenant à l'échelle individuelle et à l'échelle des structures partenaires 112

PARTIE 4. ENSEIGNEMENTS GENERAUX DE L'EVALUATION 114

6. CONCLUSION GENERALE 115

7. PRECONISATIONS	118
7.1. Vers des principes d'intervention généraux	119
7.1.1. Constats	119
7.1.2. Préconisations	119
7.2. Des principes à décliner en fonction des contextes d'intervention	120
7.2.1. Le travail auprès de publics vulnérables éloignés des institutions	120
7.2.2. Le déploiement en établissement scolaire, de formation ou d'insertion	122
7.2.3. Les CJCA multisites en milieu rural	123
PARTIE 5. ANNEXES	125
8. BIBLIOGRAPHIE	126
9. GUIDES D'ENTRETIEN MOBILISES	129
9.1. Guide d'entretien – Jeunes suivi-es en CJCA	130
9.2. Guide d'entretien – Intervenant-es en CJCA	134
9.3. Guide d'entretien – Professionnel·les de structures partenaires	138
10. RESULTATS QUANTITATIFS DETAILLES	141
10.1. Questionnaire à destination des jeunes reçu-es en CJCA	142
10.2. Résultats statistiques de l'analyse univariée	145
10.2.1. Résultats du questionnaire	145
10.2.2. Résultats des tableaux de bord	151

PARTIE 1.

Synthèse du

rapport

Évaluation de l'expérimentation « Modélisation et déploiement des CJC Avancées 2.0 »

Introduites dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies lancé entre 2008 et 2011, **les Consultations Jeunes Consommateurs Avancées** (CJCA) ont pour but d'améliorer l'accessibilité des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), jugées méconnues des publics jeunes et de leur entourage, en développant une logique « d'aller-vers ». Le dispositif repose sur le développement de partenariats et sur l'implantation de consultations au sein de divers types de structures fréquentées par des jeunes.

L'Agence Phare a été missionnée par Addictions France pour dresser un bilan des caractéristiques ainsi que des pratiques professionnelles et partenariales de ces consultations avancées, puis pour évaluer la mise en œuvre et les effets d'un ensemble de projets de CJCA expérimentaux soutenus par l'association. Pour la dernière phase de l'évaluation (2022-2023), une enquête qualitative et quantitative a été menée auprès des projets soutenus.

ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Les résultats de cette étude reposent sur :

- **Une enquête qualitative** auprès de 14 CJC expérimentatrices, avec la réalisation de 43 entretiens semi-directifs auprès de professionnel·les de CJC (n=14), de professionnel·les des structures partenaires (n=11) et de jeunes suivi·es (n=18), ainsi que quatre temps d'observation non-participante auprès de trois projets.
- **Une enquête quantitative** menée *via* deux outils : un **questionnaire** à destination des jeunes reçu·es au moins une fois en CJCA ainsi qu'un **tableau de bord** relatif au profil des jeunes fréquentant les CJCA et renseigné par les professionnel·les. Un total de **117 questionnaires** et 15 tableaux de bord (recensant **393 jeunes**) ont été récoltés.

Un public « cible » des projets difficile à toucher

Un premier résultat de l'évaluation menée porte sur les logiques d'atteinte des publics jeunes par les CJCA.

L'enquête permet tout d'abord de caractériser la nature du public effectivement bénéficiaire des projets de CJCA (près de 400 jeunes recensé-es en phase 3 de l'évaluation). Les jeunes reçu-es en consultation sont en majorité des hommes (72%), la plupart étant mineur-es (77%), vivant au domicile familial (77%) et scolarisé-es (61%). Les trois quarts d'entre eux-elles sont issu-es de milieux défavorisés, et la plupart (86%) n'avaient jamais été suivi-es auparavant pour les mêmes problématiques. Les CJCA constituent dès lors **une porte d'entrée vers le soin pour des jeunes de classes populaires, souvent éloigné-es des structures de santé.**

L'évaluation apporte ensuite des précisions sur les modalités d'entrée en CJCA. Si le profil socio-démographique du public jeune touché apparaît relativement homogène, les modes de connaissance de la CJCA, les modalités d'entrée dans la consultation, la prévalence des consommations ainsi que les attentes antérieures au suivi sont quant à elles largement diversifiés. Ainsi, si plus de la moitié des jeunes ont été orienté-es en CJCA par un-e professionnel-le d'une structure partenaire, d'autres sont venu-es spontanément, sur conseil de leur entourage ou par obligation de soin. **Leurs besoins et attentes vis-à-vis de la consultation sont également hétérogènes,** allant de la volonté de diminuer leurs consommations à celle de pouvoir parler librement d'autres problématiques.

Cependant, l'évaluation montre également que les projets de CJCA étudiés ne parviennent à toucher qu'une part restreinte de leur public-cible.

Il existe en effet un décalage entre les publics ciblés par les projets de CJCA

expérimentaux et les jeunes effectivement touché-es, c'est-à-dire ayant bénéficié d'au moins une consultation avec le-la professionnel-le intervenant-e. Le ciblage des publics jeunes s'avère complexe, en raison de la nature même des CJCA : en s'implantant dans une diversité de structures partenaires – établissements scolaires généralistes, structures d'insertion socio-professionnelle, établissements PJJ, structures de santé, etc. – **les projets étudiés s'adressent à un public jeune très hétérogène,** tant en termes de profils socio-démographiques que de problématiques addictives et de rapport au soin. Alors que ces jeunes – notamment lorsqu'ils sont scolarisés – présentent des niveaux de consommation disparates, il est à noter que la frange la plus vulnérable, fréquentant des dispositifs et structures de réinsertion, cumule les fragilités économiques, sociales, psychologiques et sanitaires, et est confrontée à des problématiques addictives souvent largement ancrées.

Or, les professionnel-les rencontrent des difficultés dans l'implantation de leur consultation avancée. Les équipes de CJC(A) se retrouvent ainsi souvent confrontées à **des moyens humains et financiers insuffisants pour déployer leur projet,** ce qui peut venir freiner leur déploiement (temps de présence insuffisant des professionnel-les dans la structure, manque de communication autour de la consultation auprès des jeunes, absence de sensibilisation des équipes internes, etc.). Les intervenant-es en CJCA peuvent également se heurter à **des freins d'ordre méthodologique,** ne disposant pas tou-tes, en fonction de leurs professions et expériences propres, des méthodes adéquates pour construire, formaliser et gérer leurs partenariats. A ce niveau, **l'accompagnement proposé par Addictions France dans le cadre de l'appel à projets est utile pour dépasser certaines de ces difficultés,** générer des marges d'action supplémentaires et créer des espaces d'échange et d'entraide entre professionnel-les.

Faire prévaloir le lien sur le lieu : trois modèles d'intervention pour emporter l'adhésion des jeunes

Face aux difficultés des CJCA à atteindre leur public-cible, l'évaluation a mis en avant les limites d'une approche surtout centrée sur l'établissement d'une proximité physique avec les jeunes. En effet, les projets emportant l'adhésion la plus large, tant en termes de nombre de jeunes reçus que de perception du suivi par les publics enquêtés, sont ceux **dépassant l'objectif de rapprochement géographique (approche par le lieu) pour fonder leur approche sur la proximité relationnelle avec les jeunes (approche par le lien)**. En fonction de leur contexte d'implantation, ces projets adoptent plusieurs modèles d'intervention pour placer le lien au centre des pratiques professionnelles, *via* trois principes : **la forte personnalisation de la consultation** à travers la figure de l'intervenant·e, **le prolongement du lien** en dehors du temps de la consultation et **la « déformalisation » du rapport entre jeunes et professionnel·les**. Pour autant, les méthodes et outils déployés pour mettre en œuvre cette proximité relationnelle varient fortement en fonction des caractéristiques des structures et publics ciblés.

Dans un contexte d'implantation d'une consultation avancée auprès de publics vulnérables éloignés du soin, c'est **l'hybridation de méthodes d'« aller vers » et de « faire avec » les jeunes** qui favorise la création d'un lien de proximité avec les professionnel·les de CJCA. Il s'agit pour ces dernier·ères de sortir du cadre formel de la consultation, de manière à équilibrer le rapport soignant·e-soigné·e et gagner la confiance des jeunes qu'ils·elles accompagnent.

Dans un contexte de déploiement au sein d'établissements d'éducation, de formation et d'insertion, dans lequel les jeunes sont captif·ves et contraint·es par le fonctionnement interne de leur structure, **emporter l'adhésion des jeunes revient souvent à bénéficier des liens de confiance que ces dernier·ères**

entretiennent avec les professionnel·les de l'établissement. Ceci s'avère plus facile dans les établissements de petite taille, davantage favorables à l'interconnaissance entre les jeunes et les équipes internes.

Enfin, dans un contexte rural marqué par la rareté des institutions de soin, **la création d'un lien de proximité avec les jeunes apparaît limitée par la dispersion des moyens financiers et humains sur une multitude de sites**. En effet, les CJCA s'employant d'abord à rapprocher physiquement la consultation des jeunes, pour lever les freins liés à la mobilité et assurer un « maillage » du territoire, elles manquent souvent de temps pour travailler autour de l'adhésion de jeunes *a priori* peu enclin·es à se rendre en consultation.

Un spectre large d'effets, intervenants à plusieurs échelles

La mise en place de projets expérimentaux de CJCA, malgré les freins rencontrés dans l'atteinte de leur public-cible, a permis d'observer un large spectre d'effets, aussi bien sur les jeunes ayant été suivi·es que sur les structures au sein desquelles les consultations avancées ont été implantées.

A l'échelle des jeunes accompagné·es dans le cadre des CJCA, les effets sont multidimensionnels, allant de **l'évolution des représentations, des comportements et des pratiques à l'accès aux soins en addictologie et plus largement en santé mentale**. Ces effets varient en fonction du profil socio-démographique et des situations des jeunes suivi·es.

Ainsi, pour les plus jeunes, notamment les collégien·nes dont les pratiques addictives sont moins prégnantes, **la CJCA représente avant tout un espace d'information et de prévention**, permettant aux jeunes d'être sensibilisé·es aux risques associés aux consommations. Pour les jeunes déjà concerné·es par une ou plusieurs addictions, souvent plus âgé·es, les apports du suivi

individuel relèvent cette fois **d'une aide dans la gestion de leurs pratiques addictives et de leurs effets**. Dans les deux cas, la posture non-jugeante adoptée par les professionnel·les de CJCA, ainsi que les approches de réduction des risques déployées, façonnent la consultation en un espace rassurant et déstigmatisant, ce qui favorise l'adhésion des jeunes au suivi.

Les consultations avancées produisent également des effets dépassant le champ de l'addictologie. Dans certains cas, elles peuvent en effet **favoriser l'accès aux soins en santé mentale**, en particulier chez des jeunes vulnérables et éloigné·es des structures de soin et d'accompagnement. Ceci s'explique par le fait que l'addictologie supposant une appréhension globale de la situation des jeunes, les professionnel·les cherchent à explorer des thématiques plus larges, ouvrant ainsi aux jeunes un espace de parole pour aborder d'autres problématiques (familiales, scolaires, etc.). Ainsi, **75% des jeunes reçu·es en consultation dans le cadre de l'expérimentation considèrent avoir pu aborder d'autres sujets que leurs addictions**.

Les CJCA produisent également des effets plus indirects et collectifs, à l'échelle des structures partenaires dans lesquelles elles s'implantent. Dans la plupart des cas, elles permettent **l'instauration d'une culture favorable au soin au sein de la structure**, tant auprès des professionnel·les que des jeunes qui la fréquentent.

En premier lieu, à l'échelle des jeunes fréquentant les structures partenaires, qu'ils·elles soient suivi·es dans le cadre de la CJCA ou non, la mise en place des consultations avancées semble à même de **diffuser une culture favorable au soin**, notamment à travers le fait que certain·es jeunes puissent s'établir comme relais auprès de leurs pairs.

En outre, lorsque les professionnel·les des structures se montrent volontaires et sensibles à la démarche du projet, les partenariats constituent un vecteur de **montée en compétences des équipes autour du repérage des problématiques addictives, de l'orientation et de l'accompagnement des jeunes**. Que cette montée en compétences se fasse de manière formalisée, à travers des formations, ou simplement au gré d'échanges informels, elle permet aux professionnel·les de se sentir davantage outillé·es pour intervenir auprès des jeunes de leur établissement.

Enfin, les consultations avancées incarnent **une solution alternative à une prise en charge répressive des addictions repérées**, souvent prépondérante au sein des établissements. En proposant une approche professionnalisée dans le champ du soin, les CJCA, en plus de constituer un relai pour les équipes internes, participent à faire reconnaître les addictions en tant que problématique de santé à part entière, appelant un accompagnement des jeunes concerné·es.

PARTIE 2.

Introduction

1.

Contexte de l'expérimentation

Ayant fait l'objet d'un déploiement croissant au sein des politiques de lutte contre les addictions, **les CJCA (Consultations Jeune Consommateur Avancées) sont peu à peu apparues comme un recours pertinent pour « aller vers » les publics jeunes autrement éloignés du soin (1.1)**. Face à la fois à l'intérêt du dispositif et à son caractère encore méconnu et peu formalisé, **l'association Addictions France a souhaité mener un projet expérimental « Modélisation et déploiement de CJC-Avancées 2.0 »** qui s'est déroulé durant trois ans, et dont le présent rapport constitue l'évaluation de la dernière phase de mise en œuvre (1.2.)

1.1. Les CJCA : un dispositif pertinent mais souffrant de limites

Les CJCA s'inscrivent dans une longue généalogie de dispositifs de lutte contre les consommations précoces qui tendent à évoluer progressivement vers **des formes hybrides entre la prévention et le soin** (1.1.1). Si les CJC, qui témoignent de cette évolution, ont déjà fait l'objet d'enquêtes approfondies, **leur pendant « avancé » n'a jusqu'alors été que peu (ou pas) étudié**. La première phase de diagnostic menée par l'Agence Phare en lien étroit avec Addictions France a ainsi permis de caractériser ce dispositif qui, bien que pertinent à bien des égards, souffre parfois d'un **manque de formalisation et d'harmonisation des pratiques** (1.1.2).

1.1.1. Les CJCA : « l'aller vers » au service de la prévention et du soin

Afin de limiter les risques de dépendance des jeunes et de réduire les dommages liés aux consommations précoces, les **pouvoirs publics ont progressivement développé des dispositifs de prévention et/ou de soin à destination des jeunes**. Si les approches de prévention ont été historiquement privilégiées (1.1.1.1), des dispositifs hybrides entre soin et prévention ont vu le jour à partir des années 1990, à l'image des CJC (1.1.1.2), puis des CJCA qui en constituent un prolongement (1.1.1.3).

1.1.1.1. La prévention des addictions : une approche privilégiée pour toucher les publics jeunes

Face aux problématiques liées aux consommations précoces et dans le sillage de la publication de travaux scientifiques sur la vulnérabilité des jeunes aux conduites addictives¹, les **pouvoirs publics ont progressivement investi une approche de prévention ciblant les publics jeunes**².

Aujourd'hui, le **plan de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022 de la MILDECA** cherche ainsi à intensifier la politique de lutte contre les addictions en « protégeant [les individus] depuis le plus jeune âge », accordant de fait une place importante à la démarche d'intervention précoce. Dans le même temps, le **premier plan national français de prévention** intitulé « Priorité Prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie », adopté en mars 2018, vise à promouvoir les partenariats entre les établissements scolaires et les dispositifs de consultations jeunes consommateurs. Dans ce cadre, la **prévention universelle** est un outil privilégié de la lutte contre les addictions. Elle consiste à diffuser des informations généralistes sur les conduites addictives sans distinguer l'hétérogénéité des niveaux d'usages. Elle apparaît comme **l'approche dominante mobilisée par les pouvoirs publics auprès des jeunes** et est tout particulièrement mobilisée dans les lieux fréquentés par les jeunes, majoritairement les établissements scolaires³.

¹ Les travaux scientifiques évoquent à la fois une vulnérabilité sociale (risque des jeunes d'être influencé·es par leurs groupes de pairs dans leurs consommations) et une vulnérabilité physique (cerveau qui n'a pas encore atteint sa maturation). Voir Nicolas Prisse, *Jeunes, Addictions et Prévention*, s.l., Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2018.

² Carine Mutatayi, « Formes et organisation de la prévention des addictions en France », *OFDT*.

³ *Ibid.*

Ces actions de prévention ont pour **objectif de fournir aux jeunes des informations sur les produits qu'ils-elles consomment afin qu'ils-elles connaissent les effets de leurs consommations sur leur santé**. Elles visent à les faire réfléchir sur leurs pratiques de consommation et *in fine* à modifier leurs comportements, soit en arrêtant leur consommation soit en consommant de la manière la moins risquée possible. Ces actions de prévention permettent également d'**influer sur les représentations sociales des jeunes et déconstruire certaines idées reçues sur la thématique des addictions**⁴. L'un des objectifs de l'actuel plan de mobilisation des addictions de la MILDECA (2018-2022) consiste ainsi à « rendre les connaissances scientifiques sur les addictions accessibles aux jeunes ». Ce changement de regard sur les consommations vise à influencer et améliorer la perception des risques par les jeunes⁵.

Si la promotion d'une approche de prévention face aux consommations précoces se fait en parallèle du développement d'une offre de soin adéquate, il est intéressant de noter que des dispositifs hybrides ont été pensés dans ce contexte au croisement des approches de soin et de prévention, à l'image des CJC.

1.1.1.2. Les CJC : hybrider la prévention et le soin pour les jeunes consommateurs

Dans la mesure où les services de soins résidentiels proposés en CSAPA (centres thérapeutiques résidentiels (CTR), communautés thérapeutiques (CT)) sont majoritairement réservés à des usager·ères majeur·es plus avancé·es dans leurs consommations⁶, **les jeunes consommateur·rices bénéficient essentiellement dans ces structures d'une prise en charge ambulatoire** avec le dispositif des consultations jeunes consommateurs (CJC).

Instituées en 2004, les CJC offrent un **accompagnement aux jeunes usager·ères de substances psychoactives et à leurs familles**. Initiées pour répondre à la hausse de consommation de cannabis chez les jeunes dans les années 1990, ce sont des **dispositifs d'information et d'évaluation qui accueillent de jeunes consommateur·rices afin de modifier leurs comportements par une prise en charge brève ou de les orienter vers une structure plus adaptée** en cas de besoin. Les CJC prennent en compte tous les comportements relevant de l'addictologie : consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne ou de psychostimulants, mais aussi de jeux vidéo, d'Internet, etc.⁷. Depuis la circulaire de 2008, les CJC constituent une mission facultative des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). En 2015, une étude dénombreait 540 points CJC assurant un continuum entre soins et prévention répartis dans 420 communes⁸.

Les CJC ont pour particularité de **s'adresser en priorité aux jeunes, même si elles peuvent également accueillir leur entourage et parfois des patient·es plus âgé·es**⁹. L'analyse des données disponibles sur la fréquentation des CJC met en lumière **deux caractéristiques** concernant les publics

⁴ *Ibid.*

⁵ MILDECA, « Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 - 2022 ».

⁶ MILDECA, « Le dispositif de soins en addictologie "repérer, prendre en charge, orienter : des ressources pour les professionnels de premier recours" ». A ce sujet, le rapport d'expertise collective de l'INSERM sur les conduites addictives chez les jeunes fait état d'une faible propension de dispositifs de soins résidentiels réservés exclusivement aux jeunes et spécialisés dans la réinsertion sociale. Voir INSERM, Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement, op. cit. Pour un état des lieux des pratiques professionnelles déployées en CSAPA, voir également : Maitena Milhet et al., « Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie », *Tendances*, juin 2022, n° 150, p. 8.

⁷ Caroline Protais et al., « Evolution du public des CJC (2014-2015) », *Tendances*, 2016, n° 107, p. 4.

⁸ MILDECA, *Prévenir et accompagner : les Consultations Jeunes Consommateurs*, <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/dossiers/prevenir-accompagner-consultations-jeunes-consommateurs>, décembre 2015, (consulté le 15 juin 2021).

⁹ *Ibid.*

accueillis : une faible fréquentation des publics féminins qui représentent seulement 20% des jeunes accueilli-es en 2015 ; une majorité de venues contraintes en consultation, avec uniquement 17% de venues spontanées¹⁰.

Les CJC sont un **dispositif mis en avant par les pouvoirs publics dans la prévention et l'accompagnement des jeunes confronté-es à des problématiques d'addiction**. D'une part, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives coordonné par la MILDECA (2013 – 2017) cherche à asseoir **les CJC en tant que dispositif pivot de l'intervention précoce auprès des jeunes et de leur entourage**. À cette fin, un ensemble de mesures ont été mises en place, à l'instar de la diffusion de bonnes pratiques professionnelles (formation, diffusion d'un référentiel et constitution d'une base d'expériences de partenariats disponibles en ligne) ou encore le renforcement de la visibilité et la promotion des CJC pour les familles et les professionnel.les¹¹. D'autre part, le Plan « Priorité Prévention » lancé par le gouvernement en mars 2018 vise explicitement **le renforcement des CJC au travers de la systématisation des partenariats avec le milieu scolaire dans une visée de repérage précoce**.

Différentes actions et modalités d'intervention innovantes ont été mises en place par les CJC pour **renforcer leurs actions auprès des jeunes consommateurs**, parmi lesquelles figurent l'objet de cette étude : les consultations jeunes consommateurs avancées (CJCA).

1.1.1.3. Les CJCA : pallier les limites des CJC en pariant sur « l'aller vers »

La création des CJCA a pour objectif de pallier certaines limites de l'activité des CJC¹², notamment remédier aux difficultés de recrutement des jeunes par les CJC et permettre aux professionnel.les de se faire connaître auprès des structures partenaires directement en contact avec les jeunes. Les CJCA visent ainsi une amélioration de l'accès aux soins des jeunes en réduisant la distance géographique, en favorisant une démarche plus spontanée pour la venue en consultation et en luttant contre la stigmatisation associée à la CJC. Au sein des 540 points d'accueil et de consultation CJC dénombrés en 2015 dans 420 communes, les CJCA représentaient 15% du volume des consultations en 2014 et 19% en 2015¹³.

La CJCA doit être comprise dans le cadre de la CJC dans la mesure où **elle ne correspond pas à une catégorie juridique et constitue uniquement sur le plan réglementaire une modalité de fonctionnement de la CJC**. La circulaire interministérielle de 2009 relative aux mesures de soins, d'insertion sociale et de réduction des risques définit ainsi la CJCA de la manière suivante : « Elle vise à entrer en contact avec des populations ne recourant pas spontanément au CSAPA. Elle se déroule dans une structure préexistante (CHRS, Mission Locale, services sociaux, etc.). L'équipe du CSAPA délègue une ou des personnes pour tenir une consultation. Celle-ci est réalisée en lien avec l'équipe de cette structure, elle est destinée à son public et peut éventuellement orienter vers le site principal du CSAPA¹⁴ ».

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ C. Protais et al., « Evolution du public des CJC (2014-2015) », art cit.

¹² Ivana Obradovic, *Synthèse des focus groups « Consultations Jeunes Consommateurs »*. Note à l'attention du Comité de pilotage « Consultations Jeunes Consommateurs », s.l., OFDT, 2011.

¹³ Ivana Obradovic, « Dix ans d'activité des consultations "jeunes consommateurs" », *Tendances*, 2015, OFDT, n° 107.

¹⁴ Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et Direction générale de la santé, « Circulaire interministérielle DGS/MC2/MILDT n° 2009-63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie ».

Dans ce contexte, **la CJCA repose sur la mise en place de partenariats avec une grande diversité de structures** : établissements de l'Éducation Nationale (lycées généraux, professionnels), établissements d'apprentissage (CFA, MFR), établissements PJJ, structures d'accueil et d'écoute (PAEJ, MDA, CRIJ), École de la 2ème chance et structures d'insertion sociale et professionnelle pour les jeunes (Mission Locale, EPIDE). Les modalités d'implantation des CJCA y sont plurielles et varient selon plusieurs facteurs : les caractéristiques du territoire, la couverture par le réseau de soins, les systèmes de collaboration entre acteurs locaux ou encore les moyens octroyés à la CJC¹⁵. La circulaire interministérielle de 2009 précédemment mentionnée précise **qu'une convention doit être conclue entre la structure gestionnaire de la consultation et celle gestionnaire du lieu d'accueil**. Cette convention prévoit la mise à disposition de locaux et éventuellement de personnels, bien que les activités de la CJCA ne puissent être assurées par la structure d'accueil¹⁶.

Dans ce contexte, **certaines CJC développent une activité au sein de structures spécialisées ou d'institutions qui accueillent des jeunes entrant, en termes d'âges, dans le public cible des CJCA**, comme les Missions Locales, les Foyers Jeunes Travailleurs, les CHRS, les CEF, les établissements scolaires ou de formation. **D'autres proposent des consultations CJCA dans un local indépendant ou dans des services municipaux ou paramunicipaux**, notamment en milieu rural, lorsque le réseau de partenaires est moins important. Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique les modalités générales de fonctionnement des CJCA.

¹⁵ Emma Tarlevé, *Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs - De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*, s.l., Fédération Addiction, 2012.

¹⁶ *Ibid.*

Tableau 1 – Organisation générale des CJCA

Caractéristiques	CJCA dans une institution	CJCA dans un local indépendant
<i>Structure « porteuse »</i>	CSAPA	
<i>Types de structures de rattachement</i>	MDA, PAEJ, établissement scolaire, centre de formation, Mission Locale, foyer, club de prévention, etc.	Locaux « neutres » mis à disposition pour éviter le risque de stigmatisation associé à une consultation.
<i>Type de public</i>	Des jeunes déjà inscrit·es dans des parcours d'accompagnement / jeunes « repéré·es », « captif·ves »	Public sensibilisé grâce à des moyens de communication. Jeunes vivant souvent en milieu rural.
<i>Implications</i>	Convention de partenariat avec la structure de rattachement. Formation, sensibilisation du personnel.	Développer une communication adaptée.
<i>Type d'accompagnement proposé</i>	Premier point d'entrée pour un suivi ensuite en CSAPA ou CJC « classique ». Cependant, possibilité de prise en charge de plus longue durée si la venue du jeune au CSAPA ou dans la structure porteuse n'est pas envisageable (problèmes de mobilité, freins symboliques, etc.).	

1.1.2. Un dispositif pertinent, souffrant parfois d'un manque de formalisation

Si les caractéristiques et les objectifs des CJC sont largement décrits dans la littérature scientifique et institutionnelle, **peu de travaux présentent précisément la forme que prennent les CJCA aujourd'hui sur le territoire national.**

Les publications font généralement état du contexte de création des CJCA, de leur cadre réglementaire et des objectifs auxquels elles répondent. Plusieurs rapports de l'OFDT présentent ainsi des données chiffrées

sur l'implantation des CJCA sur le territoire, et décrivent les différents types de partenariat mis en place¹⁷. Les publications mettent également en avant deux apports majeurs des CJCA :

- **Leur ancrage dans une démarche d'aller-vers favorisant l'accès aux soins.** Les CJCA permettent de rendre accessibles les CJC en délocalisant les consultations au plus près des jeunes, ce qui peut conduire à lever certains freins à l'accueil des jeunes : distance géographique, délai de prise de rendez-vous, stigmatisation liée au fait de se rendre à la CJC, etc.¹⁸
- **Une opportunité pour les professionnel.les de sensibiliser aux problématiques d'addiction.** En plus de faire connaître la CJC, la consultation avancée apporte une « culture du repérage »¹⁹ et de prise en compte des consommations des jeunes au sein des structures partenaires²⁰.

Malgré de fortes hypothèses émises sur l'action du dispositif, le travail d'étude réalisé par l'Agence Phare en **phase 1 du projet « Modélisation et Déploiement des CJC avancées 2.0 » constitue la première tentative de caractérisation des types d'implantations, pratiques professionnelles et effets sur les publics imputables au contexte spécifique de la CJCA.** Si les résultats mettent en lumière la pertinence du dispositif et de sa démarche d'aller-vers, ils en soulignent également des limites liées à un manque de formalisation qui tend à brouiller les frontières du dispositif (1.1.2.1.), à parfois invisibiliser le travail des professionnels (1.1.2.2) et à limiter la pérennité des consultations malgré des effets certains sur les publics jeunes (1.1.2.3)

1.1.2.1. Les CJCA : un objet hybride

En premier lieu, les caractéristiques des CJCA enquêtées dans cette étude **dépendent fortement de la CJC à laquelle elles sont rattachées.** Par ailleurs, 30% des répondant-es de l'enquête quantitative n'indiquent pas le nombre et les caractéristiques des CJCA développées par leur structure²¹, ce qui **est révélateur du flou qui persiste autour de la définition des CJCA,** et par conséquent autour des moyens qui leur sont effectivement consacrés.

La catégorie CJCA est d'autant plus poreuse qu'elle se traduit dans certaines structures par **une hybridation avec les autres activités des CJC.** Ces dernières peuvent en effet développer des modalités d'accueil alternatives et des pratiques « d'aller-vers » basées sur la prévention qui se confondent alors avec la consultation avancée. Cette confusion est entretenue par la réticence de certain-es professionnel.les à utiliser le terme « CJCA », notamment en raison de sa connotation médicale jugée dissuasive pour la venue des jeunes.

Par conséquent, le caractère hybride des consultations avancées donne lieu à **différentes formes de CJCA.** Ces modèles d'intervention n'ont pas nécessairement été conçus en amont par les professionnel.les, mais sont plutôt le résultat d'une adaptation progressive des activités de consultation en fonction des problématiques rencontrées (voir partie 2.1.1.1 pour la typologie détaillée des différents types de CJCA).

¹⁷ I. Obradovic, « Dix ans d'activité des consultations "jeunes consommateurs" », art cit. C. Protais et al., « Evolution du public des CJC (2014-2015) », art cit.

¹⁸ E. Tarlevé, *Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs - De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*, op. cit.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Emma Tarlevé, *Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs - De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*, Fédération Addiction, 2012.

Indépendamment de la forme prise par la CJCA, cette nouvelle modalité de consultation incite les professionnels à **adapter leurs pratiques aux structures partenaires**. Le suivi n'a néanmoins pas vocation à se poursuivre durablement chez les partenaires, **la CJCA devant permettre la réorientation de certains jeunes vers le CSAPA** pour pérenniser l'accompagnement et proposer des modalités d'accueil plus flexibles. Par-delà ces adaptations, **l'intervention en CJCA relève d'une professionnalité en construction** et les stratégies adoptées par les professionnels manquent de cadre commun, ce qui peut les placer en situation d'inconfort.

1.1.2.2. Un travail partenarial peu formalisé

A l'instar du cadre particulier que représente la consultation chez un partenaire, **la construction et l'animation desdits partenariats constitue une spécificité des CJCA qui n'est que peu considérée, s'agissant aussi bien des méthodes que des ressources humaines allouées**.

Différents types de partenariat peuvent être distingués sur la base des activités menées et du type de structure concernée (voir partie 2.1.1.2 pour la typologie détaillée des formes partenariales).

La variabilité des types d'implantation partenariale révèle en creux **l'institutionnalisation inachevée des partenariats des CJCA**. Ces derniers font en effet fréquemment l'objet de pratiques « bricolées »²² : ils reposent davantage sur les réseaux personnels des professionnel·les et sur leurs affinités avec les acteur·rices du territoire que sur une véritable réflexion institutionnelle ou sur une sélection préalable des partenaires les plus pertinents. Les limites des conventionnements, qui ne décrivent et ne cadrent que partiellement ces activités, sont caractéristiques de ces collaborations qui ne sont que partiellement co-construites.

L'institutionnalisation limitée des partenariats contribue par ailleurs à **invisibiliser le travail de construction, d'animation et d'entretien de la collaboration** réalisé par les professionnel·les de CJCA, qui y investissent beaucoup de temps et d'énergie sans pour autant disposer de référentiel précis pour l'exercice de cette activité.

1.2. Un projet pour expérimenter de nouvelles formes de CJCA et soutenir le déploiement du dispositif

L'association Addictions France a lancé en 2020 **un projet visant à soutenir le développement des Consultations Jeunes Consommateurs Avancées**. Dans le cadre de ce projet, d'une durée de trois ans, l'association a missionné l'Agence Phare pour conduire des travaux d'étude et d'évaluation destinés à éclairer *in itinere* les réflexions et les orientations. L'objectif de ce projet était ainsi d'identifier, en phase 1, les principaux types de CJCA existants et les facteurs explicatifs d'accès au soin (1.2.1.), de tester, en

²² Thomas Frinault, « La réforme française de l'allocation de dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue française de science politique*, 2005, vol.55, n°4, p. 607-632

phase 2, les facteurs alors identifiés pour en dégager les conditions d'efficacité (1.2.2.), puis de déployer, en phase 3, les modèles d'intervention retenus et de capitaliser sur cette mise en œuvre (1.2.3.)²³.

1.2.1. Une première phase de diagnostic

ENCADRE 1

Méthodologie de l'enquête menée en phase 1

Cette première phase a consisté en :

- Une **enquête quantitative exploratoire par questionnaires** menée en janvier et février 2021 auprès des toutes les structures portant une CJC, avec un total de 101 réponses complètes.
- Une **enquête qualitative auprès d'un échantillon raisonné de 12 CJC**, avec la réalisation de 92 entretiens semi-directifs auprès de professionnel·les de CJC (n=34), de structures partenaires (n=34) et de jeunes suivi·es (n=24).

La première phase du projet (2020 – 2021) consistait en la réalisation d'un état des lieux global des CJCA et de leurs enjeux par l'Agence Phare. L'objectif était d'appuyer la construction par Addictions France d'un **référentiel d'appel à projet (AAP)** et d'un **guide d'expérimentation** pour soutenir des CJCA proposant des protocoles d'intervention conformes aux grands constats et préconisations issus de ce travail d'état des lieux. Plus précisément, l'appel à projet proposait à des projets en cours d'implantation ou en phase de pré-implantation de se positionner sur un ou plusieurs des grands axes thématiques d'intervention du guide CJCA. Ces axes thématiques d'intervention, au nombre de trois, étaient associés à des constats de terrains et des recommandations de mise en œuvre :

• **L'axe 1, « une meilleure adaptation aux configurations territoriales »**, s'appuyait sur la nécessité d'adaptation des CJCA aux ressources, aux partenaires, à la mobilité et aux représentations du soin en vigueur au sein de leur territoire d'implantation. Réalisée jusqu'alors au cas par cas par les professionnel·les et sans modèle formalisé, cette adaptation était ainsi identifiée comme pouvant permettre d'améliorer l'accès géographique mais également

symbolique au soin. Le guide CJCA recommandait ainsi aux projets lauréats de davantage travailler à l'identification des partenaires, des modes de communication et de formats de consultation les plus adaptés possible à leur territoire, dans l'objectif de dégager des modèles reproductibles qui puissent lever les freins à l'accès au soin.

- **L'axe 2, « consultations avancées aux composantes multiples »**, proposait des solutions à même de « faire vivre » une consultation avancée. Sur la base du recensement des pratiques favorisant l'efficacité des consultations recensées en phase 1, il proposait, pour éviter l'existence de consultations « coquilles vides », de favoriser le « vivre avec » la structure professionnelle. Cette volonté devait se traduire en une présence renforcée auprès des jeunes et des professionnel·les pour créer une communication « active » autour du dispositif, s'appuyer sur les équipes en place et se constituer comme un recours « naturel » pour les jeunes.
- **L'axe 3, « organisation fonctionnelle et structurelle du partenariat »**, partait des constats de manque de formalisation et de reconnaissance du travail - et des compétences - des professionnel·les de CJC dans la construction et l'animation des partenariats. Il

²³ Extraits du guide « Consultations Jeunes Consommateurs Avancées », Addictions France, 2021

proposait donc des recommandations permettant de cadrer le partenariat pour en assurer la lisibilité et la pérennité.

1.2.2. Une deuxième phase d'expérimentation

ENCADRE 2

Méthodologie de l'enquête menée en phase 2

Un volet d'enquête qualitatif a consisté en la réalisation de **58 entretiens semi-directifs** auprès de :

- 27 professionnel·les intervenant en CJCA
- 22 professionnel·les de structures partenaires
- 9 jeunes suivi·es.

Un **volet d'enquête quantitatif** a quant à lui permis de recueillir :

- **58 questionnaires** passés auprès de jeunes et portant sur leur expérience en CJCA.
- **3 tableaux de bord** remplis par les intervenant·es de CJCA et renseignant le profil et les motifs de la venue de 152 jeunes reçu·es en consultation.

La deuxième phase du projet (2021 – 2022) a consisté en l'accompagnement par Addictions France et l'évaluation par l'Agence Phare (cf. encadré ci-contre) **des 19 projets retenus dans le cadre de l'appel à projets**. Cette phase de l'expérimentation devait ainsi permettre de **tester différentes configurations de CJCA et d'identifier parmi les projets soutenus des modèles d'intervention particulièrement pertinents et efficaces** du point de vue des résultats obtenus sur les jeunes suivi·es, ainsi que sur les structures partenaires.

Sur la base du dépôt d'un dossier de candidature présentant à la fois un diagnostic de la CJC concernée et une réflexion autour d'un ou plusieurs des axes thématiques du guide, **les lauréats ont été sélectionnés par Addictions France en fonction de critères d'évaluation** (contenu et diagnostic de la CJC, motivation du·de la porteur·se de projet, adéquation entre le diagnostic, les objectifs et les actions, prise en compte des axes du guide, résultats escomptés, adéquation des moyens humains et matériels, réalisme du calendrier, etc.) **et de diversification des projets** (équilibre entre projets en implantation et pré-implantation, diversité de structures partenaires et de territoires d'implantation, diversité des profils de CJC et de CJCA).

En parallèle de la sélection et de la mise en œuvre des projets expérimentaux, **Addictions France a assuré à l'échelon national le suivi et la montée en compétence des lauréat·es**. L'association a ainsi :

- Organisé des échanges réguliers avec les différent·es lauréat·es pour identifier les freins à l'avancement des projets et faciliter leur évaluation.
- Organisé des comités scientifiques, techniques et professionnels destinés à suivre et cadrer la démarche et les outils de l'évaluation.
- Constitué des groupes de travail permettant la montée en compétence des lauréat·es sur chacun des axes thématiques.

Cette deuxième phase a abouti à la production d'un nouveau guide, accompagné d'un renouvellement de l'appel à projet afin d'étendre le soutien d'Addictions France à de nouvelles Consultations Jeunes Consommateurs Avancées et d'entrer ainsi dans la phase de déploiement du projet. Le guide synthétisait les résultats de l'enquête et proposait deux axes d'intervention : **diagnostic** (axe 1) et **structuration et pilotage des CJCA** (axe 2). Pour chacun des axes, les principaux constats étaient rappelés et accompagnés de préconisations pour orienter la construction des projets. Le guide comportait par ailleurs certains outils conçus à l'issue des groupes de travail menés par Addictions France.

1.2.3. Une troisième phase de déploiement

La troisième phase du projet (2022 – 2023) a permis de retenir 48 projets, dont les 19 projets de la phase 2, à qui l'opportunité a été donnée de poursuivre en phase 3 sans passer à nouveau par le processus de sélection. L'objectif de cette troisième phase étant d'évaluer l'efficacité des expérimentations et les conditions d'essai, et la phase 2 ayant montré la difficulté à toucher des jeunes sur un temps relativement court de mise en œuvre, cette organisation devait permettre d'intégrer à l'enquête des projets mis en œuvre sur le temps long.

Dans le cadre de cette dernière phase, les porteur-ses de projet ont bénéficié d'un accompagnement individualisé par la cheffe de projet, qui a pris la forme d'entretiens individuels avec chaque professionnel·le responsable de projet, et ce tout au long de l'année d'expérimentation - en moyenne trois ou quatre entretiens par CJC. En parallèle, les porteur-ses de projet ont été accompagnés collectivement via **l'organisation de groupes de travail** animés par la cheffe de projet. Ces groupes de travail ont porté sur sept sujets distincts : le diagnostic au sein d'une structure, le diagnostic au sein d'un territoire, l'implication des jeunes, le cadrage des missions d'une CJCA et son conventionnement, l'aller-vers les publics vulnérables et marginalisés, la visibilité des CJC auprès des jeunes et la formation des partenaires. De ces ateliers a découlé **la production d'outils opérationnels pour aider les professionnel·les dans les différentes étapes de mise en œuvre de leurs projets** : trames de questionnaire pour les partenaires et pour les jeunes, programme de prévention par les pairs, fiche de recommandation pour l'aller-vers les publics vulnérables, support de formation à destination des partenaires, etc. Les outils conçus dans le cadre de la phase 2 ont également été mis à disposition des porteur-ses de projet. En parallèle, **six comités de lecture ont été organisés** entre octobre 2023 et janvier 2024 pour réaliser la relecture de ces différents outils par des expert·es techniques et de terrain (professionnel·les de l'Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives (OFDT), évaluateur·rices de projets de santé publique, etc.).

En plus de cet accompagnement des porteur-ses de projet, la cheffe de projet a fourni aux équipes **des supports de communication** (affiches, flyers) et **communiqué autour des projets dans différents cadres (séminaires, colloques scientifiques, etc.)**.

L'Agence Phare a quant à elle participé à certains de ces groupes de travail, et enquêté auprès de l'ensemble des projets lauréats (voir partie Méthodologie).

Les 31 nouveaux projets lauréats de cette troisième phase s'inscrivaient pour la moitié d'entre eux dans l'axe « diagnostic » du guide : 6 visaient l'implantation d'une CJCA dans une structure, 6 son implantation sur un territoire donné, 3 l'amélioration d'une CJCA sur un territoire, 1 l'amélioration d'une CJCA dans une structure. Les autres s'inscrivaient dans le deuxième axe portant sur **la structuration et le pilotage des CJCA** : 6 portaient ainsi sur l'implication des jeunes, 6 sur l'intervention auprès de publics vulnérables et 4 sur le travail partenarial. L'intégration de ces nouveaux lauréats à l'expérimentation a permis d'étendre sa couverture géographique, de diversifier le type de structures

partenaires impliquées dans les projets et d'inclure 10 structures porteuses ne faisant pas partie d'Addictions France.

1.2.4. Les instances de suivi du projet

Au fil de ces trois années, différentes instances de suivi du projet et de son évaluation ont été constituées :

- Un **comité de pilotage**, réuni cinq fois au cours des trois années d'expérimentation, et composé de représentant·es institutionnel·les (CNAM, MILDECA, OFDT, DGS notamment). Ce comité a assuré le suivi de la démarche d'un point de vue stratégique. Des comités techniques ont par ailleurs été organisés de manière plus régulière pour assurer le déploiement opérationnel du projet.
- Un **comité consultatif scientifique**, composé de chercheur·ses et d'expert·es dans le domaine des addictions et des Consultations Jeunes Consommateurs, qui a permis pour chaque phase de l'évaluation de discuter et valider les questions évaluatives, le protocole ainsi que les outils d'enquête qualitatifs (guides d'entretien) comme quantitatifs (questionnaires).
- Un **comité consultatif des acteur·rices de terrain**, réuni quatre fois durant la première phase du projet, rassemblant des professionnel·les d'Addictions France. Ce comité visait à associer ces professionnel·les au projet, de manière à mettre celui-ci à l'épreuve de leur expertise de terrain.
- Des **comités techniques**, prenant la forme de **journées nationales**, organisées en phase 2 et en phase 3, qui ont rassemblé les lauréat·es de l'expérimentation. Ces journées ont permis d'associer les porteur·ses au suivi du projet, de leur présenter les résultats de l'évaluation et d'organiser des réflexions collectives portant sur des enjeux stratégiques des CJCA.

2.

Objectifs et méthodologie de l'évaluation

Cette évaluation de la troisième phase du projet « Modélisation et Déploiement de CJC-Avancées 2.0 » est à resituer dans la perspective plus large du dispositif de diagnostic et d'évaluation qui a fait partie intégrante de l'expérimentation durant ses trois années. Il s'agit ainsi de rappeler **les principaux enseignements des travaux menés au cours des deux premières phases du projet** (2.1.), avant de présenter **les objectifs et les questions évaluatives** de cette troisième phase (2.2.) ainsi que **la méthodologie mise en œuvre pour y répondre** (2.3.).

2.1.Principaux enseignements des phases 1 et 2

La phase 1 a consisté en **la réalisation d'une étude diagnostique qui a permis de cartographier la diversité des CJCA** en termes de caractéristiques et de partenariats, tout en dégagant des principes d'intervention et des effets communs, propres au dispositif (2.1.1.). L'évaluation en phase 2 des projets lauréats du premier appel à projet a ensuite permis **d'étudier l'expérimentation de nouvelles formes de CJCA**, et de renseigner les freins rencontrés dans la mise en œuvre des projets tout en documentant de manière exploratoire les premiers effets obtenus (2.1.2.).

2.1.1.Etude diagnostic de phase 1 : au-delà de caractéristiques et de partenariats variés, des principes d'intervention et des effets communs

Les travaux confiés à l'Agence Phare au cours de la première phase du projet visaient à **dresser un bilan des caractéristiques ainsi que des pratiques professionnelles et partenariales des Consultations Jeunes Consommateurs Avancées**, en tant qu'objet aux contours encore peu définis. Ces travaux ont mis en lumière trois grands types de résultats : des résultats portant sur **les caractéristiques des CJCA** (2.1.1.1.), sur **les partenariats des CJCA** (2.1.1.2.) et sur **les effets en matière d'accès aux soins** (2.1.1.3.).

2.1.1.1. Les caractéristiques des CJCA : derrière un concept flou, des configurations variées et des professionnalités en construction

L'étude a d'abord mis au jour le **flou qui entoure la notion de CJCA** et la grande variété de situations que celle-ci recouvre, un dénominateur commun demeurant cependant **la relative faiblesse des ressources allouées à ce dispositif**. Ce flou s'explique à la fois par une hybridation avec d'autres pratiques d'« aller-vers » déployées par les CJC, et par une certaine réticence des professionnel·les à utiliser le terme « CJCA », notamment en raison de sa connotation jugée dissuasive. Au-delà de ces constats, **trois types de CJCA ont pu être identifiés dans le cadre de l'étude**, qui sont le fruit d'une adaptation au terrain plutôt que d'une conception en amont par les professionnel·les :

- **Les CJCA comme modules d'intervention identifiés dans un cadre limité** correspondent à des consultations fortement structurées, à horaires et lieu fixes, organisées en lien avec le·la professionnel·le partenaire au sein de sa structure.
- **Les CJCA comme dispositif adaptable et incarné par une personne-ressource** consistent en des consultations à la carte nécessitant une forte flexibilité du·de la professionnel·le intervenant·e. Elles impliquent un travail partenarial approfondi et se traduisent généralement par une personnalisation importante du dispositif.
- **Les CJCA comme cadre hybride d'intervention** peuvent être observées dans les CJC qui font de « l'aller-vers » le fondement de leur activité, et dont les consultations s'effectuent déjà en grande partie, voire totalement hors les murs. La distinction entre la CJC et la CJCA est alors peu opérante.

En termes de public, l'étude diagnostique a montré que les CJCA s'adressent à des jeunes qui présentent une **grande diversité de problématiques à traiter**. Cette diversité s'inscrit dans la lignée des constats de l'OFDT²⁴ sur l'évolution des conduites addictives. **Les modes d'accès à la consultation sont également pluriels** : parfois contrainte par la justice, la venue peut également être plus ou moins fortement incitée par les parents ou l'établissement scolaire ; l'orientation peut aussi être l'initiative du partenaire, voire des jeunes eux-mêmes, dans une démarche plus spontanée.

Du point de vue des « professionnalités » mises en œuvre, les CJCA conduisent à **multiplier les formats « d'aller-vers »** (visite en salle d'attente pour expliquer les enjeux du dispositif en amont de la consultation, posture adaptée visant à lever les craintes et favoriser une relation de confiance durant la consultation pour atténuer la contrainte symbolique du rendez-vous, formation des partenaires et sensibilisation de l'entourage, etc.). Le premier rendez-vous est central : effectué seul-e, à plusieurs, voire avec un membre de l'équipe partenaire ou les parents, il permet de repreciser le cadre d'intervention autour des notions de confidentialité, des objectifs et de la posture. Cela permet de rassurer le-la jeune consultant-e tout en posant un cadre de non-jugement et d'adapter les modalités du suivi. Les professionnel-les de CJCA **adaptent également leurs modalités d'intervention aux besoins identifiés au sein des structures partenaires**. D'une part, des temps de consultation individuels peuvent être proposés pour comprendre ce qui motive l'addiction ou pour la prévenir lorsqu'un « mal-être » est identifié chez le-la jeune. D'autre part, des temps collectifs peuvent être mis en place pour dédramatiser la consultation ou pour libérer la parole de certains jeunes.

Au-delà de la diversité des configurations (forme de la CJCA, publics, modes d'intervention...), l'étude a néanmoins permis d'identifier **trois principes directeurs de l'activité** : un suivi centré sur le-la jeune plutôt que sur sa consommation, une consultation comme lieu d'écoute plutôt que lieu de soin, et une approche promouvant fortement la réduction des risques, plutôt que les discours culpabilisants et/ou l'incitation au sevrage.

→ *Le diagnostic a donc conduit en premier lieu à l'identification des principes communs aux CJCA, au-delà de leur diversité, qu'il a par ailleurs permis de mieux documenter. Ces connaissances ont directement nourri la construction des principes d'intervention proposés dans le guide de l'expérimentation, dont l'objectif a ensuite été d'évaluer la pertinence (phase 2) et l'efficacité, dans un contexte d'essai (phase 3).*

2.1.1.2. Les partenariats de CJCA : au-delà de leur diversité, une institutionnalisation limitée et une invisibilisation du travail partenarial

Les partenariats noués par les CJC divergent dans leur approche et leur format. Certaines CJCA investissent par exemple des partenariats multiples (en phase 1, 21% développent 7 partenariats ou plus) dans une diversité de structures (16% collaborent avec plus de 4 types de structures), quand d'autres se concentrent sur un type de structure dont elles ont identifié l'efficacité (35%) voire sur un seul partenariat (20%).

Quatre types de partenariat ont pu être distingués sur la base des activités menées et du type de structure concernée :

²⁴ OFDT, « Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018 », *Tendances*, 2018.

- **Les partenariats « de consultation »** consistent en un prêt de locaux pour assurer une permanence au plus proche des jeunes, sans pour autant que le partenaire ne participe à l'orientation. Ces partenariats sont généralement noués avec les structures d'accueil des jeunes en lien avec le soin (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Maisons des Adolescents, etc.).
- **Les partenariats « de repérage et/ou d'orientation »** permettent de demander si besoin l'intervention d'un·e professionnel·le, sans nécessairement héberger une consultation. Il s'agit le plus souvent de structures d'accueil et d'information jeunesse (BIJ, CRIJ, etc.).
- **Les partenariats « de prévention »**, qui visent à faire connaître le dispositif à un large public, sont récurrents dans les structures qui permettent la répliquabilité du format d'intervention (l'usage d'une même trame d'atelier par exemple) et un fort maillage territorial, par exemple les établissements scolaires.
- **Les partenariats « intégrés »** recoupent tous, ou une grande partie, des dimensions mentionnées précédemment. Ils sont rendus possibles par une présence quotidienne et de long terme des jeunes au sein de la structure partenaire et sont donc privilégiés dans les établissements académiques, d'insertion sociale (Mission Locale, EPIDE, etc.) ou encore dans les structures relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

Si l'étude diagnostique a montré que les modalités de création de la relation partenariale varient, trois étapes essentielles ont cependant été mises au jour, bien que celles-ci ne soient pas nécessairement menées dans l'ordre, ni de manière systématique. Il s'agit en premier lieu de l'identification d'un besoin structurel chez les publics cibles de la structure partenaire, puis de l'identification d'une personne référente au sein de cette même structure, et enfin de l'activation et l'officialisation du partenariat par la direction des structures, via l'établissement d'une convention. Dans les faits, on remarque cependant souvent une **institutionnalisation inachevée des partenariats de CJCA** (comme détaillé en partie 1.1.2.2).

L'institutionnalisation limitée des partenariats contribue à **invisibiliser le travail de construction, d'animation et d'entretien de la collaboration** réalisé par les professionnels de CJC. Ces derniers échangent en effet régulièrement avec les partenaires et maintiennent une présence informelle importante dans le but d'alimenter leurs pratiques et de consolider la relation de confiance. Ce lien est d'autant plus important qu'il permet d'ancrer la CJCA au sein de la structure partenaire et de faciliter la mise en place d'une relation de confiance avec les jeunes. S'il est essentiel à la levée des freins à l'entrée en consultation, **ce « travail partenarial » n'est pourtant pour l'heure que peu reconnu, et peu pourvu en temps de travail formel ou en ressources (humaines ou financières) dédiées.**

➔ *Ces éléments ont servi de base à la formulation de préconisations pour améliorer les partenariats de CJCA, qui ont été intégrées au guide de l'expérimentation rédigé par Addictions France. En apportant une cartographie de la diversité des partenariats, ils ont également permis d'éclairer le processus de sélection des lauréats de l'appel à projets, afin de garantir la représentation d'une diversité de configurations partenariales dans l'expérimentation.*

2.1.1.3. Les effets des CJCA : entre accès aux soins et changement des comportements et des pratiques

L'objectif des CJCA est de **lever les barrières d'accès au soin**. Or, l'étude diagnostique a montré qu'adapter le lieu et les horaires aux jeunes **ne suffit néanmoins pas à garantir leur accès au dispositif**. Les professionnels de CJCA mènent de ce fait un **travail de communication et de pédagogie en amont de la consultation**. Si la communication traditionnelle par affichage et usage de flyer est

largement utilisée, elle n'a que peu d'écho chez les jeunes. Les réseaux sociaux apparaissent quant à eux de manière sporadique, bien que leur utilisation soit perçue comme prometteuse. Les professionnel·les privilégient des méthodes de communication « active » et en présentiel, c'est-à-dire des interventions collectives permettant de présenter la CJCA dans une approche non moralisatrice, en mettant les jeunes en posture d'acteur·rices et de parties prenantes.

Cela permet d'atténuer la distance symbolique avec le soin, notamment en déconstruisant les représentations liées à l'addictologie et en « humanisant » la consultation. La CJCA peut alors jouer un rôle de **tremplin vers la CJC et le CSAPA**, lorsque cela s'avère nécessaire. Une fois l'entrée en consultation actée, la pérennité et la régularité du suivi dépendent non seulement du motif d'orientation du jeune, mais également de la capacité du·de la professionnel·le **à créer avec lui·elle une alliance thérapeutique**²⁵. Une fois établie, cette relation permet de surmonter la plupart des freins symboliques, géographiques et motivationnels au soin, et ainsi d'entamer des suivis durables.

Les CJCA présentent des plus-values qui dépassent la simple facilitation de l'accès au soin.

- Elles sont **pour les jeunes** un espace d'écoute qui permet de trouver des moyens pratiques de diminuer leur consommation sans contrainte morale²⁶. La posture réflexive de co-définition du problème, ainsi que l'approche par réduction des risques semblent particulièrement efficaces. De même, l'anonymat de la consultation, le plus souvent située dans un endroit discret au sein de la structure partenaire, permet d'éviter la stigmatisation de la démarche. La posture « extérieure » du·de la professionnel·le par rapport à la situation familiale, sociale, voire à la structure d'accueil, facilite l'expression des jeunes en consultation.
 - **Pour les professionnel·les**, la CJCA permet d'améliorer la qualité du suivi des jeunes par rapport à la CJC. Les temps informels de communication et d'échange de pratiques avec les professionnel·les des structures partenaires permettent non seulement de mieux connaître la situation des personnes suivies, mais également d'affiner et d'actualiser leur connaissance des problématiques rencontrées par les jeunes de leur territoire, mais également de leurs pratiques quotidiennes. La CJCA atténue la distance entre le monde du soin et les structures d'insertion, d'éducation ou d'information jeunesse.
 - **Pour les structures porteuses de CJC**, la CJCA et le travail partenarial peuvent conduire à des changements organisationnels visibles sur le long terme. La création d'une CJCA peut ainsi générer une « désectorialisation de l'approche » ; elle peut également influencer sur les activités mises en place (refonte de la communication, développement d'activités numériques, etc.).
- *Ces connaissances ont permis d'affiner un système d'hypothèses sur les effets des CJCA afin d'analyser, en phase 2, les effets des formes de CJCA s'étant révélées les plus pertinentes pour toucher les jeunes et s'interroger, en phase 3, sur les conditions de pérennité de ces effets dans un contexte d'essai.*

²⁵ Antoine Bioy et Maximilien Bachelart, « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy*, 2010, vol.49, n°4, P. 317-326

²⁶ Patrick Peretti-Watel, « Morale, stigmatisation et prévention », *Agora débats/jeunesses*, 2010, N° 56, n° 3, p. 73-85.

2.1.2. Evaluation de phase 2 : expérimenter de nouvelles formes de CJCA, une mise en œuvre complexe mais des effets prometteurs

L'évaluation des projets retenus dans le cadre de l'appel à projets lancé par Addictions France en fin de phase 1 a permis **d'analyser la mise en œuvre et les effets de CJCA s'inscrivant dans les axes d'intervention formalisés sur la base des connaissances produites par le biais de l'étude diagnostique**. Cette évaluation a montré que malgré leur volonté d'intégrer ces nouveaux principes d'intervention, les projets étaient marqués par des **continuités fortes avec l'existant** (2.1.2.1.), bien que l'expérimentation soit à l'origine d'un **effet « coup de pouce » pour transformer les pratiques** (2.1.2.2.) et génératrice d'effets d'apprentissage sur les structures porteuses et partenaires, au-delà d'effets confirmés des projets sur les jeunes (2.1.2.3.).

2.1.2.1. Les projets de CJCA menés en phase 2 : des continuités fortes avec l'existant

Il apparaît tout d'abord que les leçons tirées du diagnostic et du guide, ainsi que l'appel à projets en découlant, **n'ont pas permis, dans la majeure partie des projets, de rompre avec certaines limites des modèles traditionnels de CJCA**. Cette absence de rupture s'est traduite en une triple continuité :

- Une **continuité d'objectifs**, les projets s'attachant prioritairement à **faire connaître le dispositif** *via* des solutions de communication, et à **rapprocher** géographiquement la consultation de son public (les travaux scientifiques portant sur l'aller-vers ainsi que les résultats de la phase 1 ayant cependant démontré que ces deux éléments seuls ne suffisent pas à garantir la fréquentation des consultations).
- Une **continuité de logiques partenariales**, les lauréats tendant à poursuivre des partenariats existants, où à entamer une collaboration avec **des structures déjà rattachées** historiquement au dispositif. De la même manière, **l'informalité** caractéristique du travail partenarial de CJCA a subsisté et continué de peser sur sa pérennité ainsi que sur la reconnaissance du travail des professionnel·les.
- Une **continuité d'actions**, les projets évalués tendant à avoir recours à des modalités de mise en œuvre **standardisées représentées par la permanence** de consultations bimensuelles, plutôt qu'à adapter leurs modes d'action à la structure partenaire ou aux caractéristiques du territoire.

Ces continuités sont apparues comme étant avant tout le fruit de **limites d'ordre structurel qui concourent conjointement à réduire la marge de manœuvre des CJCA** dans le diagnostic, la définition et la mise en œuvre de leur projet. Contraints financièrement, temporellement et techniquement, et parfois soumis à des injonctions contradictoires, les projets lauréats ont tendu à s'appuyer sur l'existant et se sont inscrits dans une approche de réduction des risques et dans une logique d'opportunité dans un contexte qui ne laisse ni le temps de la réflexion ni le loisir de l'expérimentation.

➔ *Ces constats ont renseigné les obstacles à la transformation des pratiques rencontrés par les projets de CJCA lauréats de l'appel à projet, et ont ainsi permis de nourrir des réflexions autour de la montée en compétences et de l'outillage des CJCA pour la construction et la mise en œuvre des projets en phase 3.*

2.1.2.2. L'expérimentation, un « coup de pouce » pour transformer les pratiques

Malgré la permanence de logiques routinières du fait d'un cadre contraint, l'inscription dans l'expérimentation a tout de même pu produire dans certains cas **un effet « coup de pouce » qui s'est traduit par la mise en place d'actions incarnant une transformation des manières d'intervenir propres aux CJCA**, et correspondant aux axes proposés dans le guide publié en fin de phase 1.

Ces actions ont aussi bien porté sur **l'implication des jeunes** en tant qu'acteur·rices à part entière des projets de CJCA que sur **le déploiement de moyens de communication numériques et les modalités de structuration des partenariats**.

Il faut cependant souligner que les structures porteuses ont eu recours à ces actions innovantes de manière différenciée en fonction du degré de développement de leurs CJCA :

- Certaines structures au réseau de CJCA peu développé mais en proie à des injonctions d'intervention de la part d'acteur·rices externes n'ont ainsi **transformé que très marginalement leurs modes d'intervention**, tendant au contraire à dupliquer des permanences de consultation dans un format classique pour répondre le plus rapidement possible au besoin exprimé, dans un contexte de ressources contraintes.
- Un autre groupe de structures disposant de davantage de ressources a mobilisé de **nouveaux modes d'intervention** (via la structuration du partenariat par exemple) **en parallèle de la mise en place de permanences classiques**, notamment car cela présentait pour elles un intérêt en matière de consolidation du déploiement de leur réseau de CJCA.
- Enfin, quelques structures ayant déployé anciennement un réseau de CJCA aujourd'hui étendu ont ouvert une voie vers des changements plus radicaux en proposant **des projets porteurs d'une lecture ambitieuse des préconisations** du guide de l'expérimentation, par exemple sur le diagnostic, ou encore l'implication des jeunes et des partenaires dans les projets.

La propension des projets à « expérimenter », inégale d'un projet à l'autre dans leur construction-même, s'est par ailleurs trouvée limitée lors de la mise en œuvre par des écueils propres aux actions novatrices développées, et **difficiles à dépasser dans la temporalité restreinte de l'expérimentation**, en particulier pour les structures disposant de peu de ressources allouées aux CJCA.

→ *L'étude des nouveaux modes d'action mis en œuvre dans le cadre des projets lauréats a permis d'affiner la définition de modèles d'intervention pertinents et de formuler des préconisations pour leur mise en œuvre en phase 3. L'analyse de l'effet coup de pouce de l'expérimentation pour transformer les pratiques, cependant limité sur le temps court, a par ailleurs conduit à proposer aux projets déjà engagés dans la phase 2 de prolonger l'expérimentation en phase 3.*

2.1.2.3. Effets sur les jeunes et apprentissages organisationnels

Si l'évaluation menée en phase 2 a conduit à nuancer la portée transformatrice de l'expérimentation, **des effets sur les jeunes** (pour les projets qui en ont reçus) **ainsi que sur les structures partenaires ont cependant pu être documentés. En particulier, l'expérimentation a été porteuse d'effets « d'apprentissage »** pour les structures impliquées, leur permettant de progresser dans leur réflexion autour du développement de leur réseau de CJCA.

Les effets sur les jeunes propres aux projets « expérimentateurs » ont pu être analysés de manière exploratoire, principalement grâce aux entretiens et aux données quantitatives (tableaux de bord et questionnaires) issus de l'enquête auprès d'un des projets, qui a reçu un grand nombre de jeunes. Il semble ainsi que l'expérimentation a permis de **toucher des jeunes avec des profils plus diversifiés**, les partenariats jouant un rôle clé dans ce phénomène. Les données mettent également en lumière le caractère **adaptable des modalités de suivi en fonction des besoins des jeunes**, qui se sont révélées plurielles et variables, notamment en fonction de l'âge des consultant·es. Cette adaptabilité a participé de l'efficacité du suivi auprès des jeunes : des effets ont pu être constatés en matière de prévention et d'accès aux soins, en continuité avec les constats du diagnostic posés lors de la phase 1.

Concernant les structures partenaires, l'expérimentation a permis de **déployer et de renforcer les relations partenariales**, de manière progressive. Certains partenariats nouveaux par rapport à la phase 1 ont ainsi permis à des structures et à leurs professionnel·les de **découvrir le dispositif CJCA, en tant que ressource leur permettant de mieux accompagner leur public jeune**. Pour les structures auprès de qui un partenariat était déjà développé précédemment à l'expérimentation, celle-ci a été l'occasion de concrétiser des réflexions autour du meilleur déploiement des CJCA au sein des structures : **les partenaires ont fait preuve d'une posture réflexive et se sont davantage impliqués**, notamment sur les questions de repérage et d'orientation des jeunes.

Enfin, l'expérimentation a eu **des effets d'apprentissage pour les structures porteuses**, et ce dans divers domaines. En matière de **conduite de projet**, les structures ont par exemple été encouragées à formaliser davantage leurs actions et leurs objectifs dans le cadre de la réponse à l'appel à projets, et elles identifient également mieux, a posteriori, le socle de ressources nécessaires pour le bon fonctionnement d'une CJCA. Les structures ont également appris à **mobiliser de nouvelles méthodes et de nouveaux outils**, lorsque les projets intégraient des actions novatrices par rapport aux registres d'action déjà développés. Pour terminer, il semble qu'au terme de l'expérimentation, les structures sont en mesure de **nouer des partenariats plus fonctionnels**, à la fois en identifiant mieux les structures pertinentes et en approfondissant les relations partenariales.

→ *Ces enseignements sur les effets des projets expérimentaux ont permis de confirmer certains résultats établis en phase 1 et de dégager des pistes concernant les effets spécifiques à la mise en place de nouveaux modes d'intervention (notamment sur les partenaires et les structures elles-mêmes) qu'il s'est agi de confronter, en phase 3, à l'étude des projets retenus.*

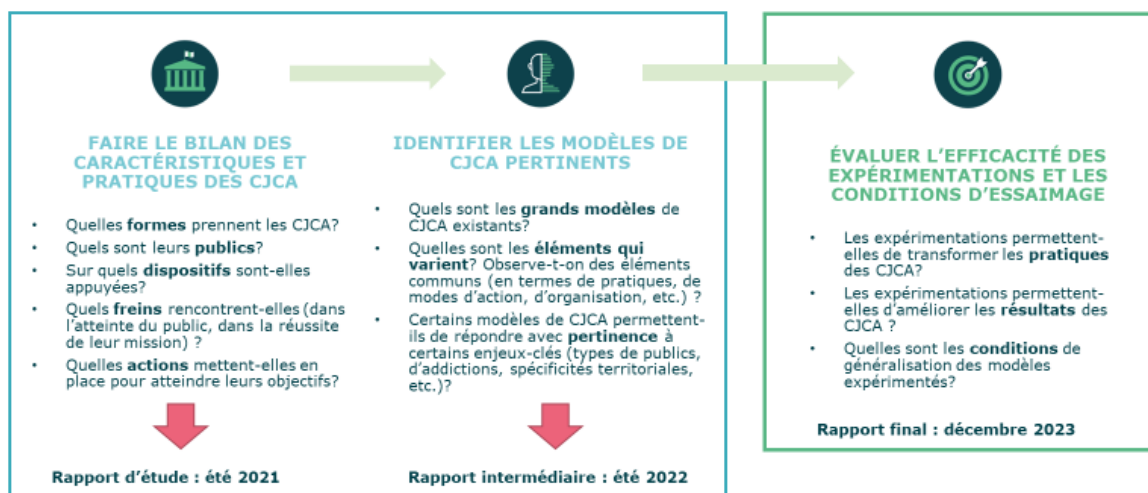
2.2.Objectifs et questions évaluatives de la phase 3

Les objectifs de cette troisième phase de l'évaluation s'inscrivent en complémentarité avec les phases précédentes (2.2.1.) et ont débouché sur **la formulation de questions évaluatives structurées autour de cinq axes principaux**, et centrées sur les effets des CJCA dans un contexte de déploiement (2.2.2.).

2.2.1.Des objectifs en complémentarité avec les phases 1 et 2

Pour rappel, la première phase de l'étude visait à **produire un bilan des caractéristiques et des pratiques propres aux Consultations Jeunes Consommateurs Avancées**. La deuxième et la troisième phase devaient quant à elles permettre **d'identifier les modèles de CJCA pertinents, et évaluer l'efficacité des expérimentations ainsi que leurs conditions d'essai**.

Illustration n°1 : les objectifs de l'évaluation, une progressivité



agencephare 5

Les objectifs de la phase 3 visent ainsi à compléter les connaissances déjà produites en phase 1 et 2 (cf. 2.1.) et se déclinent comme suit :

- **Étudier les transformations professionnelles et organisationnelles**, en appréciant les transformations imputables aux projets lauréats sur différents plans :
 - Les approches mobilisées et les outils produits
 - L'évolution des pratiques professionnelles dans le cadre des projets
 - L'adaptation des organisations (porteur·ses, partenaires, financeur·ses) pour favoriser la réussite des projets
- **Évaluer l'efficacité des projets de CJCA sur les jeunes et les partenaires en appréhendant, au travers des projets mis en place :**
 - La manière dont les acteur·rices/partenaires (institutionnel·les et de terrain) évoluent dans leur compréhension et leur mobilisation des CJCA
 - La manière dont les jeunes ont concrètement davantage accès aux consultations
 - La manière dont les jeunes évoluent (information sur les dispositifs, perceptions, pratiques et consommations)
- **Identifier les conditions du changement d'échelle**, et les éléments-clés pour un essai réussi du dispositif en termes de :
 - Conditions de la réussite des projets
 - Types de changement d'échelle (essai, généralisation, etc.)
 - Besoins en appui (méthodologique, financier, etc.)

2.2.2. Des questions évaluatives centrées sur les effets des CJCA, dans un contexte de déploiement

Les questions évaluatives présentées ci-dessous ont été élaborées en amont de l'enquête de terrain, et ont fait l'objet d'une réunion de validation avec le conseil consultatif scientifique. Elles sont structurées en cinq axes comportant chacun plusieurs sous-questions.

Axe 1 – Dans quelle mesure le travail de diagnostic effectué par les porteur·ses de projet favorise-t-il la pertinence des actions prévues ?

- Qui sont les publics visés et en quoi leurs spécificités sont-elles prises en compte ? (Modalités d'identification, d'aller vers, de sélection, etc.).
- Quels sont les différents types de besoins identifiés par les porteur·ses de projet pour construire leurs actions ?
- Comment les besoins des publics cibles (jeunes, partenaires, etc.) sont-ils identifiés (par la pratique, par les échanges avec les acteur·rices du territoire, etc.) et dans quelle mesure sont-ils formalisés (diagnostic, etc.) ?
- Comment les porteur·ses de projet adaptent-ils·elles leurs projets en fonction de (l'éventuelle) réalisation d'un diagnostic (en fonction de leur statut dans l'expérimentation) ?
- Des actions différentes sont-elles envisagées en fonction des profils de jeunes ?
- De nouveaux besoins sont-ils identifiés grâce aux projets mis en œuvre ?
- Observe-t-on des démarches particulières dans la conception des projets (appui sur la littérature, recherche-action, co-construction avec des acteur·rices du territoire, inspiration d'autres projets, etc.) ?

L'évaluation prêtera une attention particulière à la nature des projets en fonction de la place accordée du diagnostic au sein de ceux-ci.

Axe 2 – Quels sont les effets observés des projets sur l'accès aux soins des jeunes ?

- Diffusion de l'information auprès du public cible : meilleure circulation des messages d'information ? Meilleure coordination des acteur·rices jeunesse dans ce but ? Quelles modalités de communication déployées ? Certaines peuvent-elles être qualifiées d'« innovantes » ?
- Levée des freins à la venue des jeunes : évolutions des représentations associées à certains lieux d'accueil (ex : levée de la stigmatisation, etc.) ? Levée des freins liés à la mobilité ? Levée d'autres freins ?
- Levée des freins relatifs à la continuité du suivi : quelles modalités de poursuite du suivi en CJCA ou en CJC observées ? Quelles conditions ?
- Repérage précoce : dans quelle mesure les projets peuvent-ils favoriser une venue ultérieure des jeunes en consultation, lorsqu'un besoin se présente ? Est-ce que cela produit des effets en termes de diversification des profils ?
- Observe-t-on des types d'effets communs à différents projets/actions ?

- Constate-t-on des effets différents en fonction des modalités de consultation ? (notamment distanciel/présentiel)

Axe 3 – Quels sont les autres effets observés des projets sur les jeunes ?

- Evolution des consommations et pratiques à risque : quels effets des projets (et en particulier des consultations individuelles et activités collectives – ateliers et autres) sur l'évolution des consommations et/ou pratiques à risque des jeunes reçus en CJCA ?
- Evolution des représentations : quels effets des projets (et en particulier des consultations individuelles et activités collectives – ateliers et autres) sur l'évolution des représentations associées aux produits et/ou pratiques à risque chez les jeunes reçus en CJCA ?
- Observe-t-on d'autres effets sur les jeunes ? Lesquels ?
- Observe-t-on des types d'effets communs à différents projets/actions ?

Axe 4 – Quels sont les effets des projets observés sur les structures partenaires dans le cadre de la (des) CJCA / des autres modalités d'action déployées (à l'échelle des professionnel·les ou plus globalement à l'échelle de l'organisation interne de la structure partenaire) ?

- Comment les professionnel·les de CJC sont-ils perçus et s'insèrent-ils-elles au sein des structures partenaires ? Quelles variations en fonction du type de partenaires ?
- Constate-t-on des évolutions dans les pratiques et les représentations des professionnel·les ?
- Constate-t-on des effets à l'échelle de l'organisation interne des structures partenaires, et de leur politique d'établissement ?
- Constate-t-on des effets en termes de connaissance des partenaires sur le territoire, et d'insertion dans des réseaux de partenaires ?

Axe 5 – Quelles sont les conditions d'atteinte des impacts en contexte de changement d'échelle ? En quoi ces effets sont-ils reproductibles et/ou consolidables en contexte d'essaimage ?

- Y a-t-il des facteurs-clés relatifs aux pratiques professionnelles / à l'organisation du travail qui favorisent la réalisation des impacts auprès des jeunes / des partenaires / etc.? Si oui, lesquels ?
- Dans quelle mesure les profils des professionnel·les impliqués et les ressources mobilisées influent-ils sur la mise en œuvre des actions et l'atteinte des impacts ?
- Y a-t-il des facteurs-clés relatifs aux moyens financiers / humains affectés à la mise en œuvre du projet qui favorisent la réalisation des impacts auprès des jeunes / des partenaires / etc.? Si oui, lesquels ?
- Y a-t-il des facteurs-clés relatifs à la mobilisation d'acteur·rices et/ou d'outils locaux qui favorisent la réalisation des impacts auprès des jeunes / des partenaires / etc.? Si oui, lesquels ?
- Y a-t-il des facteurs-clés relatifs à l'accompagnement proposé par Addictions France qui favorisent la réalisation des impacts auprès des jeunes / des partenaires / etc.? Si oui, lesquels ?
- Y a-t-il des facteurs qui viennent limiter la réalisation des impacts des projets déployés ? Comment les porteurs de projet les surmontent-ils ? Quelles recommandations peut-on en tirer ?

2.3. Méthodologie de l'évaluation en phase 3

L'évaluation menée en phase 3 s'est appuyée sur une **méthodologie mixte**, comportant un volet d'enquête qualitatif (2.3.1.1.) et un volet d'enquête quantitatif (2.3.1.2.).

2.3.1. Méthodologie qualitative : une enquête par entretiens et observations auprès d'un échantillon de projets

2.3.1.1. Procédé d'échantillonnage

L'objectif du volet qualitatif de la méthodologie déployée était d'enquêter auprès d'un **panel de dix projets** parmi les 48 projets menés en phase 3.

Le **choix de concentrer l'enquête sur un nombre restreint de projets** a procédé de la volonté de s'inscrire dans une perspective monographique, permettant de croiser les points de vue des jeunes, des intervenant·es de CJCA et des professionnel·les des structures partenaires, ainsi que des observations ethnographiques sur chaque projet. Les projets retenus dans le cadre de l'expérimentation étant particulièrement variés, il semblait en effet nécessaire de pouvoir disposer de suffisamment d'éléments de contexte sur le matériau recueilli, plutôt que de conduire une analyse transversale aveugle aux spécificités des différents projets menés.

La sélection des projets à intégrer au sein de l'échantillon s'est faite sur la base de **plusieurs critères complémentaires** :

- **Un volume suffisant de jeunes reçus en consultation.** Le choix a ainsi été fait de se concentrer sur les projets parmi les plus avancés dans leur mise en œuvre, afin de pouvoir documenter du mieux possible les effets sur les jeunes et les structures partenaires.
- **La mise en œuvre de modes d'intervention innovants**, s'inscrivant dans les axes proposés par les guides de l'expérimentation. Les formats classiques de CJCA ayant déjà été documentés, il apparaissait en effet pertinent de se concentrer sur les projets mettant en place des pratiques nouvelles pour dépasser les écueils identifiés dans les précédents rapports de diagnostic et d'évaluation.
- **L'incarnation des différents modèles de CJCA** présents au sein de l'expérimentation (diagnostic d'implantation, diagnostic d'amélioration, aller-vers des publics volatils et/ou vulnérables, implication des jeunes et travail partenarial). Cette troisième phase de l'évaluation ayant pour objectif de mesurer l'efficacité et le potentiel d'essai de modèles d'intervention, il apparaissait important de diversifier l'échantillon des projets enquêtés au regard de cette variable.

Face aux difficultés rencontrées par une partie des projets pour toucher leur public, conjuguées à l'impossibilité d'enquêter auprès de certains jeunes (jeunes suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse par exemple), il est apparu nécessaire d'évincer une partie des critères retenus, au profit d'une **priorisation du critère du nombre de jeunes rencontrés en consultation**. L'échantillon d'enquête

a par ailleurs été élargi à quatorze projets, afin d'augmenter les chances de pouvoir réaliser des entretiens auprès de jeunes accompagné·es, en fonction de l'avancée des projets au fil de l'expérimentation.

2.3.1.2. Outils d'enquête

Les guides d'entretien semi-directifs pour les différentes catégories d'enquêté·es (jeunes, intervenant·es de CJCA et porteur·ses de projet, professionnel·les de structures partenaires) ont été conçus en amont de l'enquête, sur la base de l'analyse des dossiers de candidature ainsi que des connaissances produites en phase 1 et 2. Ils sont disponibles en annexe du présent rapport.

Les entretiens ont été réalisés selon **3 modalités** pour l'ensemble des acteurs interrogés :

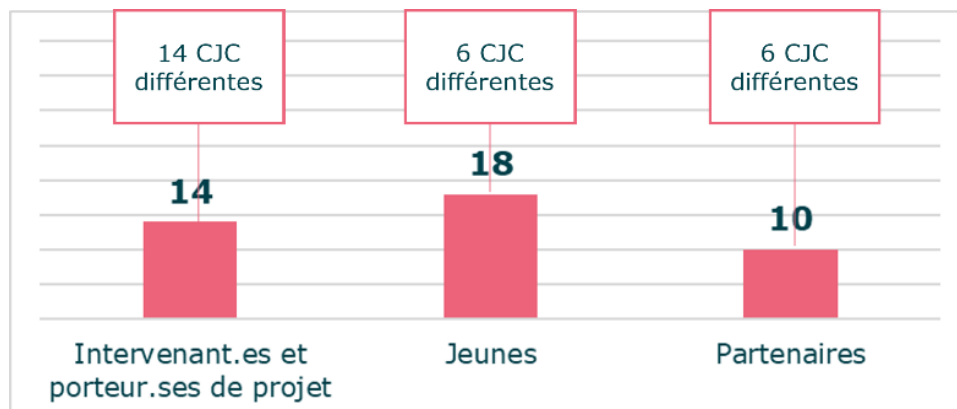
- **Des entretiens sur un temps long**, afin d'accéder à des discours approfondis et riches ;
- **Des entretiens anonymisés**. Cette condition garantit la liberté de parole et l'émergence de discours pouvant être considérés comme critiques de la part des enquêté·es. Les éléments de contexte susceptibles de rompre l'anonymisation ont été intégrés à l'analyse sans être associés à des verbatims ;
- **Des entretiens enregistrés avec l'accord des enquêtés, puis retranscrits**. Cette démarche garantit la qualité de l'entretien mené, mais surtout la profondeur de l'analyse réalisée.

Les entretiens auprès des professionnel·les et des partenaires étaient initialement prévus en distanciel, et les entretiens jeunes en présentiel. Cependant, les entretiens auprès des professionnel·les et des partenaires ont été réalisés autant que possible en présentiel lorsqu'une venue sur le terrain était organisée pour rencontrer des jeunes. De même, des entretiens auprès de jeunes ont pu être réalisés en distanciel lorsqu'une rencontre en présentiel était impossible à organiser pour les intervenant·es de CJCA.

2.3.1.3. Bilan de l'enquête de terrain réalisée

L'enquête qualitative s'est déroulée d'avril à octobre 2023.

43 entretiens semi-directifs ont été réalisés, auprès de jeunes suivis en consultation (n = 18), d'intervenant·es de CJCA et de porteur·ses de projet de CJCA (n = 14) ainsi que de professionnel·les de structures partenaires (n = 11).



Sur les 14 CJCA incluses dans l'échantillon d'enquête, il n'a été possible de réaliser des entretiens auprès de jeunes que pour six d'entre elles. Les entretiens partenaires ne prenant sens que dans des projets étant

parvenus à toucher leur public (les difficultés de mise en œuvre des projets ayant déjà été documentées en phase 2), l'enquête s'est également faite auprès d'un nombre restreint de projets pour ce type d'enquêtés.

Quatre temps d'observation ethnographique non-participante ont été réalisés de manière complémentaire, auprès de trois projets. Différents types de temps ont ainsi pu être observés : instances de gouvernance et de suivi du partenariat, temps de présence et d'intervention auprès des jeunes.

2.3.1.4. Analyse des données qualitatives collectées

Les entretiens **ont été retranscrits au fur et à mesure de leur réalisation, pour pouvoir faire l'objet d'une analyse thématique et comparative.** Cette modalité d'analyse de contenu est classique en sciences humaines et sociales. Le contenu des entretiens est lu de façon à y repérer les « unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé »²⁷. Une fois ces unités sémantiques (ou thèmes) repérées, elles sont regroupées et organisées en grandes idées.

Cette méthode a permis de vérifier et d'analyser la cohérence thématique entre les différents entretiens réalisés. L'analyse de ces données qualitatives constitue le socle des résultats présentés dans ce rapport, et sont autant que possible mises en perspective avec les résultats de l'enquête quantitative. La retranscription des entretiens a également permis **d'illustrer ces résultats à l'aide de verbatim éclairants** et au plus proche de la réalité des acteurs enquêtés.

La réalisation d'un volume suffisant d'entretiens (43) auprès de trois types d'acteurs parties prenantes des CJCA (professionnel·les, jeunes, partenaires) ainsi que le recoupement des données qualitatives issues des différents entretiens (prise en compte des contextes d'intervention, des caractéristiques des publics et des modalités de partenariats notamment) a permis d'**assurer la validité des résultats obtenus.**

2.3.2. Méthodologie de l'enquête quantitative

2.3.2.1. Protocole et outils de l'enquête quantitative

Comme en phase 2, l'enquête quantitative de phase 3 s'est appuyée sur deux outils :

- **Un questionnaire à destination des jeunes ayant été reçu-es au moins une fois en CJCA :** ce questionnaire portait sur le profil socio-démographique des jeunes, leurs modes de connaissance de la CJCA, leurs motivations et besoins initiaux, leur expérience au sein de la CJCA (caractéristiques du suivi) ainsi que les effets de l'accompagnement (apports perçus, évolution de leur(s) consommation(s), etc.). Les conditions de passation ont été co-déterminées avec les porteur·ses de projet (voir infra). Le questionnaire a fait l'objet d'une passation uniquement pour les projets accueillant des jeunes dans la temporalité de l'expérimentation.
- Un **tableau de bord à remplir par les porteur·ses de projet**, qui visait à récolter des informations-clés sur l'activité de CJCA (nombre de jeunes touché-es, profils socio-démographiques, mode d'entrée dans le suivi, problématiques rencontrées, durée du suivi, etc).

²⁷ Negura Lilian, « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », SociologieS, 2006, Théories et recherches.

2.3.2.2. Réalisation de l'enquête et données collectées

Les deux outils quantitatifs ont été co-construits avec les porteur·ses de projet volontaires lors d'un atelier de travail qui s'est déroulé en décembre 2022.

Une **phase de test a ensuite été réalisée pour le questionnaire à destination des jeunes** : il a été passé par quelques professionnel·les à un échantillon de jeunes reçu·es en consultation afin d'en vérifier la lisibilité, la bonne compréhension par les jeunes ainsi que la cohérence d'ensemble. A l'issue de cette phase de test, des ajustements ont été opérés afin d'arriver à la version définitive du questionnaire.

Le tableau de bord ainsi que les questionnaires ont ensuite été transmis aux porteur·ses des projets s'adressant à des jeunes – et prévoyant l'accueil de jeunes en consultations avancées dans la temporalité de l'expérimentation. Le questionnaire comme le tableau de bord s'accompagnaient d'un guide de passation, visant à faciliter au maximum la passation auprès des jeunes et le remplissage par les professionnel·les. Le questionnaire avait vocation à être rempli de manière autonome par les jeunes, mais les professionnel·les pouvaient leur apporter un soutien en cas d'incompréhension d'une question, par exemple en explicitant les termes. Le questionnaire était anonyme - sans indication relative à la structure de provenance - et les tableaux de bord, associés à chaque projet, ne comportaient pas l'identité des jeunes reçu·es.

Afin de maximiser le taux de réponse, plusieurs formats ont été proposés pour la passation du questionnaire : un **format en ligne**, accessible via un lien ou un QR code. Des tablettes numériques ont par ailleurs été mises à disposition des porteur·ses de projet par l'Agence Phare, afin de faciliter l'accès des jeunes suivi·es à cette version en ligne. Les questionnaires pouvaient également être distribués aux jeunes sous un **format papier**, et retournés ensuite par les porteur·ses à l'Agence Phare par courrier postal ou scannés. Les tableaux de bord ont quant à eux été remplis par les porteur·ses de projet sous un format numérique.

Au total, le questionnaire à destination des jeunes reçu·es en CJCA a été passé dans le cadre de 14 projets recevant des jeunes en consultation dans la temporalité de l'expérimentation. Les tableaux de bord ont quant à eux été remplis par 13 porteur·ses de projet. **Cette passation des outils quantitatifs a permis de récolter 117 questionnaires et une base de données de 393 jeunes recensé·es dans les tableaux de bord.**

L'Agence Phare a orchestré la collecte de ces différentes données auprès des porteur·ses de projet et a été en charge de leur traitement et de l'analyse statistique.

2.3.2.3. Analyse des données quantitatives

Les données récoltées à travers le questionnaire et les tableaux de bord ont fait l'objet d'une **analyse statistique via les logiciels Excel et R.**

Les données ont d'abord été analysées de manière **univariée**, ce qui a permis d'analyser la répartition des jeunes au regard de chacune des variables étudiées. Une **analyse bivariée** a ensuite été réalisée. Concrètement, il s'agissait de mettre en lumière les éventuelles liaisons statistiques entre différents couples de variables, en croisant des « variables à expliquer » et des « variables explicatives ». Les variables à expliquer sont les phénomènes que l'on veut étudier et dont on cherche à comprendre ce qui détermine leur variation. Les variables explicatives sont les variables que l'on croise avec les variables à expliquer pour analyser leurs liens avec ces dernières.

La fiabilité des relations entre les variables analysées a été testée grâce au recours au test du « Khi deux ». N'ont été présentés que les résultats significatifs aux seuils de 0,1%, 1% et 5%, afin que les liens observés entre les variables soient suffisamment fiables d'un point de vue statistique.

Ces données statistiques ont ensuite été présentées de façon graphique.

Les résultats qui ressortent de cette analyse quantitative permettent de **mettre en perspective ceux obtenus grâce au volet qualitatif** de l'enquête **et d'opérer une montée en généralité** des analyses.

PARTIE 3.

Résultats

3.

Un public « cible » des projets difficile à toucher

L'enquête menée en phase 3 réaffirme **la difficulté qu'ont les CJCA à toucher les publics ciblés**. Dans le prolongement d'un constat établi en phase 2, de nombreuses consultations ne sont encore que peu voire pas fréquentées durant la temporalité de l'expérimentation. Les projets évalués **se sont pourtant adressés à des publics nombreux et hétérogènes**, tant du point de vue de leur profil socio-démographique, de leur(s) problématique(s) addictives que de leur rapport au soin (3.1.). Néanmoins, **les freins de mise en œuvre propres aux CJCA continuent d'entraver leur capacité à rencontrer ces publics** (3.2.). Les jeunes fréquentant de manière effective les consultations avancées constituent donc un public plus restreint, qui se distingue notamment par **son appartenance aux classes populaires** (3.3.).

3.1. Une grande hétérogénéité des publics visés, en lien avec la variété des contextes d’implantation

Les CJCA s’adressent à tout·e jeune, consommateur·rice ou non, ayant pour volonté d’être accompagné·e autour des questions de conduites addictives²⁸. L’âge est ainsi le seul critère délimitant le public du dispositif. Or, au sein d’une même classe d’âge, les jeunes sont divisé·es par des inégalités économiques et sociales importantes, qui s’accroissent depuis les années 2000²⁹ : les clivages en fonction de la classe sociale, du genre ou encore du territoire façonnent des réalités contrastées. Les « jeunes » ne constituent dès lors pas un groupe social à proprement parler : ils·elles ne sont regroupé·es sous cet appellation que par un « abus de langage »³⁰ qui les construit comme une catégorie faussement homogène. **Ainsi, derrière le terme « jeunes », les CJCA s’adressent en réalité à des profils très hétérogènes. Ces profils sont fortement déterminés par la diversité des structures dans lesquelles s’implantent les projets.** Notre enquête permet ainsi de distinguer plusieurs types de structures partenaires (3.1.1), et de montrer comment ces dernières influent sur le profil des jeunes visé·es (3.1.2).

3.1.1. Un appui sur une diversité de structures partenaires pour toucher les jeunes

Le premier type de structures regroupe les établissements généralistes, accueillant des jeunes de tous profils. Les CJCA étudiées se sont ainsi implantées pour une grande partie en établissements scolaires relevant de l’Education Nationale, que ce soit en collège, lycée général ou lycée professionnel. Elles ont également pu cibler des structures jeunesse ou de loisirs présentes sur le territoire, comme des Maisons de Quartiers ou des centres socio-culturels.

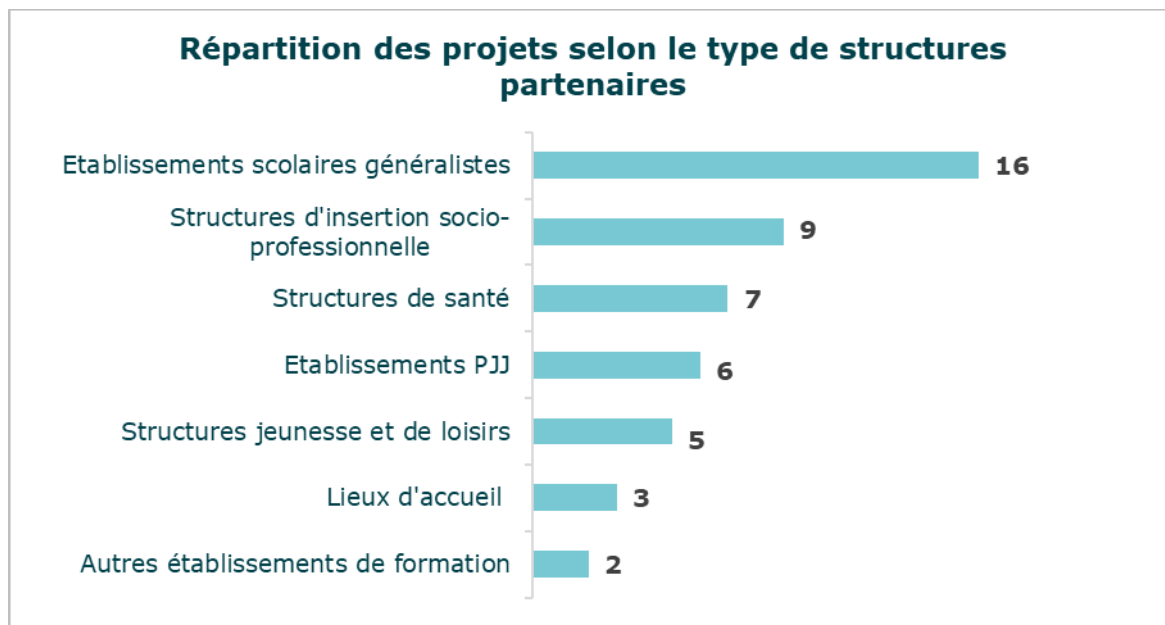
Le second type regroupe les structures « spécialisées » qui accueillent les jeunes en lien avec des situations spécifiques. Ces structures sont bien plus diversifiées au sein de l’échantillon de projets étudiés : elles comportent des **établissements de formation hors Education Nationale**, comme les Centres de Formation d’Apprentis (CFA) ou les Maisons Familiales Rurales (MFR). Il peut également s’agir de **structures d’insertion socio-professionnelle** - dédiées ou non au public jeune - comme les Ecoles de la Seconde Chance (E2C), les Missions Locales, les Centres Communaux d’Action Sociale (CCAS), les Centres d’Information et de Documentation Jeunesse (CIDJ), les Bureaux d’Information Jeunesse (BIJ) ou encore les Maisons France Service. Les projets étudiés ont également pu créer des partenariats avec **des structures de santé** de différents types, comme les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les cabinets médicaux, les Maisons des Adolescents (MDA), les Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ), les Centres de

²⁸ Obradovic Ivana, « Dix ans d’activité des consultations “jeunes consommateurs” », Tendances, 2015, OFDT, no 107.

²⁹ Aden Gaide, « Francine Labadie (dir.), Parcours de jeunes et territoires. Rapport de l’Observatoire de la jeunesse 2014 », *Lectures*, 15 octobre 2015.

³⁰ Gérard Mauger, « «La jeunesse n’est qu’un mot». A propos d’un entretien avec Pierre Bourdieu », *Agora débats/jeunesses*, 2001, vol. 26, n° 1, p. 137-142.

Planification et d'Education Familiale (CPEF) ou encore diverses associations spécialisées dans le champ de la prévention et du soin. En outre, certaines CJCA se sont implantées dans des **établissements relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)**, comme des Centres Educatifs Fermés (CEF) ou des services territoriaux éducatifs de milieu ouvert (STEMO). Enfin, quelques projets ont voulu intervenir auprès des jeunes placés en se rendant dans **divers lieux d'accueil** (CHRS, lieux associatifs, etc.).



3.1.2. Des jeunes ciblé-es aux profils très diversifiés

En conséquence de cette grande diversité de structures partenaires, le public ciblé par les projets de CJCA est lui-même très hétérogène. Il est néanmoins possible d'en distinguer trois catégories. En premier lieu, **les jeunes fréquentant des institutions généralistes** (établissements scolaires, par exemple) **ont des profils divers, mais ont en commun d'être scolarisé-es et ainsi, pour la plupart d'entre eux-elles, d'être socialement inséré-es**. Ces jeunes ne sont pas présent-es dans la structure au titre d'une situation spécifique ou de problématiques particulières ; dès lors, leurs situations socio-économiques, leurs modes de vie ou encore leur état de santé sont autant d'éléments susceptibles de varier au sein de la population ciblée. C'est par exemple le cas dans le cadre d'un projet étudié qui déploie une CJCA en établissement scolaire : l'intervenante constate la diversité des situations qu'elle rencontre au sein de la structure.

[Dans la structure], il y a des [jeunes] qui consomment, d'autres qui ne consomment pas. Je les connais pas tous. [...] Y'en a aussi qui sont très fragiles ; y'a vraiment du tout public. » (Intervenante en CJCA, projet n°14)

En deuxième lieu, **les projets s'adressant à des institutions non généralistes, par exemple des structures d'insertion socio-professionnelle, ciblent des jeunes connaissant des situations spécifiques** : ils-elles peuvent être déscolarisé-es, en recherche d'emploi ou encore en rupture d'accès aux droits. Souvent issu-es de milieux moins favorisés que les jeunes fréquentant des établissements généralistes, ils-elles apparaissent souvent vulnérables au regard de leur situation sociale voire de leur santé. Certain-es professionnel·les font le constat d'une importante prévalence des consommations ou pratiques addictives dans ce type d'établissement, et donc **de besoins relativement homogènes vis-à-**

vis de la prévention et du soin autour de ces problématiques. C'est notamment le cas dans les établissements de formation hors Education Nationale (CFA, MFR) : les jeunes scolarisé·es dans ces structures sont plus souvent issu·es de milieux sociaux moins favorisés que dans l'enseignement général, et ont des consommations ou pratiques addictives plus importantes qu'en moyenne³¹.

« [Les jeunes du CFA] sont pas mal sujets aux addictions au tabac, au cannabis. Je sais pas comment l'expliquer : peut-être les horaires, le service. Et c'est plutôt général au CFA : ils entrent dans la vie active, donc ils ont un salaire et ils peuvent le dépenser dans ce qu'ils aiment » (Professionnel·le d'une structure partenaire, projet n°1)

ENCADRE 3

En CFA, des profils et besoins des jeunes qui varient fortement en fonction des filières

L'un des projets de CJCA étudiés en phase 3 de l'expérimentation a consisté en l'implantation d'une permanence – précédée de temps de sensibilisation et de formation - au sein de deux Centres de Formation des Apprentis (CFA), que les professionnel·les de CJC connaissaient déjà pour y avoir mis en place le programme Tabado les années précédentes. Les CFA comportent plusieurs filières de formation, chacune correspondant à une branche professionnelle - métiers de bouche, services, petite enfance, métiers d'arts, etc. Les profils socio-démographiques des jeunes varient entre ces filières, notamment en termes de genre – les filles étant bien plus représentées dans les métiers en lien avec le soin et la petite enfance, par exemple.

Au-delà des différences de profils, les professionnel·les de la structure constatent des comportements et pratiques très hétérogènes en matière de consommations de produits addictifs. Dès lors, selon la filière, les besoins des jeunes en matière d'accompagnement et de soin apparaissent particulièrement diversifiés.

« Les métiers de bouche sont pas mal sujets aux addictions au tabac, au cannabis. Je sais pas comment l'expliquer : peut-être les horaires, le service. [...] En petite enfance, je pense pas qu'il y ait de fortes addictions. Y'en a quelques-unes, mais un peu moins. Métiers d'arts aussi : ça va être des personnages peut-être sensibles, créatifs, là y'a quand même une consommation de cannabis. Le but c'est pas de caricaturer, mais on a quand même des tendances, et ça nous permet d'être sensibles à ça. » (Professionnel·le d'une structure partenaire, projet n°1)

Enfin, les projets implantés dans des **structures spécialisées** relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), constituant des lieux d'accueil ou de placement (CHRS, associations) ou accueillant des jeunes décrocheur·ses scolaires s'adressent à un public cible bien plus spécifique. Les jeunes fréquentant

³¹ Fabienne El-Khoury Lesueur, Camille Bolze et Maria Melchior, « Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study », *Addictive Behaviors*, mai 2018, vol. 80, p. 110-115.

ces structures sont pour la plupart en situation de marginalité, cumulant les fragilités économiques, sociales, psychologiques et sanitaires. **Bien qu'ils-elles fréquentent pas la structure directement au titre de problématiques addictives, ces problématiques sont omniprésentes chez les jeunes.** Dès lors, il s'agit moins pour l'intervenant·e en CJCA de repérer les besoins que de trouver une manière de les accompagner de manière la plus exhaustive possible. C'est le cas dans le cadre d'un projet de CJCA implanté dans une Ecole de la Seconde Chance (E2C), accueillant des jeunes pour qui les addictions ne sont qu'une problématique parmi d'autres.

« Les jeunes, quand ils sont ici [dans la structure], c'est pas par hasard, c'est que bien souvent, y'a des problématiques périphériques à la formation. Ça peut être des jeunes qui vont avoir eu des parcours scolaires un peu chaotiques, ça peut être pour des problématiques psychologiques, des addictions, des jeunes en souffrance par rapport à des violences familiales, du harcèlement scolaire, etc. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°11)

ENCADRE 4

Une CJCA en Centre Educatif Fermé : l'omniprésence des consommations et des obligations de soin

L'un des projets de CJCA étudiés s'est implanté dans un Centre Educatif Fermé, accueillant une dizaine de jeunes mineurs placés par la Justice, en alternative à l'incarcération. La professionnelle de CJCA y intervient toutes les deux semaines dans le cadre de permanences, durant lesquelles elle reçoit tous les jeunes de la structure, la majorité d'entre eux s'étant vus adresser une obligation de soin par le·la juge. Les consommations, notamment de cannabis, sont en effet omniprésentes parmi les jeunes, et l'infirmière du CEF présente leurs situations et leurs besoins comme étant largement homogènes.

« [Les consommations], c'est omniprésent. [...] Y'a du cannabis, et aussi d'autres consommations plus marginales, qui suivent des effets de mode. [...] Mais le cannabis, c'est l'objet de convoitise, c'est un peu le truc qui gouverne la journée, quoi. On est vraiment dans l'addiction. [Enquêtrice : Les jeunes sont nombreux à avoir une obligation de soin ?] La majorité [...] mais à un moment donné, obligation de soin ou pas, on est pas dupe sur le fait qu'ils consomment. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°4)

Parce qu'ils s'implantent au sein d'une diversité de structures partenaires et dans des territoires variés, les projets de CJCA s'adressent donc à un public **très hétérogène, dont les caractéristiques socio-démographiques, les problématiques addictives et le rapport au soin varient fortement.**

3.2. Des publics difficiles à rencontrer : des freins persistants dans la mise en œuvre des projets

Si les projets de CJCA étudiés ciblent des profils de jeunes très diversifiés, **les professionnel·les connaissent des difficultés à rencontrer leur public sur le terrain**. L'analyse des tableaux de bord montre qu'en phase 3, environ la moitié des projets soutenus dans le cadre de l'appel à projet ont pu accompagner des jeunes dans la temporalité de l'expérimentation, soit avant la fin de l'année 2023³². Parmi ces projets, certains n'ont touché qu'une partie restreinte des jeunes qu'ils entendaient cibler. **Cet écart entre le public cible et le public effectivement suivi en CJCA est lié à des freins de plusieurs natures** : en premier lieu, **les équipes disposent souvent de peu de moyens pour déployer leur projet**, ce qui peut contraindre leur développement (3.2.1). Les professionnel·les se heurtent également à des **obstacles méthodologiques**, ne disposant pas tous·tes des méthodes adéquates pour construire leurs partenariats et restant soumis à la temporalité restreinte de l'appel à projet (3.2.2). Face à ces difficultés, **l'accompagnement proposé par Addictions France peut permettre de dépasser certains écueils et de générer des marges d'action supplémentaires** (3.2.3).

3.2.1. Des moyens financiers et humains limités qui contraignent la mise en œuvre des projets

En premier lieu, et ainsi que cela avait été démontré dans le rapport d'évaluation de la phase 2, **les structures porteuses de projet disposent de peu de ressources pour déployer les Consultations Jeunes Consommateurs Avancées**. Les équipes intervenant sur les projets de CJCA sont ainsi souvent restreintes du point de vue du nombre d'Équivalents Temps Plein (ETP) dédiés : la plupart des équipes de CJC étudiées disposent en effet d'une ou deux personnes intervenant en CJCA, partageant pour la plupart leur temps de travail avec d'autres missions de la CJC ou du CSAPA. **L'insuffisance et le morcellement du temps de travail dédié à la CJCA, ainsi que le turn-over des équipes, constituent autant de freins potentiels au déploiement des consultations avancées**. Ces freins peuvent placer les professionnel·les dans des situations de travail en urgence et ainsi réduire leurs marges de manœuvre, en particulier pour ce qui est des registres d'action plus novateurs ou expérimentaux.

« Les cadences font qu'expérimenter, c'est un luxe. On fait ce qu'on peut, on a 4h par jour... Il faut être tout le temps là pour que ça marche, mais sans budget et sans financement... on a plein d'idées d'expérimentation, mais ensuite en termes de temps, c'est autre chose. » (Intervenant·e en CJCA, projet de phase 2)

En second lieu, on observe une **faible diversité dans le profil des professionnel·les impliqués au sein d'un même projet**. Ce manque de diversité peut nuire au développement des CJCA. En effet, **le déploiement des projets nécessite des compétences hybrides, à la fois au niveau du soin et de la structuration du partenariat avec la ou les structures d'accueil**. Les professionnel·les en charge

³² Pour plus d'informations sur les tableaux de bord, voir la partie sur la méthodologie d'enquête quantitative déployée en introduction.

du projet doivent en effet être capables, en plus d'assurer les éventuelles séances de prévention et les consultations individuelles, de prendre contact avec les structures partenaires, d'effectuer un diagnostic des besoins et de faisabilité, de formaliser et animer le partenariat, de construire un lien avec des interlocuteur·rices-relais, de se faire connaître auprès des autres professionnel·les ou encore de déployer une communication autour de la CJCA au sein de la structure. Ces différentes compétences requises ne sont pas réparties à l'identique entre les professionnel·les d'une même équipe : elles dépendent largement de la formation et de la profession des intervenant·es. Il apparaît ainsi que **les éducateur·rices spécialisé·es – et autres profils similaires – sont davantage à même de gérer la dynamique partenariale en créant des relais au sein de la structure d'implantation**. Les psychologues et infirmier·ères, quant à eux·elles, se montrent à l'aise dans leurs espaces de prédilection – la consultation, les formations et parfois les séances collectives – mais semblent parfois moins maîtriser les aspects relatifs à la gestion du partenariat.

Dès lors, **la pluridisciplinarité des équipes intervenant en CJCA apparaît comme un levier important pour dépasser les difficultés posées par le manque de compétences hybrides chez les professionnel·les**. Lorsque cette pluridisciplinarité n'est pas disponible au sein même de l'équipe de CJCA, elle peut être compensée par celle existant au sein de la structure de rattachement des professionnel·les : les intervenant·es peuvent ainsi ponctuellement s'appuyer sur les équipes du CSAPA en cas de difficultés. Formé en tant qu'éducateur technique spécialisé, un des intervenants enquêtés a ainsi fortement investi la dimension partenariale du projet de CJCA, tout en s'appuyant sur le vivier de compétences du CSAPA pour compenser certaines de ses lacunes attenant à la psychiatrie et au soin.

« Au début du projet, il fallait ouvrir des liens avec les partenaires pour faire les activités de groupe, rencontrer d'autres partenaires qui nous orientent du public. C'est toujours un peu cet équilibre, et puis les échanges pluridisciplinaires avec l'équipe aident sur l'aspect psychiatrique. Il y a une intelligence collective au sein du CSAPA qui est rassurante. » (Intervenant en CJCA, projet n°8)

S'il peut être compensé dans le cadre de certaines configurations – pluridisciplinarité des équipes, appui sur le CSAPA, etc. - **le manque de ressources humaines comme financières allouées aux projets de CJCA n'en reste pas moins un frein structurel à une mise en œuvre optimale des consultations avancées**.

3.2.2. Des freins méthodologiques et une temporalité restreinte des projets qui peuvent entraver la mise en œuvre des CJCA

Au-delà des freins structurels liés au manque de moyens humains et financiers, **les projets de CJCA peuvent également se heurter à des obstacles d'ordre méthodologique, qui ont trait aux pratiques d'implantation et de mise en œuvre des consultations avancées dans les structures partenaires**.

En premier lieu, les porteur·ses de projet apparaissent en effet **encore insuffisamment outillé·es pour mettre en place un travail de diagnostic complet** et efficace en amont de l'implantation de la CJCA. Si les professionnel·les investissent davantage cette dimension qu'en deuxième phase du projet, **c'est souvent avant tout une logique de diagnostic du besoin qui est adoptée, plutôt qu'une logique de diagnostic de faisabilité et d'opportunité**. Les méthodes déployées par les projets visent ainsi

surtout à recenser les consommations et questionnements des jeunes, notamment via l'utilisation de questionnaires. Les CJCA prennent néanmoins rarement en considération **d'autres variables en lien avec les caractéristiques de la structure partenaire** : l'implication des équipes, la possibilité de trouver des professionnel·les-relai ou encore la proximité entre les professionnel·les et les jeunes. Ces différents éléments **sont rarement investigués de manière fine et formalisée**, alors même qu'il s'agit de facteurs clés pour la bonne mise en œuvre des projets.

De la même manière, **le format du partenariat** – implantation d'une permanence, organisation de séances de prévention collectives, etc. – **répond souvent davantage à la demande formulée par les professionnel·les partenaires qu'à un réel diagnostic des conditions d'implantation possibles au sein de la structure**. En d'autres termes, les équipes de CJC ont tendance à adapter leur consultation avancée aux demandes de leurs partenaires, sans chercher à déterminer si les conditions de faisabilité sont réunies dans le contexte d'implantation concerné, comme le montre l'exemple développé dans l'encadré n°5.

Au-delà des difficultés méthodologiques rencontrées dans la mise en œuvre des consultations avancées, l'évaluation met en avant la nécessité pour les projets **de s'inscrire dans le temps long**. En effet, les projets initiés en phase 2 et poursuivis en phase 3 sont ceux dont la mise en œuvre apparaît la plus aboutie et qui par conséquent reçoivent le plus de jeunes : **l'analyse des tableaux de bord collectés en phase 3 montre ainsi que près de 65% des jeunes reçu·es en CJCA durant l'année 2022-2023 ont été rencontrés dans le cadre de projets initiés en phase 2 de l'expérimentation**³³. Ceci s'explique par la durée nécessaire aux différentes étapes de mise en œuvre des projets, notamment en ce qui concerne la phase de construction des partenariats, durant laquelle les équipes de CJC se retrouvent **dépendantes des temporalités propres aux structures dans lesquelles elles cherchent à s'implanter**. Ainsi, la prise de contact avec les professionnel·les partenaires, les différents temps de rencontre, la définition des modalités d'intervention ou encore la formalisation du partenariat sont autant d'étapes indispensables à la mise en œuvre du projet qui peuvent s'étaler dans le temps au gré des contraintes internes aux structures. **Dès lors, le calendrier initial du projet s'en trouve souvent retardé et les consultations avancées peuvent démarrer plus tardivement que prévu**. En outre, une fois la CJCA officiellement lancée, son fonctionnement effectif est largement dépendant des actions de communication mises en place au sein de la structure, de la coopération avec les professionnel·les-relai, du travail auprès de l'ensemble de l'équipe – autant d'étapes nécessaires à la venue des jeunes en consultation. Ces pratiques **tendent elles aussi à s'établir sur le temps long, lorsque la relation partenariale se routinise et que la CJCA devient véritablement visible au sein de la structure**.

Or, **la temporalité réduite de l'appel à projet et son caractère expérimental** peuvent parfois paraître incompatibles avec le temps nécessaire à une mise en place puis un développement optimal des CJCA. Au-delà de la frilosité de certain·es professionnel·les, qui peinent à investir pleinement un dispositif potentiellement limité dans le temps, certains projets de CJCA ne peuvent pas aboutir dans le temps imparti de l'appel à projet. La temporalité restreinte de l'expérimentation rend ainsi parfois impossible l'accompagnement effectif de jeunes au sein de la structure d'implantation.

Ces différents freins d'ordre structurel, méthodologique ou temporel participent à expliquer l'incapacité de certains projets de CJCA à rencontrer leur public cible.

³³ Pour plus d'informations sur les tableaux de bord, voir la partie sur la méthodologie d'enquête quantitative déployée en introduction.

Les limites d'une CJCA en lycée général : une absence de diagnostic de faisabilité en amont de l'implantation du projet

Un des projets de CJCA étudiés met en œuvre, depuis 2017, une CJCA au sein d'un lycée général de très grande taille, accueillant 1200 élèves. Le partenariat consiste en la tenue d'une permanence une demi-journée toutes les deux semaines, accompagnée de diverses actions de communication pour la rendre visible auprès des élèves – passage en début d'année dans les classes pour présenter la consultation avancée, prise de contact avec les professeur·es, etc. En 2017, la construction de ce partenariat répondait à une volonté du CSAPA d'intervenir davantage dans les établissements scolaires du territoire, pratique jusqu'alors inexistante. Ce lycée a été choisi par les professionnel·les principalement pour des raisons pratiques, car il se situe à proximité du CSAPA. Pourtant, depuis 2017, les intervenant·es se heurtent à plusieurs freins venant entraver la venue des jeunes en consultation. Ces freins sont principalement relatifs aux caractéristiques du lycée et de ses professionnel·les : les équipes éducatives apparaissent peu réceptives et/ou intéressé·es par le partenariat, à l'exception de la CPE qui joue le rôle d'interlocutrice principale. De ce fait, peu de professionnel·les se font les relais des intervenant·es dans la communication auprès des élèves, se montrant assez inactif·ves dans le repérage des besoins et l'information des jeunes.

« C'est un lycée où les profs ont du mal à... nous, on a fait notre petite sensibilisation, y'avait seulement une dizaine de profs sur cinquante. C'est un gros lycée, y'a 1200 élèves en tout. Et les profs sont pas très soudés, on arrive pas à tous les toucher, c'est souvent les mêmes. [...] Les années précédentes, j'avais rencontré tous les profs principaux pour expliquer en quoi la CJCA consistait, parce qu'il y avait des réticences. Mais c'est pas pour autant qu'ils nous ont envoyé des jeunes. » (Intervenante en CJCA, projet n°9)

De manière générale, les intervenant·es en CJCA ont du mal à se faire repérer par les équipes – les professeur·es, la vie scolaire comme la direction – et accèdent laborieusement à des conditions de travail satisfaisantes (salle adaptée aux consultations, etc.).

« Comme c'est un énorme établissement, que tout le monde fait un peu sa vie, quand on est là ils se souviennent de nous, mais quand on est pas là, y'a plus personne. Il faudrait qu'on soit là tous les jours, tout le temps, pour qu'on finisse par être vraiment identifiés, mais c'est pas possible, quoi. » (Intervenante en CJCA, projet n°9)

Ces différentes difficultés étant endogènes à la structure, la réalisation d'un diagnostic de faisabilité avant la mise en place du partenariat aurait pu permettre de repérer et d'anticiper ces freins, et ainsi de privilégier une structure partenaire au sein de laquelle l'implantation de la CJCA eût été davantage facilitée.

3.2.3. Un effet levier de l'accompagnement par Addictions France pour générer des marges d'action

Face aux difficultés rencontrées par les professionnel·les dans le déploiement des CJCA, l'accompagnement d'Addictions France permet de lever certains freins dans la mise en œuvre des projets.

En premier lieu, l'accompagnement d'Addictions France permet d'accompagner les intervenant·es spécialisé·es en soin - psychologues, infirmier·es, etc. - pour monter en compétences autour de la gestion de projet. La mise en place et l'animation du partenariat peut en effet se révéler plus complexes pour ces professionnel·les. Les aspects administratifs de la gestion de projet (établissement de convention, etc.) sont notamment susceptibles de leur poser des difficultés. Dans ces situations, l'accès à un accompagnement individualisé par la cheffe de projet représente une aide utile dans la construction des projets.

« [L'accompagnement] m'a aidée pour les conventions, des choses très pratiques [...] Après ce qu'il se passe à l'intérieur de la consult, non, ça je sais, mais tous les à-côtés. Pour savoir expliquer le bien-fondé de ma venue dans les structures, [...] comment expliquer de faire ça intramuros... » (Intervenante en CJCA, projet n°4)

La participation à l'expérimentation représente également, pour les porteur·ses de projet, une source d'enseignements susceptible d'influer tant sur la structuration que sur le contenu des projets. En effet, l'accompagnement individualisé permet tout d'abord de diffuser les connaissances construites au fil de l'expérimentation, intégrées dans des guides méthodologiques facilement préhensibles par les équipes des CJCA. Le cadre de l'appel à projet fournit ainsi aux équipes des outils opérationnels pour faciliter la mise en œuvre de leur projet – questionnaire de diagnostic des besoins, trame de diagnostic de faisabilité du partenariat, etc.

« La Mission Locale était intéressée par la CJCA parce qu'ils n'ont pas beaucoup d'intervenants sociaux qui viennent les aider à identifier et traiter des problématiques des jeunes. [L'intervenante] leur a fait passer un questionnaire fourni par [la cheffe de projet] pour déterminer la pertinence de mettre en place la CJCA au sein de la structure. » (Intervenante en CJCA, projet n°10)

Outre la diffusion d'outils de construction du partenariat, **l'accompagnement individualisé des porteur·ses de projet peut également leur apporter une aide dans le contenu de leurs interventions au sein des structures**, que ce soit en termes de communication, de visibilité de la consultation ou de modalités d'accompagnement des jeunes. Certains professionnel·les utilisent ainsi cet accompagnement pour développer ou consolider de nouveaux registres d'action, qu'ils·elles mettent en œuvre au sein des structures dans lesquelles ils·elles interviennent.

« On était un peu la tête dans le guidon, à se dire « j'ai plus d'idées ». [...] Du coup, [la cheffe de projet] nous a donné plein de pistes pour qu'on se remobilise, qu'on tente des nouveaux trucs. Par exemple, elle nous a donné de la matière pour pouvoir faire une bonne sensibilisation, là où moi j'étais pas trop sûre si c'était bien ce que je faisais, donc je me lançais pas trop. Donc voilà, ça nous a apporté ça : un regard

extérieur et une réflexion sur nos pratiques pour nous améliorer » (Intervenante en CJCA, projet n°9).

Enfin, au-delà de l'accompagnement individuel dont les porteur·ses de projet ont bénéficié, l'expérimentation prévoyait également l'organisation de groupes de travail. **Ces groupes ont offert aux participant·es l'accès à des espaces de rencontre et d'échange réunissant des professionnel·les sujets aux mêmes difficultés et questionnements.** Ils ont permis un partage d'expérience, d'idées et de pratiques qui ont pu être profitables aux équipes de CJCA. Plusieurs effets en ont découlé, à commencer par l'enrichissement de certains projets qui ont mis en œuvre de nouvelles modalités d'action en s'appuyant sur l'expertise des autres intervenant·es.

« Dans l'une des [réunions] avec [la cheffe de projet], il y avait une participante qui nous décrivait une action par les pairs. Elle nous partageait un peu son expérience par rapport à la formation des pairs, et on s'en est inspirée pour monter la nôtre [...]. Et dans le groupe de travail avec [la cheffe de projet], en partageant avec les autres collègues, on a travaillé sur la manière de nommer [ce rôle] (jeune pair, pair, ambassadeur). Ambassadeur, il semble que c'est ce qui collait le mieux. » (Intervenante en CJCA, projet n°14)

En outre, les groupes de travail ont également eu pour effet **d'identifier les contextes d'intervention pertinents pour la mise en place des différents registres d'action.** Les participant·es ont ainsi pu analyser ensemble les configurations dans lesquelles certaines modalités d'action fonctionnent ou sont au contraire peu pertinentes. Ainsi, ces échanges ont parfois dissuadé certain·es professionnel·les de mettre en œuvre des pratiques davantage innovantes lorsqu'elles ne semblaient pas adaptées aux caractéristiques de la structure partenaire.

« On faisait partie du groupe de travail là-dessus, c'est hyper compliqué la médiation par les pairs. Je m'étais pas rendue compte à quel point. J'ai l'impression qu'à chaque séance qu'on faisait, je repartais avec plus de questions que de réponses... Donc pour l'instant, on mise à fond sur le repérage, et après on verra » (Intervenante en CJCA, projet n°9)

La participation à des groupes de travail permet donc de nourrir des réflexions autour de dimensions très concrètes des projets de CJCA déployés : modalités d'action à mettre en œuvre en fonction du contexte, aspects administratifs du partenariat, consolidation des liens avec les professionnel·les partenaires, etc. Pour autant, il peut également **complexifier la mise en œuvre des projets, en particulier pour les CJC disposant de moyens humains très réduits.** C'est notamment le cas pour l'une des intervenante, seule pour le déploiement de la CJCA dans l'établissement dont elle s'occupe, et qui n'a que quelques heures par semaine à y consacrer. L'accompagnement proposé par Addictions France apparaît dès lors trop chronophage, **la quantité d'informations et de sollicitations se révélant trop importante par rapport au temps consacré à la CJCA.**

« Ma cheffe nous a mis [dans l'expérimentation] en cours de route, donc moi j'ai pas tout suivi. J'ai reçu plein de mails et ça me faisait un peu trop car j'ai pas que les CJC. C'est 15% de ma pratique, ça m'occupe une demi-journée sur la semaine. Teams, je l'utilise pas, je l'ouvre pas, je regarde pas... On nous avait proposé le compte Instagram tout ça, moi je ne maîtrise pas... » (Intervenante en CJCA, projet n°1)

Malgré ces limites, il est possible de conclure que, dans un contexte où les structures porteuses demeurent peu dotées et parfois peu acculturées aux enjeux des Consultations Jeunes Consommateurs Avancées, **l'accompagnement déployé par Addictions France, en apportant un appui méthodologique et en créant des espaces de réflexion collective, contribue au renforcement des projets et à l'autonomisation des équipes dans le déploiement de leurs CJCA.**

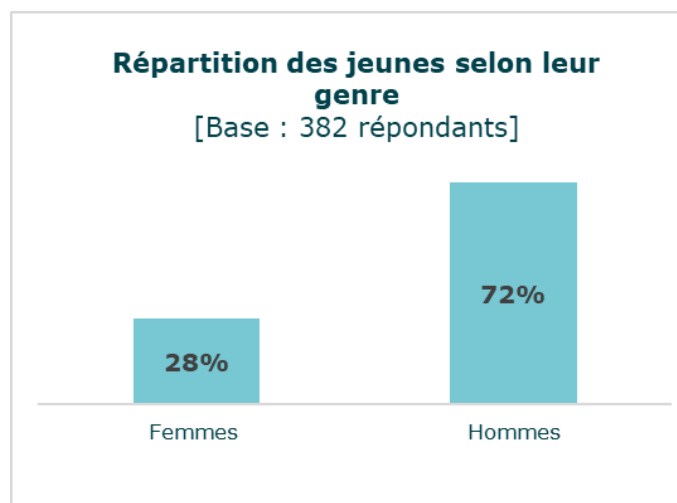
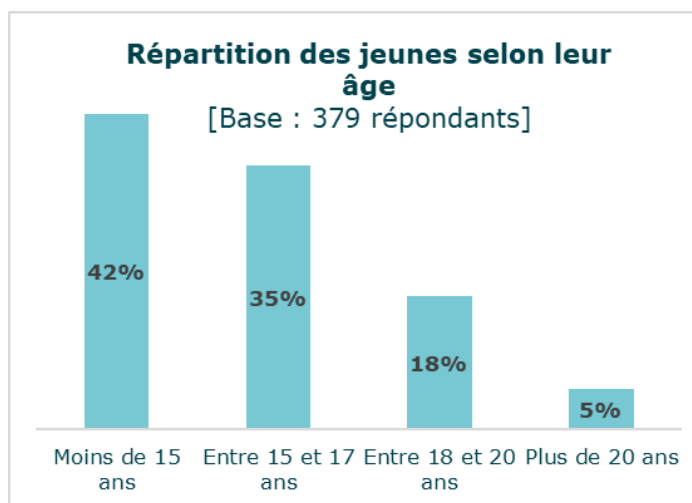
3.3. Le public majoritaire touché par les projets : des garçons scolarisé·es issus de milieu défavorisé

L'enquête quantitative permet de **décrire le profil des jeunes effectivement touché·es** – c'est-à-dire reçu·es au moins une fois en consultation, que celle-ci soit formelle ou non – **dans le cadre des différents projets de CJCA étudiés lors de la troisième phase de l'expérimentation.** Si **le public cible** des projets recoupe des profils socio-démographiques hétérogènes, **les jeunes réellement suivi·es en CJCA représentent une frange bien plus réduite de la population visée. Ils·elles se distinguent par plusieurs caractéristiques.**

En premier lieu, près de la moitié (42%) des jeunes reçu·es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation sont âgé·es de moins de 15 ans, et 35% ont entre 15 et 17 ans. **Les jeunes majeur·es représentent donc une minorité des jeunes touché·es par les projets.** Ce biais s'explique par les types de structures d'implantation choisies par les équipes de CJC : plus d'un tiers des projets interviennent en établissements scolaires (voir partie 3.1), ciblant donc des jeunes scolarisé·es et mineur·es.

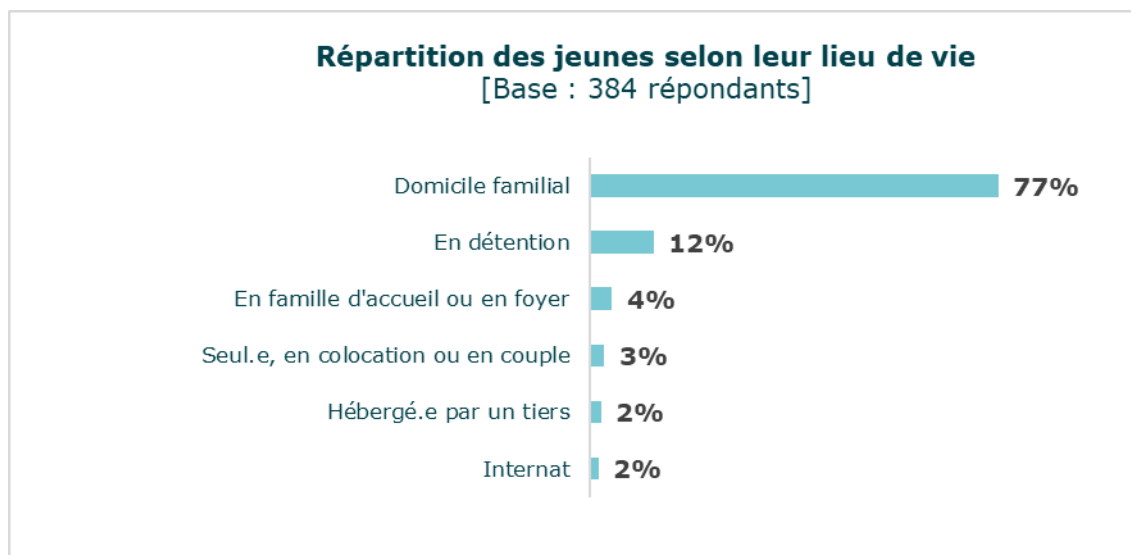
En termes de genre, on observe que **près des trois quarts (72%) des jeunes reçu·es en CJCA sont des hommes.** Cette surreprésentation masculine, largement marquée, se retrouve également dans la fréquentation des CJC : les travaux de l'OFDT montrent en effet qu'en 2015, 80% des jeunes accueilli·es en CJC étaient des hommes³⁴. On constate dès lors **que la mise en place de consultations avancées ne permet pas réellement de pallier la faible fréquentation des publics féminins.**

³⁴ C. Protais et al., « Evolution du public des CJC (2014-2015) », art cit.



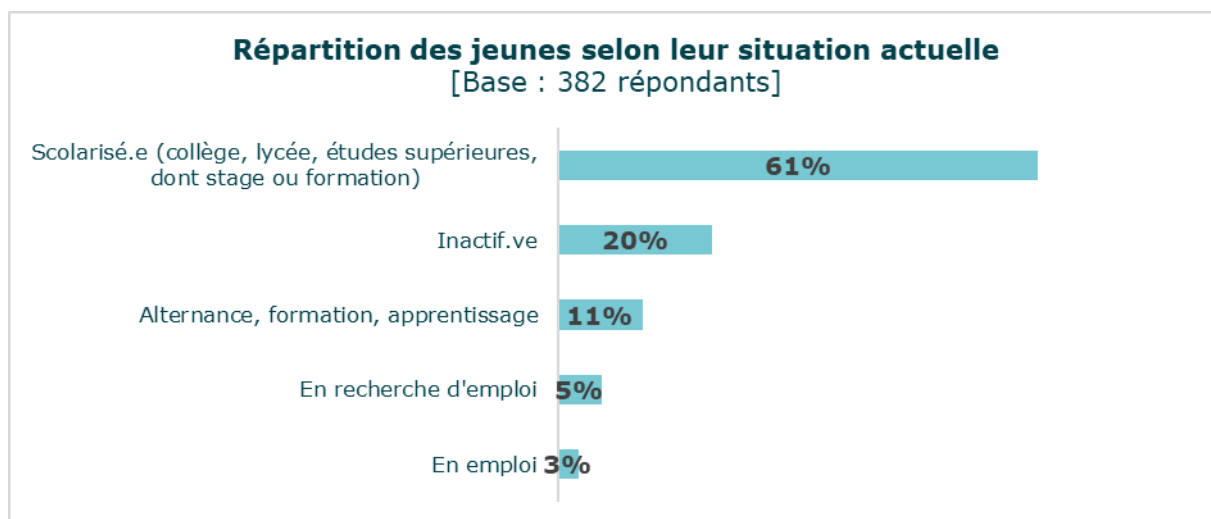
Source : tableaux de bord de phase 3. Lecture : 35% des jeunes reçu-es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation ont entre 15 et 17 ans, et 72% des jeunes reçu-es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation sont des hommes.

Concernant leur lieu d'habitation, **la majorité (77%) des jeunes reçu-es en CJCA vivent au sein de leur domicile familial**. Ceci peut s'expliquer par leur âge : une grande partie d'entre eux-elles étant mineur-es, ils-elles n'ont pas encore passé l'étape de la décohabitation, qui survient généralement au moment de l'entrée dans les études supérieures ou sur le marché du travail. On observe également qu'une partie des jeunes bénéficiaires (12%) se trouvent en détention au moment de leur suivi, du fait de l'implantation de plusieurs projets de CJCA dans des structures de milieu fermé relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). En outre, quelques jeunes sont hébergé-es en famille d'accueil ou en foyer (4%), vivent dans leur propre logement (3%), chez un tiers (2%) ou dans un internat (2%).



Source : tableaux de bord de phase 3. Lecture : 77% des jeunes reçu-es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation vivent au sein de leur domicile familial.

Concernant leur situation actuelle, **les jeunes reçu-es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation sont 61% à être scolarisé-es, que ce soit en collège, en lycée ou en études supérieures**. Là encore, ce résultat est corrélé à l'âge du public jeune touché par les projets, une grande partie étant mineur-es et donc en âge d'être scolarisé-es. En outre, **une part non négligeable de la population touchée (20%) est en situation d'inactivité**, c'est-à-dire ni scolarisée, ni en formation, ni en emploi, ni en recherche d'emploi. Ces jeunes sont pour la plupart suivi-es dans le cadre des projets implantés dans des structures d'insertion socio-professionnelle. Les autres jeunes fréquentant les CJCA sont en alternance, formation ou apprentissage (11%), en recherche d'emploi (5%) ou en emploi (3%). **On observe ainsi que les jeunes inséré-es dans l'emploi sont très minoritaires parmi les bénéficiaires des CJCA.**



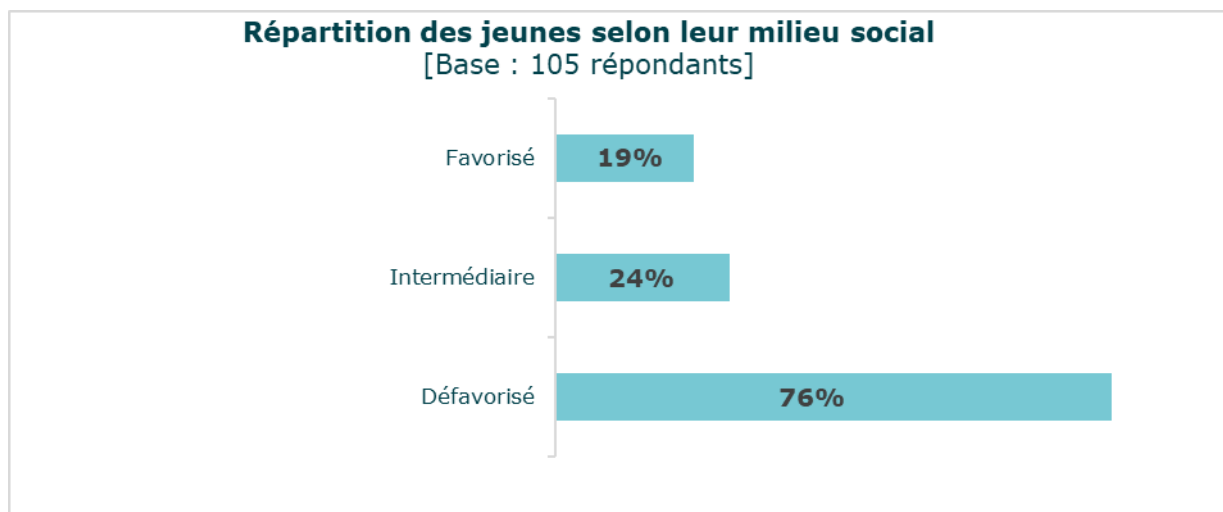
Source : tableaux de bord de phase 3. Lecture : 61% des jeunes reçu-es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation sont scolarisé-es.

L'enquête quantitative montre également que **les trois quarts des jeunes reçu-es en CJCA (76%) sont issu-es de milieux défavorisés**³⁵. Un quart d'entre eux·elles appartiennent à une catégorie sociale intermédiaire, tandis que 19% sont issu-es d'un milieu favorisé. Cette **surreprésentation des jeunes issu-es de milieu défavorisé dans les files actives des consultations avancées n'est pas liée à un biais dans les publics et des partenaires ciblés par les projets**. Les CJCA s'implantent en effet surtout dans des établissements généralistes (voir partie 3.1), alors que les jeunes défavorisé-es sont surreprésenté-es dans les structures d'insertion socio-professionnelle ou les institutions comme la PJJ ou l'ASE. Là encore, ce résultat fait écho à des données similaires relatives au profil des jeunes consommateurs : des travaux ont en effet mis en avant une prévalence des pratiques addictives bien plus importante parmi les jeunes de classes populaires³⁶. Ceci peut expliquer pourquoi ce sont les jeunes les

³⁵ L'indicateur de milieu social est construit à partir de la profession des parents, renseignée par les jeunes dans le questionnaire, elle-même recodée en catégorie socio-professionnelle (CSP). Les jeunes issu-es de milieu défavorisé sont ceux·celles dont les deux parents sont soit employé·es, soit ouvrier·ères, soit sans emploi. Les jeunes appartenant à une classe « intermédiaire » ont au moins un de leur parent occupant une profession intermédiaire ou étant artisan·e, commerçant·e, chef·fe d'entreprise. Les jeunes issu-es d'un milieu favorisé ont au moins un de leur parent appartenant à la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures ».

³⁶ Fabienne El-Khoury Lesueur, Camille Boize et Maria Melchior, « Les adolescent·es face au tabac: émergence précoce des inégalités sociales. L'étude nationale DEPICT (2016) », *BEH*, 2018, n° 14-15.

plus défavorisé·es économiquement et socialement qui fréquentent le plus les consultations avancées, au regard de leurs consommations et pratiques addictives plus importantes et donc de leurs besoins plus prononcés.

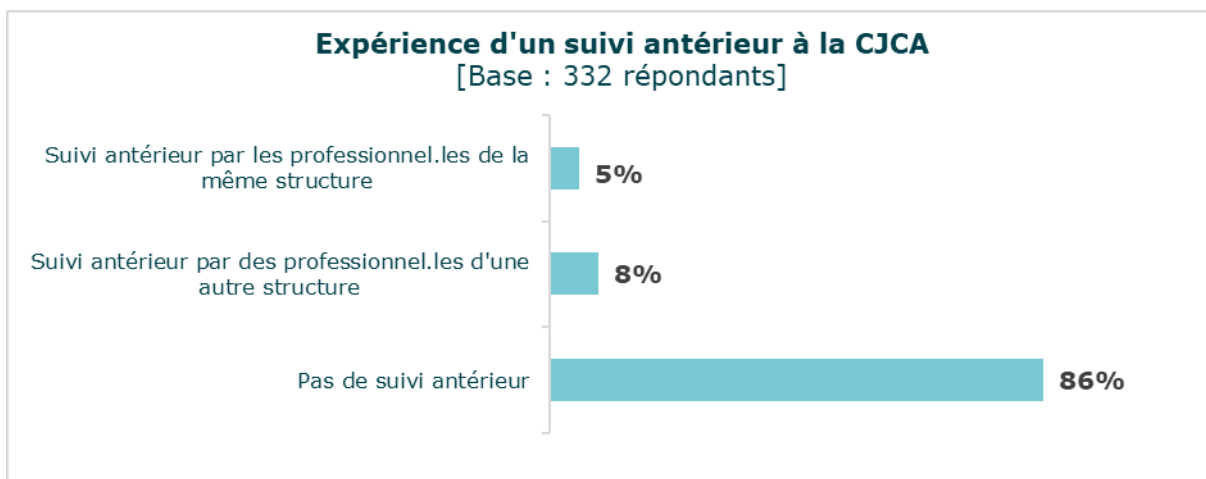


Source : questionnaires de phase 3. Lecture : 76% des jeunes reçu·es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation sont issu·es de milieu défavorisé.

Le public jeune reçu en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation est composé d'une grande partie de jeunes n'ayant jamais été suivi·es auparavant pour les mêmes problématiques : pour 86% d'entre eux·elles, leur entrée en consultation avancée constitue donc leur première expérience d'accompagnement ou de soin autour des consommations ou pratiques addictives. Seul·es 8% des jeunes reçu·es avaient déjà bénéficié d'un suivi antérieur dans une autre structure, et 5% au sein de la même structure. **Il apparaît donc que les consultations avancées permettent de toucher un public non accoutumé au soin, et ainsi de faciliter l'accès au soin de jeunes n'y ayant pas eu accès auparavant.** Ainsi, certain·es jeunes se rendent en CJCA tout en étant par ailleurs averses aux consultations de santé de manière générale.

« Personnellement, je suis pas fou des médecins, etc, c'est une phobie. J'aime pas les hôpitaux. [...] Pour moi, toute forme médicale, c'est pas mon truc, je préfère éviter. [...] Et ici [dans la structure qu'il fréquente], on sent que l'environnement est sain, en fait. Je me suis habitué, au fur et à mesure du temps, à repérer les bons endroits avec les bonnes ondes, et les mauvais endroits. Et [cette structure], je trouve que c'est un endroit qui est bien, on s'y sent bien. Je suis pas inquiet, ici. »
(Jeune suivi, 21-25 ans³⁷, projet n°8)

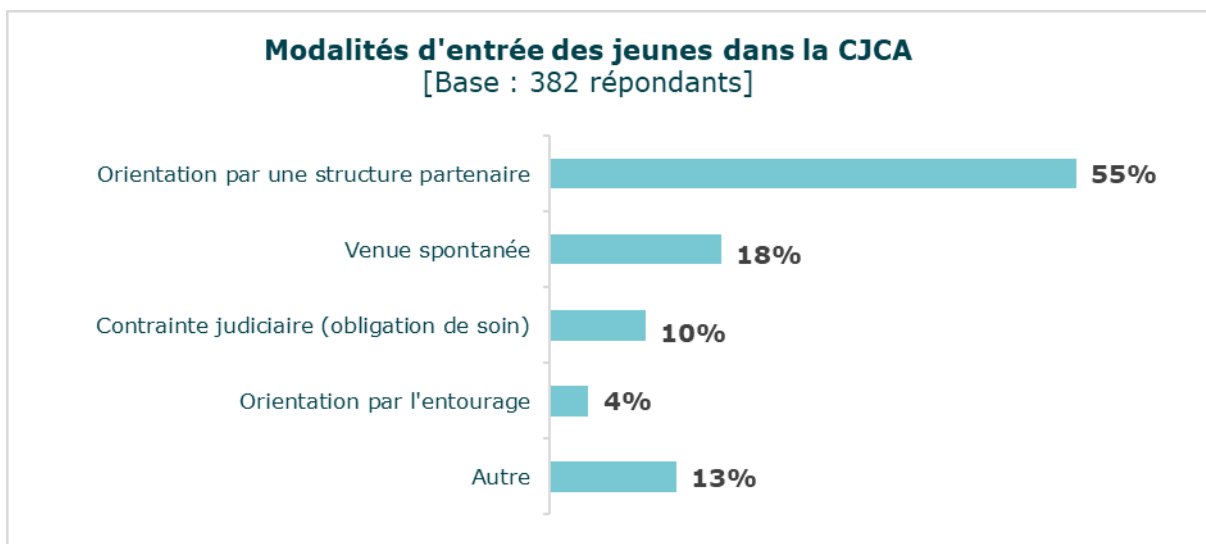
³⁷ Pour maintenir l'anonymat des entretiens, seule une tranche d'âge est indiquée à la suite des verbatims, l'âge précis permettant d'identifier certain·es des jeunes enquêté·es.



Source : tableaux de bord de phase 3. Lecture : 86% des jeunes reçu-es en CJCA n'avaient jamais été suivi-es antérieurement par rapport à leurs consommations ou pratiques addictives.

Les jeunes reçu-es en CJCA entrent dans la consultation via différentes modalités. **Plus de la moitié d'entre eux-elles (55%) sont orienté-es par un partenaire**, principalement la structure dans laquelle est implantée la consultation. Dans ces cas de figure, le-la jeune est souvent guidé-e vers la CJCA, de manière plus ou moins prescriptive, par un-e professionnel-le de la structure avec qui il-elle est en lien – il s'agit souvent du ou de la professionnel-le qui se fait le relai principal de l'intervenant-e auprès des jeunes reçu-es, mais également d'autres membres de l'équipe en contact avec les jeunes et qui repèrent des besoins dans leur travail quotidien.

« [Prénom du professionnel] m'a parlé d'une dame que je pourrais peut-être rencontrer, qui pourrait peut-être m'aider pour mes problèmes. [...] Il m'a dit qu'elle pourrait mieux m'aider. Que c'était une infirmière. Lui je lui parlais et il m'écoutait mais là c'est différent. » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)



Source : tableaux de bord de phase 3. Lecture : 55% des jeunes reçu-es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation ont été orienté-es par une structure partenaire.

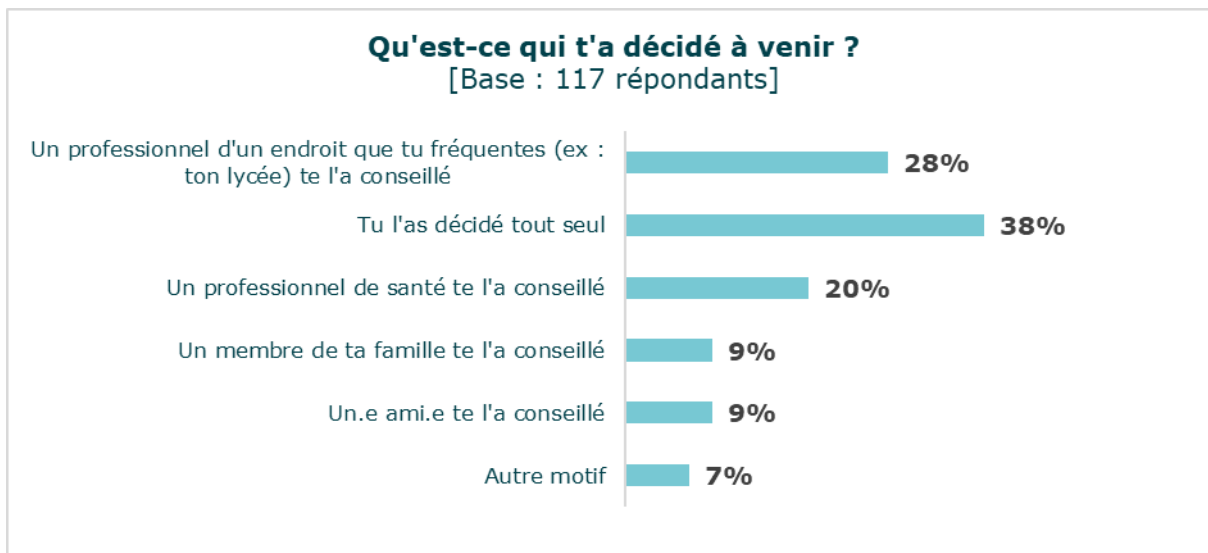
En outre, **près d'un cinquième des jeunes (18%) se rendent spontanément en consultation avancée**, sans y avoir été obligé·es ni avoir été orienté·es par un·e professionnel·le de leur structure. Il peut s'agir de jeunes qui ont connu la CJCA via la communication mise en place par les intervenant·es, ayant par exemple assisté à une séance de présentation ou ayant appris l'existence de la consultation par d'autres biais (bouche-à-oreille au sein de leur entourage, affiche, flyer, post sur les réseaux sociaux). **Les modes de communication les plus efficaces à ce niveau-là semblent être ceux relevant d'une communication « active », c'est-à-dire animée par l'intervenant·e en personne**, qu'ils prennent la forme d'un passage dans les classes en début d'année dans le cadre d'établissements scolaires, de séances de prévention ou d'ateliers de sensibilisation auprès des jeunes de la structure. A l'inverse, la communication visuelle (affiches, flyers), si elle est utile pour rappeler l'existence de la consultation, ne semble pas représenter la première source d'information pour les jeunes. En effet, lorsqu'on les interroge sur la manière dont ils·elles ont entendu parler de la consultation pour la première fois, seul·es 12% d'entre eux·elles répondent « par une affiche ou un flyer », alors que 36% indiquent que c'était par le biais d'une action de prévention. Par ailleurs, 19% ont bénéficié du bouche-à-oreille au sein de leur entourage³⁸.

On observe également que **10% des jeunes reçu·es en CJCA se sont rendu·es en consultation par contrainte judiciaire, étant soumis à une obligation de soin**. La majorité de ces jeunes fréquentent des structures relevant de la PJJ, comme des STEMO ou des Centres Educatifs Fermés (CEF). Ils·elles n'ont dès lors pas eu le choix de se rendre en CJCA : un suivi (plus ou moins long) leur ayant été imposé par le·la juge.

« Enquêtrice : Comment est-ce que tu es arrivé ici [en consultation] ? Jeune : Par décision du juge. Enquêtrice : Donc tu y vas seulement parce que tu es obligé ? Jeune : Oui. Sinon ils vont me renvoyer en prison. » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°4)

Au-delà de la diversité des modes de connaissance et d'entrée en CJCA, les motivations à se rendre en consultation sont elles aussi hétérogènes. Ainsi, **38% des jeunes répondant·es au questionnaire indiquent ainsi qu'ils·elles ont pris cette décision tout·e seul·e, sans que leur choix n'ait été influencé par quelqu'un d'autre**. Pour le reste des jeunes, c'est une tierce personne qui a joué un rôle persuasif dans la venue en consultation. Il peut ainsi s'agir d'un·e professionnel·le de leur structure (28%), d'un·e professionnel·le de santé (20%), d'un membre de la famille (9%) ou encore un·e ami·e (9%). Ces données mettent **en exergue le rôle décisif de l'entourage dans l'accès au soin des jeunes, puisque plus de 60% des jeunes ne seraient pas venu·es en consultation si un·e professionnel·le ou un·e proche ne le leur avait pas conseillé**. Les différents types d'orientation vers la consultation varient selon plusieurs facteurs : les jeunes scolarisé·es sont ainsi plus nombreux·ses que la moyenne à avoir été conseillé·es par un·e professionnel·le de santé, probablement en lien avec la présence d'infirmier·ères scolaires au sein des établissements. De la même manière, les femmes, les jeunes âgé·es de 15 à 17 ans et les jeunes issu·es de milieu favorisé ont plus souvent que les autres été conseillé·es par un·e ami·e, ce qui semble plus rare chez les hommes majeurs de milieu défavorisés.

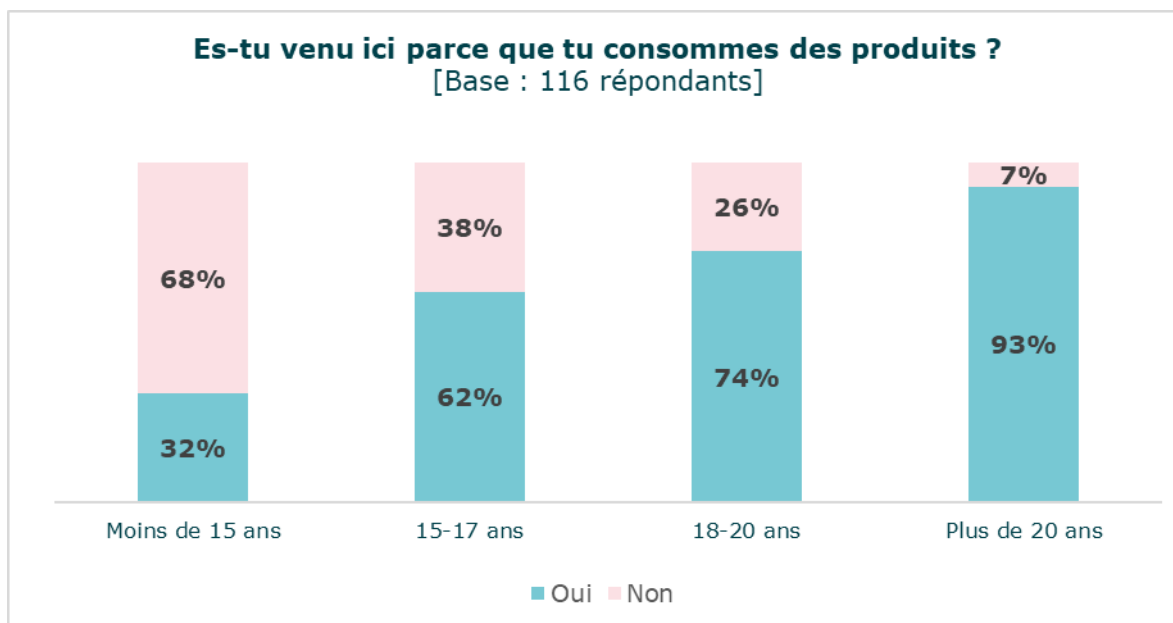
³⁸ Source : questionnaires de phase 3. Voir graphique en annexes.



Source : questionnaires de phase 3. Lecture : 28% des jeunes reçu·es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation se sont décidé·es à venir en consultation sur conseil d'un·e professionnel·le d'une structure qu'ils·elles fréquentent.

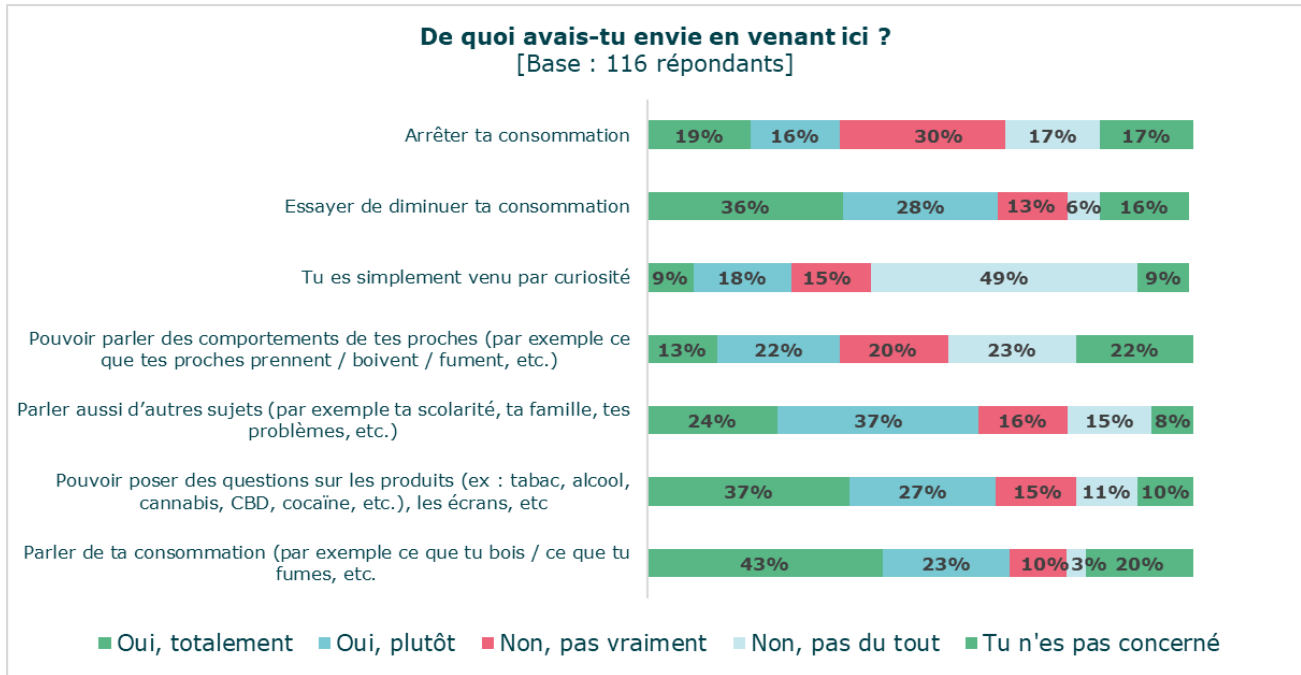
Concernant le motif de venue en consultation, **il apparaît que les jeunes reçu·es en CJCA ne sont pas tous·tes consommateur·rices de produits et/ou de substances psychoactives**. En effet, si 63% d'entre eux·elles déclarent être entré·es dans le suivi pour des motifs de consommation, 32% indiquent être venu·es pour d'autres raisons – tandis que 5% ne souhaitent pas répondre à la question³⁹. Ce résultat s'explique par **l'âge des jeunes reçu·es**, dont près de la moitié ont moins de 15 ans. Or, dans cette catégorie d'âge, moins d'un tiers (32%) des jeunes se rendent en consultation parce qu'ils·elles consomment des produits. A l'inverse, c'est le cas de 62% des jeunes de 15 à 17 ans, de 74% des jeunes de 18 à 20 ans et de 93% des jeunes âgé·es de plus de 20 ans.

³⁹ Source : questionnaires de phase 3. Voir graphique en annexes.



Source : questionnaires de phase 3. Lecture : 32% des jeunes de moins de 15 ans reçu-es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation ne sont pas venu-es en consultation pour motif de consommation de produits et/ou substances psychoactives.

De même, il apparaît que **les attentes initiales des jeunes vis-à-vis du suivi sont très diverses**. Ainsi, **si les deux tiers des jeunes (66%) indiquent être venu-es pour parler de leurs consommations, ou bien simplement pouvoir poser des questions autour des produits ou des écrans**. Une plus faible proportion de jeunes sont entré-es en CJCA avec pour objectif d'arrêter leurs consommations (35%), la plupart cherchant seulement à les diminuer (64%). En outre, environ un tiers (35%) des jeunes sont venu-es parler des comportements de consommation de leurs proches, et près des deux tiers (61%) entendaient également aborder d'autres sujets, comme leur scolarité, leur famille ou autres problématiques – en lien ou non avec les addictions et le soin. Enfin, une partie des jeunes (27%) indiquent être venu-es seulement par curiosité. **On observe donc que les besoins à l'entrée en CJCA sont relativement hétérogènes parmi les jeunes reçu-es, et l'enquête quantitative montre qu'ils varient selon plusieurs facteurs**. Il apparaît d'abord qu'ils sont fortement corrélés à l'âge : **les jeunes majeur-es sont en effet bien plus nombreux-ses que les autres à être venu-es pour parler de leur consommation, et pour essayer de la diminuer**, tandis que les plus de 20 ans sont majoritairement venu-es pour tenter de l'arrêter. Les jeunes âgé-es de 15 à 17 ans, quant à eux-elles, sont plus nombreux-ses que la moyenne à avoir débuté un suivi simplement par curiosité. En lien avec l'âge, la situation actuelle des jeunes agit également sur le motif d'entrée : **les jeunes étant insérés sur le marché du travail sont plus nombreux-ses à être venu-es en consultation pour arrêter leurs consommations**, probablement parce que celles-ci peuvent se révéler incompatibles avec l'exercice d'un emploi.



Source : questionnaires de phase 3. Lecture : 17% des jeunes reçu-es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation ne sont pas du tout venu-es en consultation pour arrêter leur(s) consommation(s).

Finalement, au regard de ces données quantitatives, il est possible de qualifier le profil « type » des jeunes reçu-es en CJCA lors de la phase 3 de l'expérimentation. **Il s'agit en majorité de jeunes hommes mineurs, vivant au sein de leur domicile familial, scolarisés et issus de milieux sociaux défavorisés, la plupart d'entre eux n'ayant jamais été suivis auparavant pour les mêmes problématiques.** Il apparaît ainsi que si le public ciblé par les différents projets de CJCA étudiés est très large (voir partie 3.1), le public effectivement touché est lui bien plus restreint en termes de profil, en lien avec les difficultés de mise en œuvre des projets qui les empêchent de rencontrer l'ensemble des jeunes ciblés (voir partie 3.2).

En revanche, parmi ces jeunes touchés aux profils relativement homogènes, **les modes de connaissance de la CJCA, les modalités d'entrée en consultation avancée, la prévalence des consommations, les besoins ainsi que les attentes antérieures au suivi apparaissent quant à eux largement diversifiés.** Tandis que les jeunes mineur-es viennent souvent en consultation par curiosité ou pour parler de sujets variés, les jeunes déjà inséré-es sur le marché du travail commencent un suivi avec un objectif plus concret d'arrêt ou de diminution de leur consommation. **De manière générale, les vécus et motivations des jeunes reçu-es en CJCA apparaissent donc plurielles, en lien avec des problématiques qui dépassent bien souvent le champ des addictions.**

3.4. Conclusion : des projets de CJCA qui parviennent à toucher une part restreinte de leur public cible

Finalement, l'évaluation a permis de mettre en avant un décalage entre les publics ciblés par les projets étudiés et les jeunes effectivement touchés, c'est-à-dire bénéficiant d'un suivi dans le cadre des CJCA mises en œuvre. En s'implantant dans une diversité de structures partenaires – établissements scolaires généralistes, structures d'insertion socio-professionnelle, etc. – **les projets s'adressent en effet à un public jeune très hétérogène, tant en termes de profils socio-démographiques que de problématiques addictives et de rapport au soin.**

Pour autant, plusieurs difficultés rencontrées par les professionnel·les sur le terrain dans l'implantation des CJCA viennent limiter leur portée au sein des structures partenaires. Ces difficultés sont de deux ordres : en premier lieu, les équipes de CJC se trouvent souvent confrontées à **un manque de moyens humains et financiers pour déployer leur projet**, ce qui peut empêcher son développement optimal (temps de présence insuffisant des professionnel·les dans la structure, faible communication auprès des jeunes et des équipes, etc.). Ensuite, les porteur·ses de projet et intervenant·es en CJCA peuvent également se heurter à des **obstacles méthodologiques**, ne disposant pas tou·tes, en fonction de leurs formations et expériences professionnelles propres, des méthodes adéquates pour construire et gérer un partenariat. A ce niveau, **l'accompagnement proposé par Addictions France dans le cadre de l'appel à projet apparaît utile pour dépasser certaines de ces difficultés**, générer des marges d'action supplémentaires et créer des espaces d'échange et d'entraide entre professionnel·les.

Face à ces différentes difficultés dans la mise en œuvre des projets, les CJCA étudiées parviennent à toucher une part restreinte de leur public cible initial. Les jeunes reçu·es en consultation se distinguent par plusieurs caractéristiques : **il s'agit en majorité de jeunes hommes mineurs, scolarisés, vivant au domicile familial. Près des trois quarts d'entre eux-elles sont issu·es de milieux sociaux défavorisés et n'avaient jamais été suivi·es auparavant pour les mêmes problématiques.** A ce titre, les CJCA permettent de favoriser la venue en consultation de jeunes qui n'avaient pas accès au soin en addictologie auparavant. **Les modes de connaissance et d'entrée dans le suivi sont variés** : si plus de la moitié des jeunes ont été orienté·es par un·e professionnel·le d'une structure partenaire, d'autres sont venu·es spontanément, sur conseil de leur entourage ou par obligation de soin. **Leurs besoins et attentes vis-à-vis de la consultation sont également hétérogènes**, allant de la volonté de diminuer leurs consommations à celle de pouvoir parler librement d'autres problématiques.

4.

Faire prévaloir le lien sur le lieu : trois modèles d'intervention pour emporter l'adhésion des jeunes

La première partie de ce rapport a rappelé les difficultés qu'éprouvent les CJCA pour rencontrer leur public. Les projets évalués se sont en effet adressés à un nombre conséquent de jeunes, sans pour autant que ces derniers n'adhèrent en nombre au dispositif. Ces difficultés montrent ainsi **les limites d'une approche centrée avant tout sur la proximité physique avec les publics ciblés.**

La phase 3 de l'étude a par conséquent **été conçue pour identifier les méthodes à même de susciter davantage d'adhésion des jeunes au dispositif.** Son principal enseignement peut être résumé en ces termes : les projets remportant l'adhésion la plus large (en termes de nombre de personnes reçues) et la plus forte (perçue qualitativement dans le discours des publics enquêtés) sont ceux qui **dépassent une approche par proximité physique pour tendre vers une approche par proximité relationnelle avec les jeunes** (4.1).

Sur la base de ce constat d'ordre général, l'étude montre comment les CJCA **adaptent cette approche par « proximité relationnelle »** pour répondre aux spécificités de leurs contextes de déploiement. Elle permet ainsi de distinguer **trois principaux modèles d'intervention favorables à l'adhésion des jeunes**, que nous déclinons ci-après.

Pour les projets travaillant avec des publics très vulnérables non-captifs dans une institution partenaire, l'adoption d'une approche de l'aller-vers par le « faire avec » les jeunes paraît la plus à même de favoriser l'adhésion au soin (4.2). Parmi les projets déployés auprès de **publics captifs en établissement scolaire, de formation ou d'insertion**, ce sont ceux qui s'appuient sur **l'extension des liens de confiance entre jeunes et professionnel·les partenaires qui remportent la plus large**

adhésion (4.3). Enfin, les projets déployés dans des **territoires ruraux marqués par une offre de soin faible** travaillent surtout à rapprocher géographiquement la consultation des jeunes. Ils éprouvent dès lors des **difficultés à adopter une approche par proximité relationnelle**, dans un contexte **d'éparpillement du temps de travail des intervenant-es** dans différentes structures partenaires disséminées sur le territoire (4.4).

4.1. La proximité relationnelle comme approche privilégiée pour susciter l'adhésion des jeunes

Les difficultés rencontrées par les CJCA pour susciter l'adhésion des jeunes illustrent **les limites d'une approche centrée essentiellement sur la proximité physique avec les publics visés** : de nombreux projets postulent ainsi qu'**un-e jeune informé-e de l'existence d'une consultation au sein d'un lieu qu'il-elle fréquente sera à même de franchir le pas vers le soin**. La littérature académique consacrée à la notion d'aller-vers auprès des jeunes et plus largement auprès des publics fragiles fait pourtant le constat inverse : les freins à l'accès au soin sont avant tout d'ordre sociologique, psychologique et politique⁴⁰. **Dès lors, la proximité physique avec les jeunes n'est pas à même, seule, de les lever.**

Face aux carences de cette perception essentiellement géographique⁴² de l'aller-vers, l'enquête qualitative a permis de constater **l'apport des approches qui font prévaloir le lien sur le lieu**⁴³ pour davantage emporter l'adhésion des jeunes. Ces approches ont en commun de travailler en priorité à établir un lien relationnel de proximité⁴⁴ avec leur public. **La proximité physique est dès lors davantage un outil dans la construction d'un lien de confiance qu'une fin en soi.**

Nous faisons ici le choix de **regrouper les projets faisant prévaloir le lien sur le lieu sous une même approche de « proximité relationnelle »**⁴⁵. Cette approche se caractérise, dans ce contexte, par trois principaux éléments. D'abord, les professionnel·les – de CJCA ou des structures partenaires – entretiennent avec les jeunes un lien qui dépasse le cadre de la consultation. Ensuite, la « proximité relationnelle » se

⁴⁰ François Chobeaux, « Jeunes en errance et accompagnement social », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 1 octobre 2011, Hors-série, p. 115-128.

⁴¹ Axelle Charpentier, Laëticia Drean et Norbert Rugambage, « L'évaluation de l'impact d'expérimentations en matière d'accès et de recours aux soins des jeunes dans le cadre du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse », *Regards*, 2018, vol. 53, n° 1, p. 91-103.

⁴² Entendu ici comme un aller-vers fondé quasi exclusivement sur la présence physique dans des lieux fréquentés par des jeunes.

⁴³ Nicolas Chambon, « «Aller vers»... d'autres pratiques? », *Rhizome*, 2018.

⁴⁴ Marie Crevier, Yves Couturier et Paul Morin, « L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile : ouvertures et tensions dans la relation clinique », *Nouvelles pratiques sociales*, 2010, vol. 23, n° 1, p. 177-191.

⁴⁵ *Ibid.*

traduit par une « déformalisation⁴⁶ » du rapport entre professionnel·les et jeunes, qui entretiennent un lien de forte familiarité. Enfin, cette posture implique une forte personnification de la CJCA, incarnée quasi exclusivement par le·la professionnel·le intervenant·e aux yeux des jeunes.

Le cas d'un jeune enquêté, qui se rend depuis deux ans en CJCA dans son centre d'apprentissage, **incarne les apports d'une approche par « proximité relationnelle »**. Ce jeune a rencontré l'intervenante de CJCA par le biais d'un autre dispositif dans son ancien collège. Tous·tes les deux se connaissent et ont gardé contact depuis plus de quatre ans, par SMS ou via des échanges informels. Lors de son arrivée en CFA, le jeune ne pousse pas la porte de la permanence CJCA, alors gérée par une autre professionnelle. Il n'en connaît en réalité pas le nom, ni la signification du terme « CJC ». L'arrivée de l'intervenante qu'il connaît dans l'établissement, en remplacement de la première, le pousse à débiter immédiatement le suivi.

« **Enquêteur** : Et si je te dis « CJC », ça te dit quelque chose ? **Jeune** : Bof. Non, pas du tout. **Enquêteur** : [...] Et ça t'es arrivé de discuter de cet endroit avec d'autres gens ? **Ils en pensent quoi ?** **Jeune** : Ben du bien, parce que ça peut permettre de te libérer, et c'est pas une psy mais elle t'aide beaucoup, quoi. **Donc les gens trouvent ça bien parce que ça nous aide.** **Enquêteur** : Tu trouves ça positif que ce soit pas une psychologue ? **Jeune** : Oui, je veux pas parler à une psychologue. » (Jeune suivi en CJCA, 15-17 ans, projet n°1)

Cet extrait d'entretien illustre ainsi comment **l'approche par proximité relationnelle peut favoriser la levée des freins psychologiques et sociaux à l'adhésion des jeunes**. C'est en effet l'intensité du lien que le jeune enquêté entretient avec l'intervenante qui permet son adhésion à la CJCA : ce lien transforme sa perception du soin, qui ne correspond plus aux représentations négatives qu'il peut s'en faire par ailleurs. A l'instar de cet exemple, les projets étudiés réussissant à construire un fort sentiment d'adhésion avec leur public emploient pour la plupart cette approche par le lien. Pour parvenir à créer la proximité relationnelle, les intervenant·es CJCA ne mobilisent néanmoins pas tous·tes les mêmes méthodes et les même outils : ils·elles adaptent leur pratique aux spécificités des contextes d'intervention qu'ils·elles rencontrent. **Ce sont ces différents « modèles » d'intervention adaptés à la création du lien avec les jeunes que nous allons aborder ci-après.**

⁴⁶ Valérie Dubois-Orlandi, « Jeunes invisibles des zones rurales : quand la prévention spécialisée reste un dispositif pertinent pour « aller vers » eux », *Vie sociale*, 23 octobre 2018, vol. 22, n° 2, p. 85-102.

Mesurer l'adhésion des jeunes plutôt que leur venue en consultation

Lors de cette troisième phase de l'étude, nous faisons le choix de considérer les apports des CJCA **en matière de capacité à susciter l'adhésion et non pas seulement à faciliter la venue des jeunes en consultation**. Cet arbitrage a été effectué pour deux raisons principales.

- D'abord, **considérer une CJCA au regard du nombre de jeunes venu-es en consultation invisibilise la question de l'éloignement des publics ciblés vis-à-vis du soin**. En somme, une consultation proposée à des jeunes peu ou pas réfractaires aux principes du soin aura à priori plus de probabilité de les attirer en nombre. Elle aura néanmoins une plus-value moindre étant donné que le public concerné présente déjà de fortes prédispositions à l'adhésion au soin. Au contraire, un projet consacré à des personnes très éloignées des institutions devra employer davantage de ressources pour faciliter l'inscription d'un jeune dans le dispositif. Alors même que le nombre de personnes reçues peut être moindre, la plus-value de la CJCA est alors plus marquée, puisqu'elle parvient à susciter l'adhésion de personnes à priori peu disposées à entamer une démarche de soin.
- Ensuite, **la seule venue en consultation ne débouche pas nécessairement sur des effets chez les jeunes**. Le cas des publics reçus en consultation à la suite d'une obligation de soin montre ainsi qu'un jeune peut se rendre un temps en CJCA sans pour autant s'y impliquer. La plus-value d'une consultation « hors les murs » est dès-lors limitée. Au contraire, les personnes se rendant en CJCA par forte adhésion à cette forme spécifique de soin font état d'effets significatifs sur leur bien-être, leur relation à leur consommation, etc. (voir Partie 5).

Il apparaît dès lors que **la plus-value des CJCA se situe avant tout dans leur capacité à susciter l'adhésion de publics qui ne se seraient autrement pas inscrits dans une démarche de soin**. L'efficacité d'un projet de CJCA doit donc être **considérée à l'aune de sa capacité à susciter l'adhésion davantage que sa capacité à « faire venir » les jeunes en consultation**.

4.2. Les projets auprès de publics vulnérables : la pertinence d'un modèle articulant aller-vers et faire-avec

Le premier contexte d'intervention rencontré par les CJCA est **le travail auprès de publics vulnérables**. Il apparaît que ces publics sont peu susceptibles d'adhérer à un cadre formel de consultation (4.2.1). Dès lors, les professionnel·les **s'attachent en priorité à établir un lien informel de proximité en articulant « aller vers » et « faire avec » les jeunes pour transformer leur rapport au soin** (4.2.2). Ils parviennent ainsi à atténuer leurs peurs et à travailler sur leurs représentations pour susciter l'adhésion à la CJCA. Lorsque ce lien informel ne constitue pas le cœur de l'action des CJCA et que les jeunes vulnérables sont forcés·es de s'inscrire dans un cadre de consultation « traditionnel », leur adhésion au dispositif apparaît bien moindre (4.4.3).

4.2.1. Les spécificités du contexte d'intervention : des publics souvent réfractaires au cadre formel du soin

Dans le cadre de notre étude, **six projets ont annoncé déployer des CJCA auprès de publics « vulnérables »**. Cette notion de vulnérabilité, qui désigne tour à tour dans la littérature scientifique « la fragilité, la dépendance, la perte d'autonomie, l'exclusion, l'invisibilité sociale, la précarité, la désaffiliation, etc.⁴⁷ », est employée dans le cadre des projets de CJCA **pour qualifier des situations très diverses**. La notion renvoie ainsi principalement, dans les projets, à des situations de forte précarité économique et sociale, à des fragilités liées à des pathologies psychiatriques ou encore à des situations d'errance. Dans le cas de du professionnel dont l'extrait suit, qui intervient sur une CJCA auprès de jeunes « vulnérables », ces publics sont ainsi surtout désignés par la notion de « fragilité » et constitués de jeunes sans domicile fixe ou présentant des pathologies psychiatriques lourdes.

« J'ai des publics hétérogènes et fragiles. J'ai des jeunes schizophrènes, qui ont fait des décompensations. [...] Je connaissais pas trop les publics avec des psychopathologies. C'est un peu déroutant. J'ai un jeune brillant avec mention sur un bac S qui a décompensé. Il a été victime de violences sexuelles enfant. Hyper complexe de savoir ce qui vient du réel, ce qui est de l'imaginaire, quand celui-ci me parle d'un personnage qui n'existe pas. » (Intervenant en CJCA, projet n°8)

Il apparaît dès lors que ces « jeunes vulnérables » auxquels s'adressent certains projets de CJCA sont **avant tout défini-es à partir des savoirs pratiques et des perceptions des professionnel·les**. Ils et elles ont néanmoins en commun **un sentiment de distance voir de rejet des institutions**. Travailler auprès de ce public représente dès lors un exercice spécifique à deux titres.

D'abord, « l'éloignement » des jeunes vulnérables vis-à-vis du soin **procède rarement d'un manque d'information ou d'une absence de volonté de se soigner**. En effet, les jeunes rencontrés durant

⁴⁷ B. Ennuyer, « La vulnérabilité en question ? », *Ethics, Medicine and Public Health*, 1 juillet 2017, vol. 3, n° 3, p. 365-373.

notre enquête sont pour la plupart informé·es des dangers liés à leur(s) consommation(s) et sont volontaires pour remédier à leur situation. Pour la majeure partie d'entre elles-eux, c'est moins l'idée d'entamer une démarche de soin que les institutions et les formes du soin traditionnel qui constituent un obstacle à leur adhésion au soin. Certains travaux montrent ainsi comment les jeunes en errance - qui sont fortement représenté·es parmi les publics « vulnérables » des CJCA – rejettent les dispositifs associatifs ou d'action publique car ils·elles n'adhèrent pas aux normes que ces dispositifs sous-tendent⁴⁸. De la même manière, l'étude des jeunes « invisibles » en milieu rural montre que leur éloignement des dispositifs publics (de soin, d'insertion ou autre) provient d'un sentiment d'être abandonnés et déconsidérés par les « dirigeants » politiques⁴⁹.

Ensuite, **une portion des publics vulnérables n'est pas nécessairement « éloignée » du soin.** Parfois multi-suivi·es, ayant pour certain·es vécu des séjours forcés à l'hôpital psychiatrique, ces jeunes subissent souvent le rapport aux professionnel·les de santé et sont en demande d'une démarche différente, plus respectueuse de leurs choix et moins directement liée à leur pathologie. Ainsi, une des jeunes rencontrée s'est orientée vers la CJCA parce que la clinique psychiatrique qu'elle fréquentait mettait en œuvre des règles très strictes vis-à-vis de la consommation de cigarettes. Alors qu'elle ne considère pas sa consommation comme étant « problématique », elle s'est vue forcée de fortement la réguler sans en avoir envie ni en ressentir le besoin.

« Moi, de base, ma consommation est pas si problématique que ça. Parce que quand j'ai commencé à fumer je suis très rapidement partie en clinique, et là c'est devenu très problématique parce qu'en clinique, c'est très réglementé. Les affaires sont fouillées, on a le droit qu'à des cigarettes industrielles et les paquets doivent être ouverts avec les éducateurs pour vérifier qu'il y ait rien dedans. C'est très réglementé ». (Jeune suivie, 15-17 ans, projet n°8)

Dès lors, le travail « d'aller-vers » auprès de certain·es jeunes vulnérables consiste moins en un « pont » vers des formes traditionnelles de consultation **qu'en la construction d'un espace de soin différent, davantage adapté à la demande du public.**

4.2.2. « Faire avec » les jeunes pour créer les conditions d'adhésion au soin

Les spécificités des publics vulnérables – à savoir une méfiance récurrente vis-à-vis des dispositifs d'aide voire une relation « subie » au soin – rendent d'autant plus nécessaire une approche par la proximité relationnelle. Les deux projets de notre échantillon ayant remporté la plus forte adhésion des jeunes sont en effet ceux qui ont réussi à désinstitutionnaliser la relation avec leur public. **Ils ont pour cela investi un mélange « d'aller vers » et de « faire avec » leur public qui a permis d'instaurer un lien de confiance tout en transformant le rapport au soin.**

⁴⁸ F. Chobeaux, « Jeunes en errance et accompagnement social », art cit.

⁴⁹ V. Dubois-Orlandi, « Jeunes invisibles des zones rurales », art cit.

Modèle d'intervention 1 : construire le lien par l'« aller vers » et le « faire avec »

Ce premier modèle d'intervention analyse les méthodes qui articulent « aller vers » et « faire avec ». Pour davantage circonscrire ces méthodes, nous proposons les deux définitions qui suivent :

- **Concernant l'aller vers**, nous en employons ici une définition proche de celle mobilisée dans le cadre de la prévention spécialisée. Alors que la notion a été amplement « plaquée » par les institutions et que son usage paraît parfois vide de sens⁵⁰, elle ne désigne ici pas seulement le fait de réaliser des activités « hors les murs ». Il s'agit davantage **d'aller vers l'environnement d'un public en s'y adaptant, aussi bien du point de vue des horaires, de la disponibilité, que du langage ou des pratiques**⁵¹.
- Cet « aller vers » s'articule ici avec la volonté de « faire avec » les publics. En plus de s'adapter à l'environnement et aux besoins de ce public, **les professionnel·les s'engagent avec les jeunes dans une activité commune, construite ensemble, dans un rapport de pair-à-pair.**

Dans le cadre de notre échantillon d'enquête, les projets qui articulent « aller vers » et « faire avec » les jeunes sont tous deux des dispositifs de Travail Alternatif Payé à la Journée (TAPAJ). Ce programme « permet à des jeunes de 16 à 25 ans en situation de précarité de reprendre le contrôle de leur vie et de prévenir leurs conduites addictives via un accompagnement global (médico-psycho-social) et une activité professionnelle payée à la journée ne les engageant pas immédiatement sur la durée »⁵². Concrètement, les projets TAPAJ recrutent des jeunes par un mélange de travail « d'aller vers » dans la rue auprès de personnes en errance, et via des partenaires institutionnels. Lesdits jeunes peuvent ensuite, s'ils-elles le souhaitent, travailler en équipe sur des chantiers (ou « plateaux ») pourvus par les professionnel·les encadrant·es, sans engagement et moyennant salaire. Il ne s'agit pas d'un emploi au sens traditionnel du terme : le rythme, les exigences de l'activité et les règles liées à la consommation de produits psychoactifs y sont plus souples. Le travail est entrelacé avec l'accompagnement et le soin, **via la figure de l'encadrant·e, qui effectue toutes les tâches avec les jeunes**. L'un des deux intervenant·es enquêté·es est encadrant TAPAJ depuis désormais un an. Il explique ci-dessous en quoi consiste le dispositif. L'importance du lien, la souplesse et l'informalité du rapport au travail et aux jeunes ressortent ainsi fortement dans les méthodes d'accompagnement qu'il déploie.

⁵⁰ François Melou et Jean-Yves Serré, « Le paradoxe de la reconnaissance dans le travail social. Le cas des éducateurs de prévention spécialisée », *Sociographe*, 2022, vol. 78, n° 2, p. 41-50.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² TAPAJ France, <https://tapaj.org/>, (consulté le 16 octobre 2023).

« L'objectif, c'est de pouvoir à un moment mobiliser les jeunes sur des plateaux pour pouvoir travailler le lien de confiance, améliorer la confiance du jeune, leur permettre de s'auto-évaluer et, par ce biais, pouvoir échanger sur leur santé et sur leur consommation. Faire le point sur là où ils en sont. C'est toujours du dialogue mesuré. C'est en fonction du moment, de l'état du jeune. Et le fait qu'il y ait une récurrence, ça installe la confiance. Donc on crée la proximité et surtout on les fait constamment venir au CSAPA pour préparer les chantiers, se retrouver, discuter. On a réussi à faire du CSAPA un lieu neutre où finalement il y a pas d'enjeu autre que de se retrouver. Et ça ouvre des portes sans que ce soit de l'ordre de la morale, de l'obligation, de quelque chose de suggéré... » (Intervenant en CJCA, projet n°8)

Les méthodes précitées facilitent l'adhésion de trois manières principales. En premier lieu, l'articulation du « faire avec » et de l'« aller vers » **permet d'exporter le soin en dehors des espaces et des moments qui lui sont habituellement dédiés**. Ce « déplacement » offre la possibilité de désinstitutionnaliser le moment du soin. En effet, celui-ci est habituellement routinisé et figé dans des espaces définis (une salle), selon des configurations immuables (un face-à-face avec un·e professionnel·le) et dans un mode d'intervention unique (l'entretien). Or, il a été démontré que les jeunes vulnérables entretiennent une relation souvent ambivalente au soin dans sa forme traditionnelle, et ce même s'il est dispensé au sein de leur établissement scolaire, de leur Mission Locale ou dans un centre d'action sociale⁵³. Suivi sur les plateaux de TAPAJ depuis trois mois au moment de notre entretien, l'un des jeunes rencontrés a retrouvé une activité après deux ans passés à consommer du cannabis et à ne « rien faire ». **Ses interactions avec le professionnel intervenant sur les chantiers constituent pour lui « un moment de soin » auquel il adhère fortement**, alors même qu'il rejette l'idée de consulter un·e psychologue dans une configuration traditionnelle.

« J'aimais pas trop aller voir les « trucs » pour m'aider, même les psys ou ce genre de choses [...] Quand on est dans cette consommation constante, enfin, on est un peu dans un état où on a pas envie qu'on nous fasse chier un peu, c'est... On a envie de rester tranquille. Et puis, j'avais pas forcément envie de parler de tout ça. C'est ce qui m'a plu avec TAPAJ, c'est que c'était une autre manière de faire, aussi. [...] [Prénom de l'intervenant], il est super cool. Enfin, on est là, on travaille et puis c'est là, ça se fait tout seul. » (Jeune suivi, 18-20 ans, projet n°8)

En hybridant le moment du soin avec un temps de travail collectif rémunéré à la journée, le projet TAPAJ s'inscrit en opposition aux formes traditionnelles de consultation. **Le « moment » du soin n'est ni routinisé ni figé**, il peut intervenir via une conversation informelle lors d'une pause, par téléphone, en dehors des moments passés sur le chantier, voire au milieu d'une activité manuelle. De la même manière, **les espaces de la consultation varient**, du plein air au CSAPA en passant par les salles de réunion où se déroulent les cafés d'équipe. Enfin, **le mode d'intervention dépend du besoin de la personne concernée**, allant d'un simple conseil, d'une oreille attentive en contexte informel, à un entretien formel si le·la jeune en exprime le besoin. Dans le cas du jeune mentionné ci-dessus, c'est bien cette informalité et le caractère diffus du soin – « on est là, on travaille et ça se fait tout seul » - qui a permis son adhésion.

⁵³ Olivier Jan, « Quelle clinique avec les jeunes en errance ? », *VST - Vie sociale et traitements*, 2009, vol. 101, n° 1, p. 72-77. « Ils acceptent rarement de rencontrer des psys. Ils en ont déjà rencontrés via l'Aide sociale à l'enfance dans leurs plus jeunes années. « Ça ne m'a jamais rien apporté », nous rappellent-ils sans exception... »

En hybridant le soin avec une activité pratique, les méthodes de l'« aller vers » par le « faire avec » permettent donc d'en réduire la violence⁵⁴. **Le soin intervient sous la forme, dans les moments et dans les espaces que les jeunes choisissent.** Il apparaît dans un contexte de travail qui permet par ailleurs de faire « diversion », et donc de réduire les éventuelles appréhensions des jeunes.

En deuxième lieu, les méthodes de l'« aller vers » par le « faire avec » **contribuent à équilibrer le rapport soignant-e-soigné-e**, qui met habituellement en jeu un·e sachant·e et un·e jeune perçu comme ayant besoin d'aide. Cette « horizontalisation » de la relation s'inscrit dans un mouvement plus globale « d'aplanissement des rapports hiérarchiques traditionnels entre professionnels de santé et patients »⁵⁵. En travaillant aux côtés des jeunes et dans un souci d'accompagnement et d'adaptabilité, l'éducateur est perçu comme un recours amical au-delà du moment du chantier. S'il n'est pas un·e jeune parmi d'autres, il est en revanche « un Tapajeur » au même titre que les personnes suivi·es. C'est ce qu'un jeune enquêté exprime en décrivant sa relation avec l'intervenant : l'amitié, la confiance mutuelle et les liens forts au-delà du temps consacrés à TAPAJ y transparaissent.

« La rencontre avec [prénom de l'intervenant] a été un coup de foudre, en vrai. On s'appelle tous les jours, c'est un peu devenu mon « éduc principal » on va dire, il m'aide dans toutes circonstances. C'est vraiment un ami qui m'a permis de retrouver confiance en moi. » (Jeune suivi, 20-25 ans, projet n°8)

Enfin, et en troisième lieu, les méthodes du « faire avec » les jeunes permettent de **faciliter le soin en amont même des temps formels ou informels qui lui sont habituellement consacrés, en agissant directement sur l'environnement des jeunes.** TAPAJ utilise ainsi la mise en action du corps dans le travail comme une modalité de thérapie concrète. Le **dispositif favorise donc le soin en ouvrant des espaces d'échange mais également en facilitant le contexte de ces échanges** : selon l'intervenant, l'effort du corps permet « d'évacuer » des sentiments qui ne s'expriment pas dans un bureau et crée un cadre qui facilite la prise de parole. TAPAJ s'inscrit dès lors dans un mouvement plus large d'emploi du « mouvement » (danse, sport, activité manuelle) à des fins thérapeutiques⁵⁶. Le travail sur les plateaux semble également redonner aux jeunes un sentiment de compétence et de dignité que ces dernier·ères soulignent au fil de nos entretiens.

« Ça leur fait du bien de sentir qu'ils peuvent faire ça. C'est une thérapie concrète, qui rapproche de la réalité de la société et du travail. Et en même temps, le niveau d'exigence est plus bas, à n'importe quel moment il y a une pause, un temps d'échange, on parle d'eux, de leur santé... On est quand même dans un cadre thérapeutique, quelque part. Les psy penseraient que je leur vole le terme, mais il y a quelque chose de cet ordre-là. Quand ils me disent que ça leur a fait du bien, c'est parce que le travail et l'effort du corps permet d'évacuer des choses qui ne

⁵⁴ Albert Ciccone, *La violence dans le soin*, s.l., Dunod, 2014, 313 p. « Il convient d'abord de dire que le soin en général, et le soin psychique en particulier, contient une part inévitable de violence ».

⁵⁵ *Les pratiques professionnelles dans le champ de de l'addictologie - Tendances 150 - juin 2022 - OFDT*, <https://www.ofdt.fr/publications/collections/tendances/les-pratiques-professionnelles-dans-le-champ-de-de-laddictologie-tendances-150-juin-2022/>, (consulté le 1 décembre 2023).

⁵⁶ Haguit Greilsammer, « La Thérapie par la danse et le mouvement : entre corps, mouvement et parole », *Bulletin du Centre de recherche français à Jérusalem*, 25 novembre 2014, n° 25.

s'évacuent pas en entretien derrière un bureau. L'activité permet à un moment de s'échapper, du quotidien et de ses soucis ». (Intervenant en CJCA, projet n°8)

Il apparaît ainsi que les projets réussissant à susciter l'adhésion de jeunes vulnérables **s'appuient fortement sur la proximité relationnelle**. Ils emploient pour l'établir des méthodes articulant « **aller vers** » et « **faire avec** » les jeunes. Ces méthodes agissent à trois niveaux. D'abord, elles **exportent le soin en dehors des moments routinisés** (en salle et sous forme d'entretien) qui lui sont habituellement consacrés en proposant d'autres types d'activités qui permettent de faire « diversion ». Ensuite, les méthodes du « faire avec » **permettent de réduire la distance entre « soignant·e » et « soigné·e »** en s'impliquant directement avec eux·elles dans des activités concrètes. Enfin, le « faire avec » les jeunes peut **permettre de faciliter le soin en agissant directement sur leur environnement** : en leur laissant l'autonomie d'aménager leur espace de soin d'une part, ou en exerçant une activité qui favorise leur bien-être, leur ouvrant ainsi des espaces d'expression.

4.2.3. Des publics vulnérables « captifs » forcés à s'inscrire dans un cadre de soin formel : une adhésion plus complexe au soin

Par opposition aux projets décrits ci-dessus, **d'autres projets de CJCA choisissent de travailler auprès de publics vulnérables sans pour autant privilégier une approche par la proximité relationnelle**. Lesdits projets font le pari de se rapprocher des publics vulnérables en implantant une consultation traditionnelle dans des institutions où ces dernier·ères sont captif·ves et/ou obligé·es de se rendre en consultation. Les CJCA implantées dans les Unités Educatives de Milieu Ouvert (UEMO) ou au sein des Centres Educatifs Fermés (CEF) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse s'inscrivent dans ce cadre d'action particulier.

C'est le cas pour l'un des projets étudiés, qui déploie une consultation en CEF. Les permanences prévues à intervalle régulier sont la plupart du temps pleines. Elles sont néanmoins essentiellement alimentées par les obligations de soin et les injonctions des professionnel·les de la structure. Ainsi, l'un des jeunes rencontrés en entretien explique s'être rendu à la permanence seulement dans l'espoir que « cela lui apporte des bons points » auprès du juge. Un autre jeune croisé dans l'établissement trouve pour sa part la consultation « inutile », mais il va y revenir car il « n'a pas le choix ». L'intervenante de la permanence résume ainsi les conséquences d'un environnement qui réagit aux consommations par la sanction et donne aux consultations un aspect obligatoire :

"Et puis ça a des incidences sur le comportement, parce que du coup c'est des sanctions, et du coup les jeunes se braquent, et du coup ils sont plus dans l'adhésion, et donc ça a des incidences sur leur placement, de toutes façons. Et ça entraîne justement des fugues pour aller chercher des produits [...] Ils ont l'accès au produit ici qui est très facilité." (Intervenante en CJCA, projet n°4)

Cet extrait d'entretien montre ainsi en quoi **le cadre de captivité et l'obligation de soin produisent des effets à l'opposé des méthodes de l'« aller vers » articulé avec le « faire avec » déployées dans d'autres projets auprès de jeunes vulnérables**. Dans cet exemple, la relation avec les jeunes est strictement confinée au cadre de la consultation, le rapport qu'ils·elles entretiennent avec l'intervenante est fortement descendant et ils·elles n'ont pas le loisir de choisir la forme ni le moment du soin. Les effets sur l'adhésion des jeunes, et par conséquent sur leur santé physique et psychologique, sont dès lors

réduits. L'adhésion peut néanmoins ponctuellement s'établir après plusieurs consultations obligatoires, mais ce cas de figure reste minoritaire.

4.2.4. Conclusion : un modèle pour laisser aux jeunes le choix de la forme et du moment du soin

Cette partie avait pour vocation d'analyser le travail des CJCA dans un contexte d'intervention particulier : le travail auprès de jeunes défini-es comme « vulnérables », souvent caractérisé-es par leur rejet des institutions et des formes traditionnelles du soin. Elle aboutit sur deux principaux résultats.

En premier lieu, les projets qui remportent l'adhésion la plus large chez les jeunes « vulnérables » sont ceux qui se donnent les moyens **d'établir avec eux-elles un lien de proximité relationnelle**. Face aux spécificités de ce public, ces CJCA déploient des méthodes associant « aller vers » et « faire avec ». Elles parviennent ainsi à lever les freins d'accès au soin, **principalement en s'extirpant du cadre formel de la consultation, en équilibrant le rapport soignant-e-soigné-e et en agissant directement sur l'insertion et la confiance des jeunes.**

En second lieu, les projets travaillant avec des jeunes « vulnérables » dans un cadre contraint par une forte rigidité, un rapport répressif aux consommations et des injonctions de soin connaissent pour leur part bien plus de difficultés à susciter l'adhésion. **Si les venues en consultation y sont nombreuses, elles se traduisent rarement en une démarche volontaire de soin et une adhésion au suivi.**

4.3. Les projets en établissement scolaire, de formation ou d'insertion : le rôle crucial de l'extension du lien de confiance

Ce second contexte d'intervention des CJCA regroupe les projets de consultation déployés dans les établissements scolaires, de formation ou d'insertion. Sa principale spécificité est **la marge de manœuvre limitée des projets pour établir un lien de proximité avec les jeunes, du fait des règles et des pratiques de la structure partenaire** (4.3.1). Dès lors, les projets remportant l'adhésion la plus large sont ceux qui **cherchent à bénéficier du lien de confiance entre les jeunes et les professionnel·les de leur établissement** (4.3.2). Plus occasionnellement, les projets de CJCA parviennent à établir des liens directs avec les jeunes en investissant les interstices laissés libres par le partenaire (4.3.3)

4.3.1. Les spécificités du contexte d'intervention : un contact avec les publics largement dépendant de l'institution partenaire

Le format de CJCA le plus courant au sein de ce modèle d'intervention consiste en **l'installation d'une permanence dans les locaux d'une institution partenaire pour réaliser des entretiens avec les jeunes fréquentant la structure**. Bien que les partenariats développés à ces fins soient divers, ils

s'établissent principalement avec des **établissements scolaires, de formation ou d'insertion**. Le premier rapport d'évaluation des CJCA réalisé au courant de l'année 2021 avait ainsi montré que 51% des CJCA enquêtées travaillaient avec des établissements scolaires, et 38% en structures d'insertion sociale et professionnelle⁵⁷.

ENCADRE 8

Les partenaires privilégiés parmi les établissements scolaires, de formation ou d'insertion

Parmi les projets de CJCA ayant pris part à la phase 3, douze ont choisi d'implanter une consultation dans un établissement scolaire, de formation ou d'insertion. Concrètement, ces projets travaillent principalement :

- Auprès d'**établissements généralistes** (collège, lycée) et **professionnels** de l'Education Nationale ;
- Auprès d'organismes d'éducation et de formation hors Education Nationale comme **les CFA ou les Maisons Familiales Rurales** ;
- Auprès d'organismes d'insertion socio-professionnelle comme les **Missions Locales** ou les **Ecoles de la seconde Chance (E2C)**.

Bien que ces institutions constituent des contextes d'intervention hétérogènes, elles ont en commun le fait de largement déterminer le cadre de travail des professionnel·les de CJCA.

En premier lieu, il s'agit d'un contexte d'intervention qui **garantit la possibilité de s'établir au plus près des jeunes. Ces établissements regroupent en effet des publics captifs, qui s'y rendent de manière régulière et obligatoire**. Contrairement aux structures d'accueil et d'écoute (PAEJ, MDA, CRIJ) au sein desquels la présence des jeunes est fluctuante, les professionnel·les de CJCA ont dans les établissements d'éducation, de formation ou d'insertion l'assurance de trouver leur public cible. **Par ailleurs, les jeunes sont fortement familiarisé·es avec leur structure**. La consultation s'implante donc dans un environnement que la plupart d'entre eux·elles maîtrisent, contrairement au CSAPA. Dans le cas d'un jeune enquêté scolarisé en deuxième année de CFA, la familiarité de la structure a fortement joué sur son entrée en consultation. Malgré son rejet de cet environnement trop scolaire à ses yeux, son appréhension a été bien moindre qu'au moment de se rendre chez un·e professionnel·le de santé.

« **Enquêteur** : Le fait que ce soit ici, dans le CFA, qu'est-ce que ça apporte ? Si ça avait été dans un centre médical... **Jeune** : C'est pas pareil. Je serais moins à l'aise. J'ai déjà

⁵⁷ Source : Agence Phare, Questionnaire CJCA 2021 ; n=101

connu ça et j'aime pas. J'ai l'appréhension et j'aime pas avoir plein de rendez-vous. [...] **Enquêteur** : et même si tu te sens pas super à l'aise ici, tu préfères ça à un centre médical ? Ouais, carrément ! » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

Néanmoins, et en second lieu, **la présence certaine des jeunes ne garantit pas leur disponibilité pour adhérer au soin**. D'abord, ces dernier·ères se rendent dans leur établissement pour poursuivre des objectifs de formation, d'éducation ou d'insertion et **n'associent que rarement la structure avec la possibilité d'accéder à une consultation**. Ensuite, **la relation des publics avec la structure partenaire peut constituer un obstacle à l'accès au soin**, notamment lorsqu'à l'instar du jeune cité ci-dessus, certain·es entretiennent un rapport complexe à leur établissement. Enfin, **la possibilité « d'aller vers » les jeunes dans des espaces et à des moments où ils-elles sont disponibles et disposé·es à établir un lien de confiance est restreinte par le cadre posé par la structure partenaire**. L'emploi du temps des jeunes est en effet organisé par les cours, le travail ou la formation, ce qui limite la possibilité d'établir avec eux un lien informel en dehors des temps consacrés à la consultation.

Dès lors, il apparaît que ce second contexte d'intervention a pour principales spécificités de **garantir la présence de jeunes, mais de paradoxalement limiter parfois leur disponibilité**. La possibilité pour les professionnel·les de créer en autonomie un lien de proximité relationnelle pour faciliter l'adhésion s'en trouve donc restreinte. Par conséquent, le principal enjeu des CJCA est de parvenir à créer ce lien **en bénéficiant de l'extension de la relation de confiance qu'entretiennent d'ores et déjà les jeunes avec les professionnel·les de leur structure**.

4.3.2. Une adhésion facilitée par le lien qu'entretiennent les jeunes avec les professionnel·les de la structure partenaire

Dans un contexte de forte présence mais de relative indisponibilité des jeunes, les projets qui parviennent à susciter l'adhésion la plus massive de leur public cible sont ceux qui **s'appuient sur les professionnel·les de la structure partenaire pour établir le lien de proximité relationnelle avec les jeunes**. Pour cela, ces projets travaillent à bénéficier de **l'extension du lien de confiance qu'entretiennent les jeunes avec leurs surveillant·es, leur conseiller·ère, ou encore leur assistant·e d'éducation**.

Ce phénomène d'extension du lien de confiance se manifeste lorsque l'intervenant·e de CJCA bénéficie « par extension » du lien entre les jeunes et les professionnel·les, en étant **présenté·e par ces dernier·ères comme étant également digne de confiance**. Il favorise dès lors l'adhésion des jeunes pour deux raisons principales.

D'abord, le lien de confiance entre jeunes et professionnel·les de la structure **favorise la détection des problématiques** en amont de l'orientation grâce à des discussions informelles régulières. Cette familiarité est un préalable indispensable à l'extension du lien vers l'intervenant·e CJCA. Un assistant d'éducation rencontré dans un établissement de formation nous a ainsi raconté comment il avait pu orienter l'un des jeunes dont il a la charge en discutant avec lui dans la cours de récréation.

Professionnel·les « d'orientation » ou relais de confiance ?

Notre enquête permet d'affirmer le rôle prépondérant des professionnel·les de l'établissement partenaire dans l'adhésion des jeunes à une CJCA. Nous en distinguons deux types.

- Les professionnel·les « d'orientation » contribuent comme leur nom l'indique au repérage des conduites addictives et à l'orientation vers la consultation. Ils et elles n'entretiennent néanmoins **pas nécessairement de lien de confiance forts avec les jeunes** : leur impact sur l'adhésion à la consultation est modéré.
- Les « relais » de confiance entretiennent de forts liens de proximité avec les jeunes. Bien que contribuant également à l'orientation et au repérage, ils-elles sont également susceptibles **de faire bénéficier l'intervenant·e CJCA de leur lien de leur lien de confiance avec les jeunes**. Leur impact sur l'adhésion au dispositif est donc élevé.

Ensuite, l'extension du lien de confiance **permet de lever directement certains freins à leur venue en consultation** : plusieurs jeunes rencontré·es en entretien considèrent ainsi qu'ils-elles ne seraient pas venu·es en CJCA sans avoir été orienté·es par un·e professionnel·le en qui ils-elles disent avoir confiance. C'est le cas d'un jeune enquêté qui affirme qu'il n'aurait jamais poussé la porte de la consultation sans y avoir été incité par son assistant d'éducation.

« **Jeune** : [Prénom de l'assistant d'éducation] m'a parlé d'une dame que je pourrais peut-être rencontrer, qui pourrait peut-être m'aider pour mes problèmes. J'ai fait confiance à [prénom de l'assistant] et pour l'instant ça va. **Enquêteur** : Et pourquoi [l'assistant] (...) ? **Jeune** : Parce que je le connais et franchement c'est une super personne. **Enquêteur** : S'il ne t'avait pas activement convaincu et que tu avais seulement vu un panneau CJC sur la porte, tu serais entré ? **Jeune** : Ah non je serais pas rentré (rire). » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

Si elle s'avère bénéfique pour favoriser l'adhésion au dispositif, l'extension du lien de confiance est néanmoins conditionnée par deux principaux facteurs.

En premier lieu, **la qualité du travail partenarial semble constituer un facteur essentiel**. L'enquête qualitative montre ainsi que l'extension du lien de confiance peut **se trouver limitée faute d'un travail approfondi de sensibilisation des équipes en interne**. Lors d'une observation menée dans un établissement partenaire d'un des projets étudiés, une jeune évoque ainsi les remarques agacées de son professeur, qui lui reproche d'avoir « raté tout le cours » lorsqu'elle se rend en consultation sur les horaires de classe. Un défaut d'acculturation des équipes peut donc freiner la venue des jeunes, même lorsqu'ils-elles ont débuté une démarche de soin. En outre, l'enquête montre que les relais de confiance placés au sein des établissements partenaires fonctionnent surtout grâce au **sentiment d'un « travail**

d'équipe » entre professionnel·les et intervenant·e CJCA. L'assistant d'éducation mentionné dans l'extrait d'entretien ci-dessus, qui joue un rôle central dans l'orientation de jeunes vers le dispositif, se réfère à l'intervenant·e CJCA comme une véritable partenaire. C'est la confiance et le temps investis dans ce travail en équipe qui lui permettent d'orienter sereinement les jeunes vers la consultation. Enfin, la **présence régulière de l'intervenant·e dans l'établissement en dehors des temps de consultation** constitue également un facteur facilitant. L'orientation par un·e professionnel·le de confiance est en effet simplifiée lorsque le·la jeune est envoyé·e vers une figure familière, qu'il·elle identifie déjà en amont. Là encore, l'entretien avec l'assistant d'éducation du projet n°1 donne à voir en quoi le travail de terrain de l'intervenante CJCA sur les temps de pause facilite l'adhésion de jeunes habituellement « méfiant·es » vis-à-vis des adultes.

« **Beaucoup, ils ont un problème avec l'adulte, ils ont une rupture de confiance, et ça c'est très dur à remettre en place, de refaire confiance [...] [Prénom de l'intervenante], elle est là aussi avec les jeunes, quand elle a pas de rendez-vous, elle sort avec eux, y'a une présence en fait, même s'ils ont pas forcément envie de parler avec elle. Elle est là.** » (Professionnel·le d'une structure partenaire, projet n°1)

Il apparaît dès lors **qu'un travail approfondi de « vivre avec » la structure partenaire** – pour acculturer les professionnel·les, former des liens d'équipe et s'établir comme une présence routinière auprès des jeunes – **soit essentiel pour garantir l'extension du lien de confiance.** Le cas d'un établissement partenaire étudié montre ainsi comment, en l'absence de ce travail, les relais d'orientation cessent de fonctionner. La Conseillère Principal d'Education de cet établissement d'enseignement professionnel collaborait étroitement avec l'intervenant pour organiser des permanences fortement fréquentées par les jeunes, mais l'arrivée d'un nouvel intervenant peu enclin à investir le travail partenarial a fait fortement diminuer la file active de la consultation.

« **Trois ans avec [prénom de l'ancien intervenant], et puis il est parti. Il a été remplacé et tout s'est arrêté. Je ne sais pas quel était le métier d'origine [du nouvel intervenant]. Mais il était pas éduc. C'était quelqu'un de l'extérieur qui faisait quelque chose à l'intérieur. Il ne bossait pas avec nous. Il ne nous communiquait rien. Et moi j'avais lâché l'affaire, il ne bossait plus qu'avec l'infirmière.** » (Professionnel·le d'une structure partenaire, projet n°2)

En second lieu, et au-delà du travail partenarial, **la taille de l'établissement partenaire agit fortement sur la possibilité de bénéficier de l'extension du lien de confiance.** L'enquête qualitative a en effet permis d'établir que les CJCA implantées dans des petits établissements (MFR, petits lycées professionnels, CFA) suscitaient davantage d'adhésion au soin chez les jeunes. L'extension du lien de confiance ne fonctionne en effet que lorsque ce lien existe au préalable entre les professionnel·les de la structure partenaire et les jeunes qui la fréquentent. Or, il est plus aisé que l'équipe pédagogique établisse une relation avec la plupart des jeunes qui fréquentent quotidiennement l'établissement lorsque ce dernier est de petite taille. **Par opposition, les établissements généralistes de grande taille sont moins propices à l'extension du lien de confiance** : la forte fréquentation de la structure limite les relations entre élèves, enseignant·es, surveillant·es et conseiller·ères d'éducation. L'équipe a donc une connaissance plus limitée des situations et entretient avec les élèves des liens plus distants. Dès lors, les projets de CJCA déployés dans ces établissements peinent à susciter une adhésion large chez leur public cible. Face à ces freins, **les projets qui parviennent à recevoir régulièrement des jeunes sont ceux qui investissent le partenariat sur le temps long et qui dédient un volume horaire conséquent à la présence des**

professionnel·les au sein de la structure. Ces efforts entrent néanmoins en conflit avec le fonctionnement des CJCA, qui n'ont que rarement la possibilité d'investir autant de ressources sans devoir les justifier par la venue des jeunes en consultation. Ainsi, l'un des projets étudiés, implanté dans un grand établissement de l'Education Nationale, a dû réduire la fréquence de ses permanences par manque de venues des jeunes. Or, c'est au contraire une augmentation de la présence de l'intervenante qui aurait sûrement été la plus à même, à terme, de débloquer la situation.

« On est présents un lundi par mois sur [l'établissement]. Avant, c'était tous les quinze jours mais on s'est rendu compte qu'on voyait très peu de jeunes donc a décidé de réduire. » (Intervenante en CJCA, projet n°15)

Les projets déployés dans de grands établissements sont donc **confrontés à un paradoxe** : la possibilité d'y bénéficier d'une extension du lien de confiance y est plus ténue et demande davantage de temps et de ressources. Néanmoins, l'absence de résultats de court terme conduit souvent ces projets à réduire le temps de présence dans l'établissement, au détriment de la possibilité de susciter une adhésion plus large chez les jeunes.

4.3.3. Plus occasionnellement, des interstices pour pratiquer « l'aller vers » dans l'institution partenaire

Si l'extension du lien de confiance constitue le levier le plus courant pour tisser un lien avec les jeunes et favoriser leur adhésion, **certain·es intervenant·es de CJCA travaillent en parallèle à déployer des méthodes « d'aller vers » au sein même de la structure partenaire.** Ils vont ainsi directement au-devant des jeunes pour établir avec eux·elles un lien de proximité plus directe. Cette forme particulière « d'aller vers » s'appuie sur deux principaux leviers.

Le premier levier **consiste à investir les « interstices » laissés libres par l'organisation des partenaires.** Les établissements scolaires, de formation ou d'insertion ont en effet en commun de fortement réglementer l'usage des temps (temps de classe, d'atelier, d'aide aux devoirs) et des espaces (ateliers, salles de réunion, cours de récréation pour les loisirs, etc.) qu'ils administrent. Les intervenant·es de CJCA s'appliquent dès lors à aller à la rencontre des jeunes de manière informelle dans des endroits et à des moments « interstitiels », entre deux moments de cours et deux salles de classe. La rencontre dans les couloirs ou sur les temps de pause constitue ainsi l'un des outils les plus récurrents « d'aller vers » mobilisés par les professionnel·les de CJCA. L'enquête a ainsi montré que l'investissement de ces temps de pause pour aller à la rencontre des jeunes était ainsi fortement plébiscité par les intervenant·es. Ces pratiques sont néanmoins, selon les professionnel·les, « difficiles à mettre en œuvre », étant donné que les rencontres informelles ne donnent pas lieu à l'ouverture d'un dossier, et sont donc peu valorisés par les ARS.

« Et puis, l'informalité marche bien. Mais c'est compliqué à justifier. Ce temps informel ne ressort pas auprès des ARS. Ça pose problème à la structure pour les valoriser : ça demande du temps, ça ne permet pas d'ouvrir des nouveaux dossiers de jeunes... » (Intervenante en CJCA, Projet n°3)

Le second levier consiste à **proposer, en partenariat avec l'établissement, des activités collectives destinées aux jeunes.** Au-delà des interstices investis habituellement par les CJCA, ce mode d'action permet d'ouvrir un temps long de disponibilité des jeunes facilitant la rencontre avec l'intervenant·e. Le sport, les activités de loisir ou encore les prestations musicales font ainsi partie des modes d'action

envisagés par les professionnel·les. Ces dernier·ères soulignent ainsi les apports d'une approche par le ludique, qui permet d'installer le lien informel de proximité par le jeu avant d'éventuellement orienter vers la consultation.

4.3.4. Conclusion : la nécessité d'investir le « vivre avec » le partenaire

Cette partie se penche sur **le déploiement de projets de CJCA dans des établissements scolaires, de formation ou d'insertion**. Elle permet d'affirmer que ce contexte d'intervention est spécifique à deux titres. D'abord, **il garantit la présence des jeunes aux abords de la consultation**, ces dernier·ères étant « captif·ves » de l'institution partenaire. Néanmoins, ces établissements **peuvent paradoxalement limiter leur disponibilité**, en contrôlant fortement le temps et les espaces qu'ils-elles investissent.

Les intervenant·es de CJCA disposent par conséquent de peu d'opportunités pour établir directement un lien de proximité avec leurs publics. Dès lors, les projets rencontrant la plus forte adhésion sont ceux qui **bénéficient, par extension, des liens de confiance existant d'ores et déjà entre les jeunes et les professionnel·les** (éducateur·trices, conseiller·ères, enseignant·es) de la structure partenaire. En travaillant de concert avec la CJCA, les professionnel·les peuvent en effet orienter vers la consultation des jeunes avec lesquels ils-elles entretiennent un fort lien de proximité. Cette « extension » du lien de confiance est fortement conditionnée par deux facteurs. D'abord, les projets remportant une forte adhésion sont ceux qui multiplient les temps de présence « hors consultation ». Ensuite, les projets déployés dans de grands établissements éprouvent davantage de difficultés à bénéficier de cette extension du lien de confiance, car les liens entre jeunes et professionnel·les y sont en général plus distendus.

Bien que **l'extension du lien de confiance** constitue la stratégie la plus courante des CJCA pour susciter l'adhésion des jeunes, **certain·es professionnel·les choisissent de pratiquer des formes « d'aller vers » dans les « interstices » laissés libres par les partenaires** : les activités ludiques pratiquées sur les temps de pause ou les rencontres au détour d'un couloir figurent ainsi parmi les pratiques qui favorisent la venue en consultation.

4.4. Les projets multisites en milieu rural : entre maillage du territoire et éparpillement des ressources

Le troisième contexte d'intervention dans lequel se déploient les projets étudiés correspond à des **territoires ruraux à très faible maillage en institutions de soin** (4.4.1). Dans ce contexte, **les CJCA font face à une forte demande « d'aller vers » géographique**, pour se rapprocher de leur public. **Cette exigence de proximité physique rentre néanmoins parfois en conflit avec la possibilité d'établir la proximité relationnelle**, et donc de faciliter l'adhésion des jeunes (4.4.2).

4.4.1. Les spécificités du contexte d'intervention : un éloignement géographique du soin

Les CJCA intervenant en milieu rural et rencontrées lors de notre enquête sont spécifiques à deux titres. D'abord, elles se déploient dans des territoires **connaissant pour la plupart des difficultés liées à un faible maillage en institutions de soin**⁵⁸. Ainsi, un directeur de CSAPA rencontré lors de la phase 2 de l'enquête décrit le déploiement des CJCA comme étant « nécessaire » étant données les carences du système de santé dans son département.

« Il y a quelque chose qui va de soi dans le déploiement des CJCA. Le tout dans un contexte qui nous impose l'aller vers. Ça va faire dix ans qu'ici, on a plus de médecins scolaires, et une pédopsychiatre pour tout le département. » (Intervenant en CJCA, projet n° 16)

Par ailleurs, les territoires étudiés sont également caractérisés par de **fortes difficultés de mobilité**. L'absence de transports publics fiables ou l'impossibilité d'assumer les coûts d'un véhicule personnel compliquent ainsi la possibilité pour les jeunes d'accéder à une consultation située en proximité immédiate de leur logement. Par ailleurs, l'âge des publics de CJCA implique de dépendre d'un·e parent pour effectuer des déplacements dans les villes et villages voisins, ce qui contraint leurs disponibilités. Une intervenante en CJCA enquêtée explique ainsi pourquoi certain·es jeunes peuvent difficilement se rendre à ses permanences sur les horaires de journée.

« Les jeunes travaillent, ou doivent venir accompagnés de parents qui travaillent. Donc les créneaux pris sont plus tardifs. » (Intervenante en CJCA, projet n°3)

Dans ce contexte, les projets de CJCA qui s'implantent en milieu rural font face à **une forte demande des partenaires pour renforcer le maillage du territoire en prestations de soin**. Ils s'appliquent donc à démultiplier les permanences sur différents sites pour « couvrir » les territoires non-pourvus.

4.4.2. Une volonté de maillage territorial, parfois au détriment de la proximité relationnelle avec les jeunes

Dans un contexte de forte demande de maillage territorial en institutions de soin, **les CJCA de milieu rural déploient pour la plupart un modèle de consultation dit « multisite »**. Elles implantent ainsi **des permanences régulières dans des institutions partenaires choisies davantage pour leur situation géographique** - dans des espaces non-pourvus - **que pour la qualité de leur lien avec les jeunes**. Si certains projets s'établissent dans des structures au sein desquelles les jeunes sont captif·ves et connu·es des professionnel·les (les Missions Locales, par exemple), il peut également s'agir d'un local pourvu par la mairie, d'un centre de soin, ou encore d'un Centre d'Information Jeunesse. Une intervenante en CJCA rencontrée lors de l'enquête déploie ainsi des permanences en mission locale et en CCAS dans les trois principaux bassins de vie de son territoire.

⁵⁸ Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousques, « "Déserts médicaux" en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, 2018, vol. 47, n° 4, p. 362-380.

« On est sur trois lieux différents, les trois villes, disons. On a trois demi-journées par semaine pour la Consultation Jeune Consommateur. » (Intervenante en CJCA, projet n°3)

Les consultations multisites ont pour principal effet de **lever les freins liés à la mobilité dans l'accès au soin des jeunes**. Contrairement aux projets en milieu urbain, « l'aller vers » par proximité géographique paraît donc davantage pertinent. Ainsi, une jeune enquêtée, orientée par sa psychiatre, a pu se rendre facilement en permanence CJCA. Sa ville ne disposait pas auparavant d'une offre de soin en addictologie.

« **Enquêteur** : Est-ce que c'était proche de chez toi, est-ce que tu as eu des difficultés à t'y rendre ? **Jeune** : Non c'était facile, à pied c'était faisable. **Enquêteur** : Et c'était plutôt au centre d'addicto, ou en Mission Locale ? **Jeune** : Ça a été d'abord au CCAS, et la deuxième fois en Mission Locale. » (Jeune suivie, 20-25 ans, projet n°3)

Cet « aller vers » essentiellement géographique **permet donc de toucher des publics dont l'adhésion est assurée au préalable**. Dans le cas de la jeune précitée, la volonté d'accéder à un soin en addictologie précédait la rencontre avec l'intervenante : ses représentations, opinions ou rapport aux institutions de soin ne représentaient pas un barrière à l'entrée en consultation.

« **Jeune** : Elle m'a dit qu'il y avait l'ANPAA qui aidait les jeunes consommateurs et que ce serait bien que je prenne rendez-vous avec eux pour me faire aider. **Enquêteur** : Et toi, dès le départ, ça t'a paru intéressant ? **Jeune** : Ben je me suis dit que ça pouvait être d'une grande aide pour m'en sortir. » (Jeune suivie, 20-25 ans, projet n°3)

Les CJCA multisites ont en revanche **une plus-value moindre pour susciter l'adhésion de publics à priori réticents** : en dispersant leurs efforts sur plusieurs antennes pour assurer le maillage du territoire en permanences de soin, les intervenant·es de CJCA **divisent également les ressources investies dans le travail partenarial auprès de chacune des structures choisies**. La possibilité de travailler le lien de proximité pour lever les freins à l'adhésion des jeunes les plus réfractaires s'en trouve donc réduite, pour deux raisons principales. Tout d'abord, **la présence plus sporadique des professionnel·les dans un même lieu réduit la possibilité de rencontre informelle avec les jeunes**. Ensuite, **les liens plus fragiles avec les professionnel·les de la structure jouent en défaveur de l'extension du lien de confiance** (voir partie 4.3.2) puisque l'intervenant·e n'est pas perçue comme faisant partie intégrante de l'équipe partenaire. Une intervenante de CJCA en milieu rural déplore ainsi le manque de lien avec les professionnel·les au sein de ses structures partenaires, l'orientation se faisant essentiellement « à l'aveugle ».

« On aimerait tendre vers des échanges plus réguliers avec les professionnel·les de la structure partenaire. La CJC serait repérée plus facilement [...]. J'aimerais beaucoup plus d'échanges avec les professionnel·les qui nous orientent [des jeunes]. Là, on sait juste que le jeune a été orienté. Mais on n'a pas de réflexion ensemble sur [la situation du] jeune. » (Intervenante en CJCA, projet n°3)

Pour conclure, les CJCA multisites apparaissent **particulièrement pertinentes en milieu rural** car elles permettent **de lever les freins liés à la mobilité pour les jeunes déjà convaincu·es au préalable de la nécessité du soin**. Cette volonté de « mailler » le territoire en multipliant les points de consultation

peut néanmoins contribuer à **dispenser le temps et les ressources des intervenant·es**. Dès lors, il est plus difficile pour les modèles multisites d'investir fortement le « vivre avec » chaque structure partenaire. **L'instauration de la proximité relationnelle** pour susciter l'adhésion de jeunes plus réticent·es au soin s'en trouve donc fragilisée.

En ce sens, les CJCA déployées en milieu rural doivent **davantage arbitrer entre la réponse à une demande de maillage territorial et la possibilité de susciter l'adhésion de jeunes peu convaincu·es**, au risque autrement de disperser leurs ressources et de limiter l'adhésion de leur public à la consultation.

4.5. Conclusion : trois modèles, un même rôle prépondérant du lien de proximité relationnelle

A la suite du constat établi au cours des trois années d'enquête selon lequel les CJCA éprouvent des difficultés persistantes pour « toucher » leurs publics cibles, cette deuxième partie se propose d'analyser **les modes d'intervention des projets** déployés lors de la troisième phase de l'expérimentation, pour comprendre **les principes à même de favoriser davantage d'adhésion chez les jeunes**.

L'enquête qualitative montre ainsi que **les CJCA qui travaillent à établir un lien de proximité relationnelle avec les jeunes sont celles qui parviennent à susciter la plus forte adhésion au dispositif**. Ces projets ont en commun de construire avec leur public – de manière directe ou via l'appui de professionnel·les partenaires – un lien fondé sur trois principes. Le premier principe est une forte personnalisation de la consultation, qualifiée informellement par le prénom de l'intervenant·e. Le second principe consiste en un prolongement du lien (par message, discussions sur les temps de pause, etc.) en dehors du seul temps de la consultation. Enfin, le dernier principe réside dans la « déformalisation » du rapport entre jeunes et professionnel·les, qui entretiennent un rapport de familiarité. Ces trois principes contribuent ensemble à lever les freins symboliques, politiques, sociologiques et psychologiques à l'adhésion des jeunes, freins que la seule proximité géographique avec le soin ne suffit pas à lever.

Bien que cette approche par la proximité relationnelle apparaisse comme étant la plus pertinente pour susciter l'adhésion, les méthodes et outils employés pour la mettre en œuvre varient fortement d'un contexte d'intervention à un autre. **Dans un contexte de travail auprès de publics vulnérables éloignés du soin, les CJCA qui parviennent à construire l'adhésion établissent le lien de proximité en alliant « aller vers » et « faire avec » les jeunes**. Elles parviennent ainsi à lever les freins d'accès au soin, principalement en sortant du cadre formel de la consultation, en équilibrant le rapport soignant·e-soigné·e et en agissant directement sur l'insertion et la confiance des jeunes. A l'opposé de ces méthodes de « l'aller vers » et du « faire avec », les CJCA accompagnant des publics vulnérables captifs d'institutions et forcés de s'insérer dans un cadre formel de soin remportent une adhésion bien moindre de la part de leurs publics.

Dans un contexte de déploiement au sein d'établissements d'éducation, de formation et d'insertion, le cadre de travail des CJCA est particulier à deux titres : les jeunes sont captif·ves,

nombreux·ses et acculturé·es au fonctionnement de l'institution partenaire, mais sont paradoxalement souvent indisponibles. Leur temps et leurs déplacements sont en effet fortement réglés par le fonctionnement interne de leur structure. Dès lors, les projets emportant la plus forte adhésion des jeunes sont ceux qui parviennent à **bénéficier des liens de confiance que ces dernier·ères nouent avec les professionnel·les de leur établissement**. Pour créer « par extension » un lien de proximité avec leur public, les CJCA ont deux leviers principaux : investir fortement le travail partenarial pour « faire équipe » avec les professionnel·les de la structure partenaire, et s'implanter dans des établissements de petite taille plus favorables à l'interconnaissance entre jeunes et conseiller·ères, éducateur·trices et surveillant·es.

Enfin, dans un contexte rural marqué par la rareté des institutions de soin, les CJCA s'emploient d'abord à rapprocher physiquement la consultation des jeunes. Cette approche permet de lever les freins liés à la mobilité pour des jeunes prédisposé·es à se rendre en consultation. Ses effets sont en revanche plus limités pour les publics réticents à adhérer au soin. La forte demande de « maillage » du territoire oblige en effet les intervenant·es à fortement disperser leurs efforts sur une multitude de sites, ce qui nuit à la qualité de la relation partenariale. Dès lors, la possibilité de créer un lien avec des jeunes à priori peu enclin·es à adhérer au dispositif s'en trouve réduite.

5.

Un spectre large d'effets, intervenant à plusieurs échelles

A l'issue de ce troisième rapport d'étude, **évaluer les effets des démarches CJCA reste un exercice complexe**. De nombreux projets ont en effet **rencontré des difficultés de mise en œuvre qui ont réduit la possibilité d'enquêter sur d'éventuels effets**. Par ailleurs, les protocoles d'intervention ambitieux déployés par les CJCA pour emporter l'adhésion des jeunes et produire *in fine* des impacts auprès de ce public **s'inscrivent sur le temps long**. Leurs effets n'apparaissent donc pas nécessairement durant la temporalité de l'enquête.

Afin de documenter les effets obtenus auprès des jeunes via l'expérimentation de la manière la plus complète possible, l'analyse sera fondée sur les entretiens et observations menés en phase 3 mais s'appuiera également sur les résultats de la phase 2 et de la phase 1.

Les principaux enseignements de ces phases d'enquête successives permettent de distinguer deux principales catégories d'effets des CJCA. En permettant l'accès à des consultations individuelles, les projets génèrent chez les jeunes des effets allant de **l'évolution des représentations et des pratiques addictives à l'accès aux soins en santé mentale** (5.1.). Au-delà de ces effets sur les jeunes, les CJCA contribuent également à **transformer leurs structures partenaires en y instaurant une culture favorable au soin** (5.2.).

5.1. Chez les jeunes suivi-es : de l'évolution des représentations et des pratiques addictives à l'accès aux soins en santé mentale

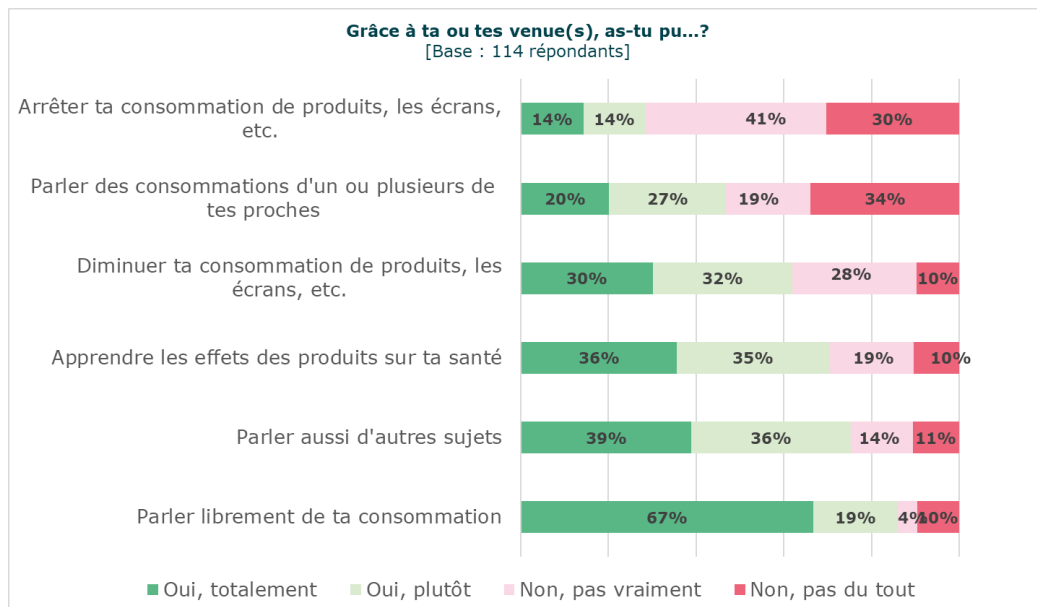
Les CJCA produisent avant tout des effets sur leur public parce qu'elles facilitent l'adhésion volontaire à un démarche de soin (cf. chapitre 4). C'est cette démarche de soin qui va ensuite engendrer trois principales catégories d'effets sur les jeunes. En premier lieu, elle leur permet de bénéficier d'apports informatifs et préventifs qui contribuent à réduire les conduites à risque, particulièrement pour la tranche d'âge la plus basse de notre échantillon. (5.1.1.) En second lieu, les CJCA apportent également aux jeunes une aide concrète dans la gestion d'addiction avérées, notamment pour les plus âgées (5.1.2.). Enfin, les consultations avancées favorisent en particulier pour les publics les plus vulnérables un accès aux soins en santé mentale allant au-delà de l'addictologie (5.1.3.).

5.1.1. Des apports informatifs et préventifs, pour tous les profils de jeunes

A l'échelle des jeunes suivi-es, les projets leur permettent de **mieux comprendre les effets des conduites addictives**. Ils contribuent dès lors à **prévenir l'apparition d'addictions et les risques** qui y sont associés (5.1.1.1.) grâce à une **posture non-stigmatisante et rassurante** propre à la réduction des risques (5.1.1.2.). Cette première catégorie d'effet est **particulièrement visible chez les publics les plus jeunes** (5.1.1.3.) étant donné que ces dernier-ères sont moins susceptibles d'être consommateur-trices que leurs ainé-es.

5.1.1.1. Comprendre les effets des conduites addictives et prévenir les risques

Les résultats de l'enquête quantitative témoignent d'un net apport informatif des consultations de CJCA : **71% des répondant-es considèrent ainsi qu'elles permettent d'apprendre les effets des produits sur la santé**, ce qui en fait la troisième catégorie d'effet la plus importante au sein de l'échantillon.



Source : questionnaires de phase 3. Lecture : 14% des répondant·es considèrent totalement qu'ils ont pu arrêter leur consommation grâce à leur venue en CJCA

L'enquête qualitative corrobore ce résultat. Les jeunes rencontré·es témoignent ainsi en entretien **d'apprentissages relatifs aux pratiques addictives et aux risques qui y sont associés, mais également aux possibilités de prise en charge en addictologie**. Ainsi, le fait même d'être reçu·e en consultation permet de **se rendre compte qu'une offre d'accompagnement existe** concernant ces thématiques.

« Je savais même pas qu'il y avait des gens qui pouvaient t'aider à arrêter les addictions, etc. Du coup l'avoir rencontrée... quand je l'ai vue, je me suis dit "ah mais ça existe", j'étais pas au courant, quoi. » (Jeune suivie, 18-20 ans, projet n°11)

Comme le montre ce verbatim, les jeunes peuvent se montrer surpris·es et rassuré·es de découvrir les dispositifs d'aide auxquels ils·elles peuvent avoir accès. Certain·es d'entre elles·eux considèrent par ailleurs que les informations et messages de prévention transmis sont susceptibles d'avoir un **réel effet de prise de conscience**. Reçu en consultation, le jeune dont l'extrait d'entretien suit manifeste ainsi sa surprise et parle d'un réel « impact » du travail de l'intervenant·e.

« Je pense que ça a fait ouvrir les yeux, sur pleins de choses. Sur l'alcool, déjà, les jeunes qui ont essayé les espèces de lunettes, qui ressemblent à des lunettes de ski, le fait qu'elle nous ait fait essayer ça, je pense que ça leur a ouvert les yeux sur l'alcool, et qu'ils se sont dit : "punaise, ça attaque bien quoi". Donc franchement, son intérêt à partager son savoir, ce qu'elle fait [l'intervenante] au niveau de son travail je pense que ça a un très très gros impact sur la façon de vivre des étudiants, des jeunes, aujourd'hui, maintenant. » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

La diffusion d'une approche préventive peut ainsi passer par le recours à des outils de simulation des effets des conduites addictives (ici des lunettes simulant les effets de l'alcool sur la vision), mais se joue aussi beaucoup dans le **dialogue avec les jeunes sur leurs propres pratiques**. L'enquête par questionnaire fait écho à ces résultats. Elle montre que **86% des répondant·es considèrent que la CJCA leur a**

permis de parler librement de leur consommation. Beaucoup de jeunes se saisissent ainsi des consultations pour parler de leurs pratiques et mesurer leur niveau d'addiction, ainsi que cela avait d'ores et déjà été démontré dans le rapport d'évaluation de phase 2. L'extrait qui suit montre ainsi comment une jeune peut se saisir de la consultation pour « savoir si on est addict », avouant « ne pas savoir » comment déterminer l'existence ou non d'une addiction.

« Ben, nous sensibiliser sur des choses qui peuvent arriver. Parce que peut-être que si ça se trouve on est addicts à quelque chose et qu'on le sait pas, on est encore dans le déni. Donc avoir une séance avec elle, pour moi ça permet déjà de savoir si nous on est addicts, et ensuite si notre entourage l'est. » (Jeune suivie, 18-20 ans, projet n°11)

La consultation donne ainsi accès à des informations individualisées, plus précises que celles qui pourraient être obtenues en séance de prévention collective. Elle permet donc aux jeunes d'être attentif·ves à l'évolution de leurs consommations et de leurs pratiques, voire de la mesurer via des outils (questionnaires, échelles etc.) permettant de détecter de manière précoce l'installation d'une addiction.

Comme en témoigne le verbatim précédent, la consultation est également **un espace au sein duquel les jeunes peuvent se confier et s'informer sur les conduites de leurs proches**, mieux comprendre leurs comportements et savoir y faire face. Cet apport de la consultation est identifié par les jeunes elles-eux-mêmes, mais également par les professionnel·les des structures partenaires. La professionnel·le dont l'extrait suit a ainsi déjà pu observer chez certain·es jeunes une évolution dans la prise en compte des comportements de leurs proches.

« "je comprends mieux mon père, des choses se sont éclairées dans ma tête", j'ai déjà eu ce genre de retours [de la part des jeunes reçu·es en consultation]. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°15)

Ainsi, les CJCA permettent de **faire évoluer les représentations sur les addictions via la diffusion d'informations, de messages et d'outils de prévention.** Concrètement, les jeunes découvrent les possibilités de prise en charge en addictologie, prennent conscience de certaines réalités concernant les conduites addictives et leurs effets, disposent de davantage de recul pour analyser leurs propres pratiques et prévenir l'installation d'addictions, et peuvent également mieux comprendre les addictions dans leur entourage. L'atteinte de ces effets **apparaît fortement conditionnée au format de la consultation et à la posture des intervenant·es, qui permet d'instaurer un espace de parole déstigmatisant et apaisé pour aborder les addictions.**

5.1.1.2. Une posture de réduction des risques rassurante et non-stigmatisante

La capacité des intervenant·es à instaurer un espace de parole déstigmatisant et l'importance que celui-ci revêt dans l'efficacité des CJCA a été démontrée dès l'étude diagnostique menée en phase 1. **Les résultats de l'évaluation menée en phase 3 permettent de confirmer et d'affiner ce constat.**

Il convient ainsi de rappeler, malgré des évolutions ces dernières années, que la représentation stéréotypée de la figure «*de l'adolescent et du jeune adulte en danger* » continue d'influer sur la **façon dont sont**

parfois conçues les politiques de prévention à destination des jeunes⁵⁹. Or, ces types de discours peuvent se révéler contre-productifs en suscitant **un sentiment de rejet de la part des usager-es de substances psychoactives**. Ils-elles peuvent se sentir jugé-es ou stigmatisé-es dans leurs comportements, considérés comme moralement « malsains »⁶⁰, alors même qu'ils-elles peuvent avoir une réelle envie voire un besoin d'être informé-es sur ces thématiques.

« **On croit pas, mais ça [les informations délivrées par l'intervenante CJCA] intéresse énormément de jeunes.** » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

L'approche inadéquate adoptée par une partie des politiques de prévention conduit donc à la généralisation d'un constat fallacieux, pointé par cet enquêté, selon lequel les jeunes éprouveraient un désintérêt à l'égard des questions d'addictions. Or, les jeunes se montrent au contraire sensibles à ce sujet, lorsqu'il est abordé dans un cadre non-jugeant et rassurant. Si l'étude diagnostique de phase 1 avait montré que **l'échange confidentiel en face-à-face avec l'intervenant-e** était un vecteur fort de déstigmatisation, l'enquête qualitative menée sur les projets expérimentaux montre que c'est avant tout la **posture adoptée par les intervenant-es** qui est déterminante dans ce processus. Cette posture est caractérisée par une approche par la réduction des risques. Elle transparait dans les consultations individuelles, mais également dans le cadre d'échanges collectifs informels.

« **Il y a une infirmière qui vient avec nous, et c'est tout aussi agréable du coup, parce que c'est souvent un débat à ce moment-là et on aime bien débattre le midi donc c'est sympa. C'est hebdomadaire et vraiment on parle de tout sans tabou, ça va être comme une séance de potins entre guillemets, avec des conseils tout ça.** » (Jeune suivi, 21-25 ans, projet n°8)

Les échanges collectifs peuvent même contribuer à rassurer les jeunes en désindividualisant les échanges, ce qui peut s'avérer dans un premier temps moins stressant. A ce titre, le recours à des supports ludiques (les intervenant-es mentionnent par exemple le « tire-ta-clope », des lunettes de simulation, la roue des dépenses...) contribue également à **« dédramatiser » le sujet**, ce qui constitue souvent une étape préalable à la **libération de la parole** des jeunes. En effet, plutôt qu'un désintérêt, **la thématique de l'addiction peut être anxiogène** et susciter chez elles-eux des craintes à la fois du point de vue des conséquences sur leur santé physique et psychique, mais également du jugement et de la condamnation (aussi bien sociale que pénale) que les conduites addictives peuvent entraîner.

C'est également la **capacité des professionnel-les à se distinguer d'une posture répressive et moralisante** vis-à-vis des addictions qui permet une diffusion efficace d'informations et de messages préventifs, en aboutissant à une évolution des représentations.

« **Il [l'intervenant CJCA] nous aide en fait, mais à sa façon, genre il va pas nous dire « mais c'est pas bien de fumer, il faut pas fumer nanani nanana », il va nous dire ce qui peut se passer, le pourquoi du comment, « voilà les conséquences ».** » (Jeune suivi, 18-20 ans, projet n°7)

⁵⁹ François Beck et al., « Regards sur les addictions des jeunes en France », *Sociologie*, 2010, Vol. 1, n° 4, p. 517-535.

⁶⁰ P. Peretti-Watel, « Morale, stigmatisme et prévention », art cit.

Il est ainsi particulièrement important pour les jeunes de **se rendre compte que les intervenant-es ne sont pas là pour juger ou sanctionner leurs pratiques et leurs consommations** mais bien pour les informer et les outiller. Il s'agit dès lors pour les intervenant-es de parvenir à faire comprendre aux jeunes leur ancrage dans une logique réduction des risques, par l'établissement progressif d'un lien de confiance, **quitte à refuser certaines demandes de la part des établissements si celles paraissent contre-productives.**

Compte rendu d'observation d'une réunion partenariale dans le cadre du projet n°1 : La directrice d'établissement demande à l'intervenante en CJCA de « se poster » au « coin fumeur » devant l'établissement durant la pause, au motif que les consommations sur site doivent être contrôlées du fait des responsabilités de l'établissement, notamment en termes de sécurité. Sans contredire cet impératif qui s'impose à la cheffe d'établissement, l'intervenante souligne qu'il lui semble compliqué d'assumer cette tâche, car adopter ce rôle risquerait de mettre en péril la relation de confiance tissée avec les jeunes, et serait contradictoire avec la volonté de les laisser venir vers elle, sans s'imposer. L'intervenante est soutenue par d'autres membres de l'équipe éducative.

Les intervenant-es sont donc parfois exposés à un **risque d'« instrumentalisation »** en fonction des besoins des structures partenaires, et doivent être en capacité de **défendre leur positionnement distinctif vis-à-vis d'un rôle répressif.**

5.1.1.3. Un apport préventif particulièrement visible chez les plus jeunes, auprès desquelles les CJCA ont globalement moins d'effets

Comme démontré précédemment (cf. chapitre 3), **les jeunes en âge d'être au collège (moins de quinze ans) se disent moins consommateur-rices que leurs aîné-es** (30% chez les moins de quinze ans versus 71% chez les plus de quinze ans). Ils-elles **sont donc logiquement moins concerné-es par des effets relevant de la gestion des addictions**, bien que les professionnel·les des structures partenaires concernées soulignent leur exposition à des pratiques addictives (jeux vidéo, réseaux sociaux) davantage qu'à la consommation de produits. Les effets des consultations **apparaissent ainsi globalement minorés pour les jeunes de moins de quinze ans** : en établissant une variable de score à partir des différents effets et de leur niveau d'intensité renseignés par les jeunes dans le questionnaire, on observe que le « score » des moins de quinze ans est inférieur d'environ 20% à celui de leurs aîné-es. De plus, ils-elles sont beaucoup moins nombreux-ses à vouloir poursuivre les consultations : 39% versus 71% chez les plus de quinze ans.

Les échantillons d'enquête qualitative et quantitative de la phase 2, au sein desquels les moins de 15 ans étaient surreprésentés, montraient cependant que ces dernier·ères **se saisissaient davantage de la consultation pour répondre à des besoins relevant de la prévention** (parler librement de leur consommation ou pratique à risque, et s'informer sur les risques ou sur les moyens de consommer de manière moins risquée).

Il semble donc que **cet apport informatif et préventif des consultations soit prépondérant chez les jeunes de moins de quinze ans**. Les autres apports constatés chez les plus âgé-es sont pour cette catégorie bien plus réduits.

5.1.2. Une aide dans la gestion d'addictions avérées, plus courante chez les plus âgé-es

Il ressort de l'enquête qualitative et quantitative que les CJCA permettent de réduire les conduites addictives et les risques associés (5.1.2.1.) grâce à un suivi concret et personnalisé qui s'organise dans le cadre des consultations (5.1.2.2.), en particulier pour les jeunes en âge d'être au lycée ou récemment majeur-es (5.1.2.3.).

5.1.2.1. Réduire les conduites addictives et les risques associés

L'évaluation des projets expérimentaux de consultations jeunes consommateurs avancées a permis de **mesurer des effets en matière d'évolution des comportements et pratiques addictives**. Une partie des jeunes reçu-es en consultation est en effet directement concernée par les addictions.

Certain-es mobilisent ainsi la consultation après avoir constaté que leur situation d'addiction impactait leur **bien-être physique ou psychique** ou encore leur situation sociale (endettement, difficultés scolaires ou professionnelles...).

« C'était pour l'addiction. Le cannabis. Parce que ça me soule. Pour l'argent, pour la santé. Avant j'avais le budget mais là je l'ai plus ». (Jeune suivi, projet n°8)

« Moi, j'ai commencé à fumer il y a 2/3 ans. J'essayais d'arrêter, mais j'y arrivais pas, l'envie était pas... Et en continuant à fumer, je diminuais le sport, je mangeais plus beaucoup, ce qui fait que mon envie d'arrêter elle était pas là, par peur de prendre du poids. Du coup je voulais pratiquement... en fait, moi-même, je voulais pas arrêter de fumer. Donc c'est là où j'ai rencontré [l'intervenante CJCA]. Et c'est elle qui... On en a discuté. » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

Ces extraits d'entretien montrent ainsi que les jeunes enquêté-es ont en commun d'être **conscient-es de leur addiction**. Ils-elles s'inscrivent alors d'autant plus facilement dans une stratégie de réduction ou d'arrêt de leurs conduites addictives, et constatent pour la plupart **des effets de la consultation sur leur situation**. D'un-e jeune à l'autre, ces effets peuvent être importants, comme plus mitigés, partiels ou temporaires. Les deux jeunes dont les extraits d'entretien suivent ont ainsi arrêté leur consommation, qu'il s'agisse de la cigarette ou des jeux vidéo.

« En 8 mois, j'ai pu arrêter que les jeux vidéo, mais le téléphone est encore là. » (Jeune suivie, 18-20 ans, projet n°11)

« Avec le courage, l'envie, ça fait maintenant un peu plus d'un mois que j'ai arrêté de fumer. » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

Surtout, les **effets constatés** ne portent pas uniquement sur les conduites addictives, mais également sur **les risques qui y sont associés**. L'accompagnement aide ainsi les jeunes à faire face à certaines

conséquences de l'addiction, que celles-ci relèvent de symptômes qu'elle a pu engendrer chez elles-eux ou de difficultés sociales et professionnelles.

« **Ca m'aide beaucoup. Avant d'avoir les consultations avec elle [l'intervenante CJCA], j'étais quelqu'un qui dormait pas beaucoup. Et depuis, on a parlé de tout ça, elle me donne des conseils, j'ai trouvé un rythme de sommeil régulier, on va dire.** » (Jeune suivie, 18-20 ans, projet n°11)

« **Pendant un moment, j'avais des grosses emmerdes. A cause du shit, j'ai eu un tas d'amendes astronomiques, et cetera. Et il [l'intervenant CJCA] était derrière moi à essayer de me trouver des solutions. Il m'a pris des rendez-vous.** » (Jeune suivie, 21-25 ans, projet n°8)

En revanche, **les jeunes en situation d'addiction avérée mais qui refusent d'être catégorisé-es comme tel-les sont beaucoup plus rétif-ves au soin. Les effets observés chez eux-elles sont donc bien moindres, voire inexistants.** Comme on l'a vu précédemment, l'obligation de soins qui pèse parfois sur ces jeunes et les oblige à venir en consultation, qu'elle soit formalisée dans un cadre judiciaire ou imposée par un·e chef·fe d'établissement, tend à réduire les effets du dispositif.

« **[Les consultations], ça sert à rien. C'est pas elle [l'intervenante CJCA] qui va me faire arrêter.** » (Jeune suivie, 15-17 ans, projet n°4)

« **"Quand je serai majeur, j'arrête". Y'a une notion de responsabilité : "je deviens responsable". (...) En ce moment, il y en a qui questionnent un peu, mais d'abord pour les autres, pas pour eux.** » (Professionnelle de structure partenaire, projet n°4)

Dès lors, ces jeunes perçoivent la consultation comme un dispositif contraignant, qui viserait à les obliger à cesser leur conduite addictive, et entrent dans une logique d'opposition ou de négociation (« arrêter plus tard »). La consultation ne les amène donc pas à interroger leurs conduites addictives du point de vue de leurs conséquences, ni à vouloir agir dessus.

L'atteinte d'effets en matière d'évolution des comportements et des pratiques addictives est donc largement corrélée **à la reconnaissance par les jeunes de l'addiction à laquelle ils-elles font face, et à leur adhésion au dispositif (Cf chapitre 4).**

5.1.2.2. Un suivi concret et personnalisé

Les jeunes reçu-es en consultation et concerné-es par une ou des addictions apprécient particulièrement les conseils concrets et personnalisés qui leur sont donnés par les intervenant-es de CJCA, ainsi que la possibilité d'avoir un suivi au fil de plusieurs consultations, au sein de leur établissement.

Par le biais de la consultation individuelle, **les intervenant-es sont à même de décortiquer les conduites addictives des jeunes reçu-es**, et d'identifier avec elles-eux les changements positifs à attendre de leur réduction ou arrêt de leur consommation ou pratique à risque, tout en les aidant à appréhender les difficultés posées par le manque. Les jeunes ont donc **accès à un parcours d'accompagnement individualisé**, et les intervenant-es peuvent dans certains cas leur fournir des produits de substitution adaptés à leurs besoins.

« En fait, moi je pensais juste qu'elle allait me dire : bon ben pour arrêter de fumer... Des choses basiques. (...) On en a discuté. Elle m'a donné des patches, des petits bonbons pour diminuer, voire complètement arrêter la cigarette. On a fait un gros bilan sur l'arrêt du tabac. » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

Cet extrait d'entretien montre que les jeunes peuvent être **surpris-es de la qualité et de l'adaptabilité du suivi qui leur est proposé**. De la même manière que pour la diffusion de messages de prévention, une présentation déculpabilisante et rassurante de la démarche, qui peut passer par une approche « ludique », peut aider les jeunes à trouver la motivation nécessaire pour réduire ou arrêter leurs consommations ou pratiques à risque.

« Elle [l'intervenante CJCA] m'a présenté ça sous forme de jeu, j'ai trouvé ça assez ludique. J'ai trouvé ça super sympa. En fait, elle m'a fourni comme une espèce de calendrier sur l'arrêt du tabac, les changements positifs, les changements négatifs. Et ça m'a plu, déjà. Et, je sais pas... En fait, j'étais ce jour-là motivé, l'envie d'arrêter était extrêmement forte. Parce que j'en avais marre de me réveiller le matin avec des nausées, l'odeur. Mais j'avais pas le courage. Mais c'est vrai que depuis que [l'intervenante] est arrivée, j'ai eu une envie d'arrêter ; j'ai eu un très très très gros soutien de sa part en l'espace d'une journée, et ça m'a aidé, j'étais ravi que y'ait eu quelqu'un comme [l'intervenante] ici, pour pouvoir suivre les jeunes, pouvoir les diriger dans un bon mood, un bon chemin. » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

Comme le souligne l'enquêté cité ci-dessus, la **présence des intervenant-es de CJCA** au sein même de l'établissement est importante parce qu'elle permet d'**instaurer facilement un suivi**, et de ne pas baisser les bras une fois la dynamique enclenchée. A cet égard, le maintien du suivi est également facilité par la bienveillance des intervenant-es à l'égard des « rechutes » et leur capacité à aborder ce sujet avec les jeunes, en expliquant que ces dernières peuvent faire partie du processus de réduction ou d'arrêt des conduites addictives, quels que soient leur niveau et leur type d'addiction.

« J'ai dit à [l'intervenant] (...) « j'ai craqué moi la semaine dernière et tout, je me suis pris un flash et tout, je suis sorti 8 heures ». (...) Il est pas en mode « ok bah pas de chantier pour toi aujourd'hui », tu vois, ce serait absurde. (...) En fait, il sait comment ça fonctionne aussi. » (Jeune suivi, projet n°8)

Les intervenant-es doivent là encore **se distinguer d'une approche répressive**, que les jeunes ont pu connaître et peuvent en conséquence anticiper dès lors qu'il s'agit de pratiques addictives, en particulier lorsqu'elles impliquent des consommations illégales, et/ou qu'ils-elles sont globalement fortement exposé-es à des institutions répressives.

« Si j'ai un bédo à la main, il [l'intervenant] va pas être là, il va pas me le prendre. »
Jeune accompagné (Jeune suivi, 18-20 ans, projet n°7)

In fine, c'est donc la **posture rassurante et déstigmatisante** propre à la réduction des risques et déjà évoquée plus haut, **couplée à la possibilité d'un suivi personnalisé et fondé sur des conseils et outils concrets**, qui permet aux jeunes de mieux gérer leurs conduites addictives et les risques qui y sont associés.

Le travail accompagné comme vecteur de soin en addictologie

Le dispositif TAPAJ, dont nous avons montré **la capacité à susciter l'adhésion des jeunes**, permet également **d'influer directement sur la gestion des addictions**. Le travail accompagné est en effet vecteur direct de réduction des conduites addictives et des risques associés. Les résultats de l'enquête qualitative font écho à ce constat déjà largement établi dans la littérature sur le dispositif^{61,62}. Le travail en tant qu'occupation et mise en mouvement du corps permet ainsi aux jeunes de retrouver un rythme de vie, des sociabilités, un sentiment de fierté suite aux tâches accomplies, ce qui modifie leur rapport aux addictions. Il est porteur d'un effet de « normalisation » et d'intégration sociale, le « bas seuil d'exigence » propre à TAPAJ permettant par ailleurs aux jeunes d'y avoir accès, en particulier sans avoir à cacher leurs addictions.

« Les gens, ils me parlent, je me sens considérée un peu, moi j'aime pas être... ressembler à une clocharde, être dans mon coin. Ca m'apporte une confiance en moi, ouais. Ça me fait sortir. Après, ça me donne un petit peu d'argent. » (Jeune accompagnée, projet n°7)

« Parce que mes collègues m'ont dit que ce qui fait soin aussi c'est de se remobiliser, de se remettre un rythme, un réveil, une douche... parfois ça tient de l'exploit pour des personnes en dépression. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°8)

En ce sens, le travail en tant que tel, de même que la rémunération qui y est associée, tiennent lieu de « récompense » (telle que celle-ci est conceptualisée dans les théories du contingency management)⁶³ qui motive et encapacite les jeunes à s'inscrire durablement dans un parcours de réduction ou d'arrêt de leurs conduites addictives. Ainsi, si les jeunes rencontrés dans le cadre de TAPAJ n'arrêtent pas directement leurs consommations, ils-elles précisent que leur participation au dispositif leur permet de la retarder, et d'en être davantage maître·sse.

« Maintenant je kiffe plus, plutôt que de fumer ou m'allumer la gueule avant d'aller travailler, je fume mon joint le soir après en rentrant ou quand j'ai fini de taffer, je préfère large. » (Jeune accompagné, projet n°8)

« Mais très vite, comme travailler ça me faisait penser à autre chose, je pensais plus à boire pendant la journée. Mais je buvais en rentrant chez moi le soir. » (Jeune accompagné, projet n°8)

⁶¹ Jean-Michel Delile et al., « TAPAJ – Travail alternatif avec paiement à la journée, un contingency management à la française ? », *Alcoologie et Addictologie*, 20 septembre 2018, vol. 40, n° 3, p. 252-260.

⁶² Agnès Creyemey et Jean-Hugues Moralès, « TAPAJ : des emplois alternatifs payés à la journée », *VST - Vie sociale et traitements*, 2013, vol. 119, n° 3, p. 16-20.

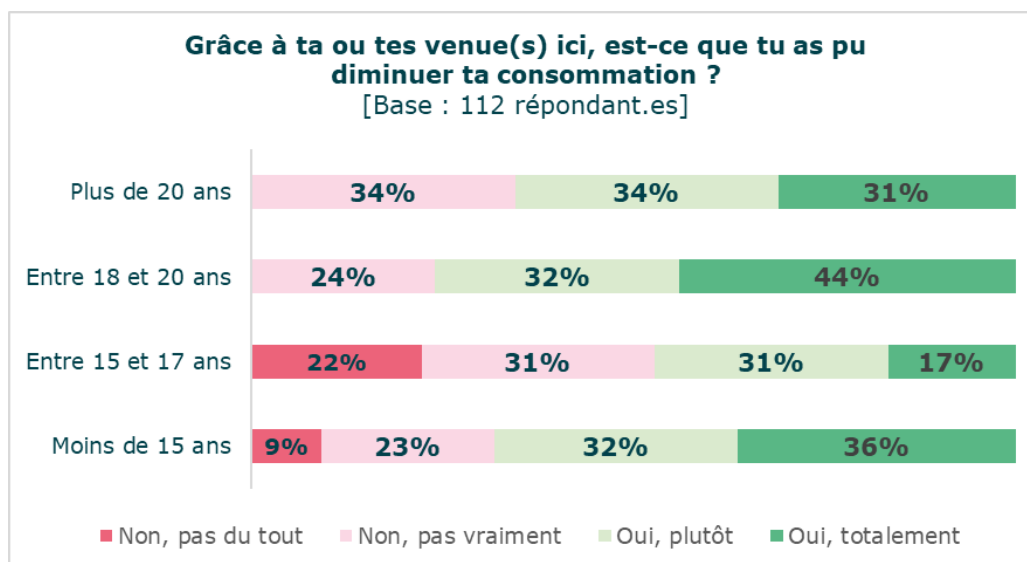
⁶³ J.-M. Delile et al., « TAPAJ – Travail alternatif avec paiement à la journée, un contingency management à la française ? », art cit.

5.1.2.3. Des effets qui concernent davantage les plus âgé-es

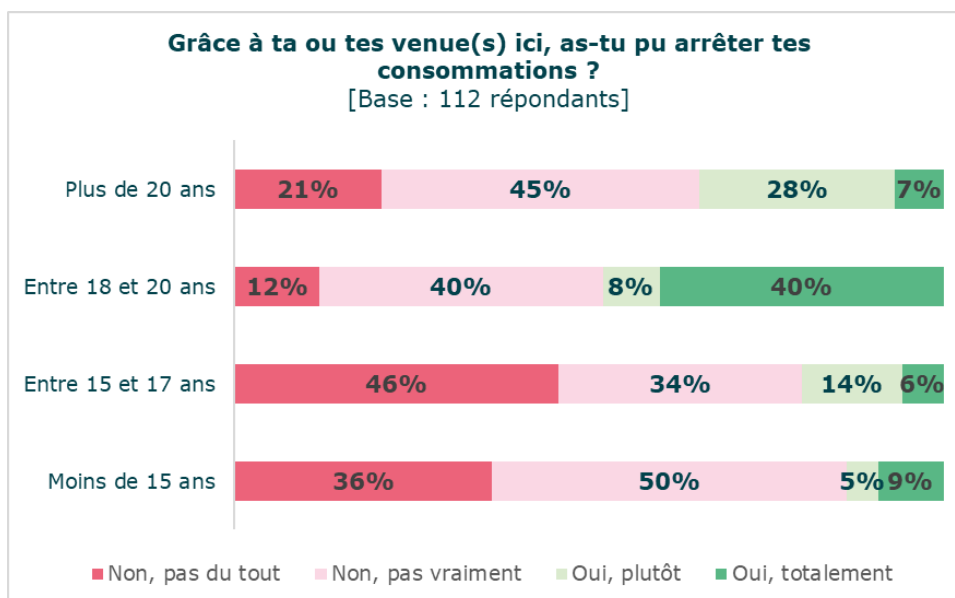
Plus leur âge avance, plus les jeunes sont exposé-es à différents produits et pratiques à risque. D'après les intervenant-es de CJCA et les professionnel·les des structures partenaires, en termes de produits, il s'agit souvent de tabac ou de cannabis, mais également d'alcool et d'autres substances psychoactives, qui tendent à se diversifier chez les jeunes et sont parfois obtenues par détournement d'usage (médicaments, protoxyde d'azote). Les jeunes peuvent également être en situation d'addiction vis-à-vis de pratiques plutôt que de produits, au premier plan desquelles les jeux vidéo et les réseaux sociaux (souvent désignés par les professionnel·les des structures partenaires derrière le terme « écrans »), mais auxquelles on peut également rattacher les troubles du comportement alimentaire.

Dans l'enquête par questionnaire menée en phase 3, les jeunes en âge d'être au lycée, et a fortiori les jeunes adultes (plus de 18 ans), **se disent davantage consommateur-rices et sont plus nombreux-ses à attendre de leur venue en CJCA qu'elle les aide à réduire ou arrêter leur consommation.**

D'après les résultats quantitatifs obtenus, et ainsi que le montrent les entretiens précédemment cités (qui ont tous été réalisés auprès de jeunes de plus de quinze ans en situation d'addiction), **la CJCA permet de répondre à ces besoins.** Si les plus jeunes sont peu concerné-es par des effets en termes de réduction ou d'arrêt des consommations, ces effets apparaissent bien plus fréquents chez les plus âgé-es.



Source : questionnaires de phase 3. Lecture : 31% des répondant-es de plus de 20 ans considèrent totalement avoir pu diminuer leurs consommations grâce à leur venue en CJCA.



Source : questionnaires de phase 3. Lecture : 40% des répondant·es âgé·es de 18 à 20 ans considèrent totalement avoir pu arrêter leurs consommations grâce à leur venue en CJCA.

On note cependant que les effets en termes d'arrêt des **consommations baissent à nouveau après 20 ans**. S'il faut rappeler la marge d'erreur importante de ce résultat (en lien avec un petit nombre de répondant·es par modalité), celui-ci semble néanmoins pouvoir s'expliquer par le fait que plus les jeunes avancent en âge, plus leurs addictions risquent d'être installées et le sevrage complexe, même lorsqu'il est souhaité par les jeunes.

Pour autant, si la vocation première du dispositif CJCA est le traitement des problématiques addictives chez les jeunes, les consultations peuvent également être mobilisées pour des thématiques plus larges ayant trait à la santé mentale.

5.1.3. L'accès aux soins en addictologie, une passerelle vers un accès aux soins en santé mentale pour les plus vulnérables

Les consultations sont un lieu qui permet aux jeunes d'aborder **des problématiques qui dépassent le champ de l'addiction** (5.1.3.1.) grâce à une approche globale de leur situation par les intervenant·es, dans le cadre d'un **espace d'écoute confidentiel** (5.1.3.2.), effet qui se révèle d'autant plus structurant pour les publics les plus vulnérables (5.1.3.3.).

5.1.3.1. Aborder des problématiques qui dépassent l'addiction

Les intervenant·es sont amené·es, lors des consultations, à aborder des thématiques qui dépassent le seul champ des addictions, en partie parce que cela est induit par les spécificités de la prise en charge en addictologie⁶⁴, mais aussi en fonction de la manière dont les jeunes se saisissent de la CJCA.

Conformément aux principes de la prise en charge en addictologie, les intervenant·es en CJCA interrogent avec les jeunes les causes de leur addiction, pour mieux les accompagner dans la prise en charge de celles-ci. Dès lors, cette approche conduit les jeunes à **évoquer des problématiques plus larges que leurs consommations ou pratiques addictives**, en lien avec leur bien-être et leur santé mentale.

« Et on a fait un gros bilan, je lui ai dit ce qui n'allait pas, ce qui personnellement dans ma vie n'allait pas non plus, pourquoi je fumais, ce qui faisait aussi que j'avais pas envie d'arrêter. Et du coup, elle a été là pour m'accompagner, m'aider. Et là récemment, elle a pris de mes nouvelles pour savoir si tout allait bien, et tout ça. »
(Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

Comme en témoigne cet extrait d'entretien, les jeunes prennent conscience que leurs consommations ou pratiques addictives constituent une « béquille » (terme utilisé par les intervenant·es) pour faire face à certaines difficultés. Cette réalité transparaît également dans les résultats de l'enquête quantitative : **75% des jeunes reçu·es en consultation considèrent que la CJCA leur a permis d'aborder d'autres sujets que les addictions**. De plus, le fait de parler d'autres sujets que l'addiction est ainsi le deuxième effet le plus fréquemment constaté par les répondant·es, alors qu'il ne se situe qu'en quatrième position des motifs de venue en consultation, ce qui semble également **témoigner d'une prise de conscience progressive via la consultation de la fonction de « symptôme » que peuvent revêtir les addictions, masquant d'autres difficultés**.

La pratique des intervenant·es de CJCA corrobore ainsi des tendances que d'autres travaux ont pu mettre en lumière chez les professionnel·les du champ de l'addictologie : « *En s'écartant du mandat dévolu au champ de l'addictologie, les pratiques observées témoignent d'une certaine distance à l'égard des produits et des usages, tout au moins de l'horizon de l'arrêt des consommations, pour œuvrer au mieux-être et à la santé globale (physique, psychologique et sociale) de l'individu. Ces résultats indiquent des proximités professionnelles et de professionnalité avec des intervenants d'horizons variés impliqués auprès de publics vulnérables dans les secteurs de l'intervention sociale et de la santé mentale*⁶⁵. »

Cela est particulièrement important dans un contexte où une large part des jeunes reçu·es en consultation n'est pas suivie par ailleurs (psychologue, psychiatre...), et où la prise en charge en addictologie constitue donc dans leur cas un « **premier pas** » **vers l'accès aux soins en santé mentale**. Dans les cas où ils·elles identifient un besoin de prise en charge spécialisée et approfondie, les intervenant·es peuvent également en faire part aux jeunes et les **orienter vers des structures de soin**.

Si l'addiction peut ainsi constituer le point de départ à partir duquel des difficultés plus larges sont abordées, la CJCA peut également être « détournée » de son usage par les jeunes, pour qui **elle**

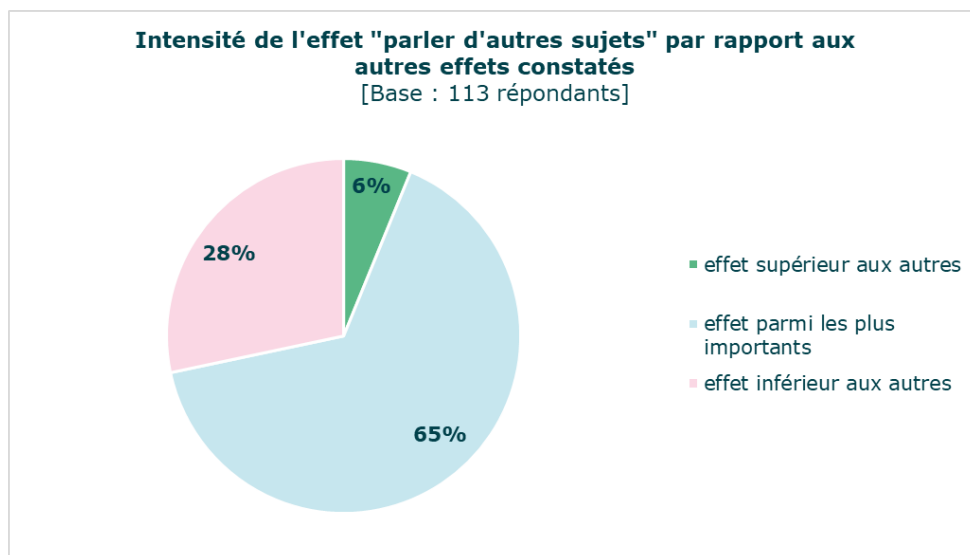
⁶⁴ M. Milhet et al., « Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie », art cit.

⁶⁵ *Ibid.*

représente parfois avant tout un espace de parole facilement accessible et anonyme, avec une personne extérieure à leur structure. Ce résultat tend ainsi à confirmer des constats déjà établis en phase 1 et 2.

« Y'en a [des jeunes] qui ont parlé de trucs mais pas forcément de cigarettes ou d'alcool, et ils conseillaient d'aller la voir parce qu'elle est là pour écouter aussi, elle est pas là que pour le tabac et l'alcool, je leur ai bien dit. Elle est là pour écouter, c'est un peu comme une... Je pense que c'est un peu comme une petite psychologue en fin de compte, elle est là aussi pour aider les jeunes à s'en sortir, c'est un peu notre confidente, dès que y'a un truc qui va pas. Moi je sais qu'ici, dès que y'a un truc qui va pas, je vais la voir direct. » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

La consultation peut ainsi constituer l'opportunité d'aborder des problématiques parfois sans lien avec les addictions, pour des jeunes qui, là encore, ne sont généralement pas suivi-es par ailleurs voire peuvent être réfractaires au soin dans ses formats « classiques » (consultation dans un cabinet de psychologue par exemple, cf. chapitre 3). Les résultats de l'enquête quantitative montrent ainsi que **pour 65% des jeunes, pouvoir aborder d'autres problématiques que l'addiction figure parmi les effets les plus important du dispositif**, voire constitue l'effet le plus important pour 6% des jeunes. Seuls 28% considèrent qu'il s'agit d'un effet « secondaire » de la consultation.



Source : questionnaires de phase 3. Lecture : 6% des répondant-es déclarent un niveau d'intensité (Oui, totalement / Oui, plutôt / Non, pas vraiment / Non, pas du tout) plus élevé pour l'effet « parler aussi d'autres sujet » que pour tous les autres effets proposés.

Qu'ils-elles s'en saisissent spécifiquement pour cela ou non, les jeunes reçu-es en consultation sont donc amené-es à y évoquer des problématiques plus larges, ce qui constitue un « premier pas » vers l'accès aux soins en santé mentale. Cette porte ouverte est parfois complétée par **une orientation vers une prise en charge spécialisée et plus durable, en fonction des besoins.**

5.1.3.2. Une approche globale et un espace d'écoute confidentiel

Les CJCA favorisent un accès aux soins en santé mentale des jeunes, au-delà des addictions, **grâce à une approche globale**, qui s'inscrit dans les spécificités de la prise en charge en addictologie, **et à la constitution d'un espace d'écoute confidentiel** au sein des structures accueillant les jeunes.

A travers le sujet des addictions, les intervenant·es parviennent ainsi à **ouvrir un espace de parole qui permet aux jeunes de s'exprimer librement sur leur vécu** et leurs problématiques. Pour ces dernier·es, le caractère peu intrusif de cette approche est important, en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes « réfractaires » aux soins en santé mentale.

« Oui, c'est moi qui lui en ai parlé à [l'intervenante]. Les seules questions qu'elle m'a posées, c'était toujours "si tu veux m'en parler tu peux, sinon ce n'est pas grave". Elle était là pour me dire que rien n'était grave, qu'elle était là pour écouter, donc non, non, elle m'a rassuré, un truc de dingue ! » (Jeune suivi, 15-17 ans, projet n°1)

La capacité d'écoute et de mise en confiance pointée par cet enquêté fait écho au fait qu'au-delà de leur spécialisation en addictologie, **les intervenant·es en charge des CJCA sont des professionnel·les du soin** (infirmier·es, psychologues) **ou de l'accompagnement socio-éducatif** (éducateur·rices spécialisé·es, conseiller·es en économie sociale et familiale, etc.). Ils·elles ont ainsi été formé·es à mener un accompagnement global des publics auprès desquels ils·elles travaillent. Leurs expériences professionnelles fréquentes en dehors du champ de l'addiction leur ont également apporté une connaissance fine d'autres problématiques (protection de l'enfance, accès au logement et à l'hébergement, insertion socio-professionnelle, etc.). Dans les cas où ces expériences préalables ont eu lieu sur le même territoire que celui de la CJCA, **la connaissance des acteur·rices locaux·ales œuvrant dans différents domaines peut même devenir une ressource pour faciliter la prise en charge de certaines problématiques.**

Compte rendu d'observation d'une réunion partenariale dans le cadre du projet n°1 : Une jeune se rend en CJCA parce qu'elle craint d'être enceinte et a besoin d'un accompagnement à ce sujet. L'intervenante identifie au fil de la discussion que la jeune est accompagnée par une unité de psychiatrie spécialisée pour les adolescent·es, et qu'elle connaît sa référente au sein de cette unité. Elle en informe la jeune, et se propose de faire le lien avec la référente, ce que la jeune accepte. Dans ce cas, la connaissance des acteur·rices locaux·ales dans le champ de la psychiatrie a permis d'orienter rapidement la jeune dans le cadre d'une prise en charge concertée avec sa référente.

Enfin, il est intéressant de souligner que même pour les jeunes bénéficiant d'un suivi en santé mentale (psychologue, psychiatre...), **l'approche globale adoptée par les intervenant·es peut présenter une plus-value.**

« Ben, j'ai déjà eu des psychothérapeutes et des psychiatres mais jamais une personne comme ça qui m'écoute autant. (...) [Je n'ai pas parlé] seulement des

addictions ! J'ai pu parler de plusieurs choses de ma vie et elle a été à l'écoute. Une psychiatre, elle va plus chercher le problème, alors que là elle [l'intervenante CJCA] nous pose plein de questions, elle nous aide à comprendre ce qui va pas, les problèmes d'addiction et les troubles psy, peu importe, elle nous écoute. » (Jeune suivie, 21-25 ans, projet n°3)

Cette enquêtée s'est ainsi montrée **sensible à l'écoute inconditionnelle apportée par l'intervenante, quel que soit le type de thématique abordée**. Elle semble lier la qualité de l'écoute apportée au fait que l'intervenante pose « beaucoup de questions » et apporte des informations, aidant à « comprendre ce qui ne va pas », ce qui tranche sans doute avec l'expérience de prises de parole peu soutenues par des échanges ou questions en consultation avec les professionnel·les du champ de la santé mentale précités.

Au-delà de cette approche globale mise en œuvre par les intervenant·es, **le cadre de la CJCA se révèle également particulièrement propice pour que les jeunes puissent se confier sur une diversité de thématiques**, parfois plus difficiles à aborder qu'une présentation factuelle de leurs conduites addictives. En effet, les échanges ont lieu avec une personne extérieure à la structure et sont confidentiels, ce qui constitue un vecteur fort de libération de la parole.

« [C'est bien pour les jeunes d']avoir quelqu'un à qui parler qui est extérieur, aussi. Parce que moi je parle de tout avec les jeunes, j'ai aucun filtre, mais je sais que ça peut être difficile de parler à quelqu'un qu'on connaît, qui connaît les gens qu'on connaît. Là, c'est une personne qui est en lien avec moi, mais qui est sous secret professionnel. Moi [l'intervenante] elle me dit rien, elle me dit juste : "attention là il va pas bien", mais c'est tout ; donc ils savent qu'ils peuvent avoir confiance. » (Professionnel d'une structure partenaire, projet n°1)

Le format de la CJCA semble ainsi créer un **effet d'opportunité d'accès aux soins en santé mentale**, au-delà du seul champ des addictions : moins formalisée en tant que cadre de soins qu'une consultation chez un·e professionnel·le de santé, elle est également facilement accessible (au sein même d'une structure familière pour les jeunes), tout en leur garantissant un certain anonymat.

5.1.3.3. Un effet d'autant plus prégnant chez les jeunes les plus vulnérables

Il a été établi précédemment (cf. chapitre 3) que les jeunes se rendant en consultation sont caractérisé·es par **une appartenance fréquente à des milieux sociaux défavorisés**, et pour une part non négligeable d'entre elles-eux, par des trajectoires de vie heurtées et des vulnérabilités multiples.

Pour ces jeunes les plus précaires et vulnérables, l'addiction est encore plus souvent que chez les autres le symptôme de difficultés sociales (difficultés d'insertion socio-professionnelle, errance, etc.), **scolaires, familiales** (violences intrafamiliales, rejet, trajectoire au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance, etc.) **ou psychiques** (pathologies, difficulté à gérer ses émotions, etc.), **voire de traumatismes** (viol, etc.). Leurs consommations et conduites addictives sont fortement liées à ces difficultés.

« J'ai un Bac en art. Je me suis fait mettre dehors par ma mère après mon coming out, voilà pourquoi je suis avec [l'éducateur TAPA] actuellement. C'est grâce à

[l'éducateur] que je me suis relevé. Je suis tombé dans une dépression très très forte et profondément dans l'alcool aussi. » (Jeune suivi, 18-20 ans, projet n°8)

« On a une jeune qui était venue parce qu'elle a subi un viol en fait, et depuis elle a pas arrêté de fumer. Ça lui permet d'oublier les choses. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°1)

Pour ces jeunes, aborder l'ensemble des problématiques auxquelles ils·elles font face de manière globale s'avère donc **d'autant plus important pour que les professionnel·les soient en mesure de les accompagner vers un mieux-être**. Certains projets s'adressant à des publics particulièrement vulnérables intègrent ainsi cette nécessité dans la manière dont ils sont conçus. L'un des dispositifs TAPAJ étudiés, par exemple, fait régulièrement intervenir sur les chantiers une infirmière en psychiatrie, ce qui facilite davantage l'accès aux soins en santé mentale qu'une simple orientation vers une consultation externe au dispositif.

« Cette casquette CMP permet d'aborder avec les patients la question de l'attachement global, ce que vient combler le produit, etc. ça fonctionne comme ça pour TAPAJ : on a plusieurs profils, ceux qui [consomment] pour se séparer de leurs parents, d'autres qui combinent leurs angoisses. Donc je leur apprend à gérer ça différemment qu'avec le produit. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°8)

Cette professionnelle appréhende les consommations des jeunes à l'angle de problématiques relatives à l'attachement, et adapte en conséquence l'accompagnement proposé concernant les addictions.

A l'échelle des jeunes accompagnés, **le spectre des effets des projets de CJCA est donc relativement large, de la prévention à la prise en charge d'addictions avérées, et peut dans certains cas dépasser le champ de l'addictologie, notamment pour les jeunes les plus vulnérables**. Il est important de prendre en compte que les effets des projets ne se limitent pas aux jeunes suivis individuellement, mais interviennent aussi plus globalement à l'échelle des structures qui les reçoivent.

5.2. La relation partenariale : vers l'instauration d'une culture favorable au soin dans les structures recevant des jeunes

La mise en place de projets expérimentaux de CJCA a permis de se rendre compte d'effets qui dépassent le champ du suivi individuel des jeunes, et sont liées à la relation partenariale en elle-même. Ces effets se jouent à plusieurs échelles et contribuent globalement à **l'instauration d'une culture favorable au soin** au sein des structures recevant des jeunes. A l'échelle des structures, les CJCA permettent ainsi de **sortir d'une approche uniquement répressive** (5.2.1.), en particulier lorsqu'elles permettent aux professionnel·les de **mieux repérer les problématiques addictives et d'outiller leur**

accompagnement (5.2.2.) voire qu'elles **suscitent des dynamiques d'accompagnement par les pairs au sein des groupes de jeunes** (5.2.3.).

5.2.1.A l'échelle des structures : sortir d'une approche uniquement répressive des addictions au profit du soin

A l'échelle des structures partenaires, la prise en charge des addictions reste souvent un sujet peu abordé. Même si des problématiques peuvent être repérées, parfois de longue date, les modes d'intervention existants **se limitent souvent à une approche répressive**, sans que cela ne soit jugé satisfaisant par les équipes. Les CJCA incarnent alors **une solution alternative de prise en charge** dans le champ du soin, spécialisée et professionnalisée, voire génèrent des changements structurels dans les modes d'intervention des professionnel·les de la structure eux·elles-mêmes, lorsque leur niveau d'implication dans le projet est suffisant.

Dans certaines structures partenaires au sein desquelles les CJCA sont mises en place, **les addictions sont ainsi principalement envisagées et traitées comme un acte répréhensible pénalement**, qui marque un irrespect des règles au sein de la structure, et plus largement au sein de la société. Les établissements font face à des obligations en termes de respect et d'application de la loi, et ont une responsabilité légale vis-à-vis de la sécurité des jeunes. Les impératifs qui s'imposent en matière de répression des consommations illégales peuvent néanmoins participer **à occulter le fait que les addictions constituent avant tout une problématique de santé**. Cela peut également conduire à se concentrer principalement sur des consommations et pratiques illégales et visibles, et à peu repérer d'autres conduites addictives plus silencieuses, et n'impliquant pas de substances psychoactives illégales.

« Dans [l'établissement 1], les gamins fumaient devant nous et tout le monde était concerné. Dans [l'établissement 2] on se cache mieux, et les équipes ont plus d'oeillères. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°2)

« Je suis en désaccord avec la vision un peu disparate qu'on peut avoir de ce problème au sein de la structure. A mon avis, on a complètement décalé la problématique. (...) Ce qu'on a mis au travail, c'est plutôt l'acte de défiance de fumer devant un éducateur ou un membre de l'équipe, en leur demandant d'aller fumer plus loin, dans un lieu où on les verrait pas. Du coup, les jeunes respectent la règle qu'on leur a dictée : aller fumer en dehors de notre regard, ce qui pour moi est contre-productif, et que je reviens perpétuellement questionner auprès de l'équipe, en disant : "le problème, c'est pas qu'ils fument devant eux, c'est qu'ils fument". » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°4)

Cette personne enquêtée témoigne de manières incohérentes voire contradictoires d'aborder les addictions au sein de la structure dans laquelle elle intervient, et qui se situe à la croisée de plusieurs champs (judiciaire, socio-éducatif, sanitaire). **L'appréhension du problème par le prisme judiciaire (illégalité) et éducatif (défiance de l'adulte via l'acte de fumer) semble ainsi s'imposer sur le prisme de la santé des jeunes.**

La CJCA, un palliatif à un maillon parfois manquant de l'accès aux soins au sein des établissements ?

Dans les structures partenaires qui ne disposent pas de psychologue, voire d'aucun·e professionnel·le de santé (pas d'infirmièr·e scolaire notamment), les intervenant·es de CJCA sont souvent assimilé·es à ces deux professions par les jeunes (ils·elles utilisent les termes de psychologue ou d'infirmièr·e pour se référer à l'intervenant·e), et leur spécialisation en addictologie est moins perçue.

De plus, comme on l'a vu plus haut et ainsi que le montraient déjà les rapports précédents, les jeunes sont nombreux·ses à se saisir des consultations pour évoquer des problématiques autres que l'addiction, et les intervenant·es peuvent ainsi être amené·es à enclencher des prises en charge dans d'autres champs (psychiatrie, santé sexuelle, protection de l'enfance, etc.). Dans les établissements où ces situations ont été observées, les ressources humaines dédiées au soin étaient faibles, voire absentes.

Enfin, les professionnel·les des structures partenaires font parfois elles·eux·mêmes le lien entre ce manque de ressources et le fait que la CJCA les épaula dans la prise en charge des jeunes, au-delà de l'addiction. Ces professionnel·les constatent en effet par ailleurs une augmentation des besoins en santé mentale, en particulier depuis la crise sanitaire, face auxquels ils·elles peinent à proposer une prise en charge adaptée.

Ainsi, **la mise en place des consultations répond au besoin de « mettre à l'agenda » au sein des établissements le sujet des addictions en tant que problématique de santé**, en instaurant un espace de parole qui permet de lever le tabou et de proposer un discours alternatif à celui de la sanction et de la répression.

« C'est un sacré levier et une béquille [la CJCA] pour avoir quelque chose à proposer car quand on repère, bon, qu'est-ce qu'on fait ? C'est quand même bien de pas se contenter de sanctionner, mais d'avoir quelque chose d'autre à proposer. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°15)

« Déjà, [la CJCA permet] de savoir qu'on met des choses en place, qu'on laisse pas des problématiques sans réponse. Aussi de montrer qu'on a été chercher des vrais professionnels sur ces sujets. Parce que c'est facile de dire : « on est travailleur social, on peut parler de tous les sujets », mais il faut aussi qu'on puisse orienter. » (Professionnel d'une structure partenaire, projet n°1)

Comme le montre le premier verbatim, le recours à des intervenant·es extérieur·es incarne une proposition d'une prise en charge - complémentaire à l'éventuelle sanction appliquée - dans le champ du soin, ce qui permet de ne pas invisibiliser le lien entre addictions et santé. De plus, ainsi que le montre le deuxième verbatim, **la spécialisation des intervenant·es de CJCA en addictologie est rassurante pour les structures partenaires, dans la mesure où elle permet une approche professionnalisée** des problématiques rencontrées par les jeunes. Dans certaines structures, l'orientation vers la CJCA peut même devenir un outil pour sortir d'une logique répressive, **conditionnant par exemple le fait que le·la chef·fe d'établissement ne fasse pas intervenir la police.**

Faire entrer un dispositif de soin au sein des structures suppose cependant une certaine

acculturation qui ne se fait bien souvent pas sans heurts. Certains principes comme celui de l’anonymat de la prise de rendez-vous et de la confidentialité des échanges peuvent ainsi être difficiles à intégrer dans les modes de fonctionnement des établissements. De plus, comme on l’a évoqué plus haut, les établissements peuvent parfois être tentés d’instrumentaliser les intervenant·es pour les mettre à contribution de la répression des consommations sur le site de l’établissement. Cela suppose ainsi des capacités de résistance de la part des intervenant·es, afin de ne pas dévoyer les principes de la CJCA.

« On parle de rendez-vous anonymes, de confidentialité, de relation de confiance. En plus, c'est un entretien qui peut prendre une tournure médicale avec une ordonnance, pour la nicotine. Donc avec [une professionnelle d'une autre structure partenaire] on s'est battus pour expliquer que c'était pas possible, qu'on pouvait pas faire ça [prévenir les professionnel·les des rendez-vous CJC]. Donc ce qu'on a négocié c'était qu'on fasse un bon comme quoi le jeune avait rendez-vous avec moi, c'est tout, "suivi social", point barre. On est l'alibi pour les CJC. Déontologiquement, c'était pas possible, c'est là où y'a eu des désaccords, tout le monde avait des attentes en matière d'absence, par rapport au planning » (Professionnel d'une structure partenaire, projet n°1)

Cet enquêté, disposant d'une bonne compréhension de la CJCA et acquis à ses principes, a ici pu défendre le positionnement de l'intervenante du CSAPA. **Disposer de relais au sein des équipes des établissements partenaires** se révèle ainsi particulièrement aidant pour engager un changement structurel.

En effet, plus l'acculturation à la CJCA est importante, plus les effets sont importants à l'échelle de l'établissement. Ainsi, lorsque la structure est pleinement impliquée dans le projet, **la CJCA ne constitue pas qu'une simple prestation de service, permettant de proposer une prise en charge sur la thématique des addictions par un·e acteur·rice externe, mais contribue à engendrer un changement durable dans le fonctionnement même des établissements.** Cela transparait par une augmentation de la prise en compte des sujets relatifs aux addictions, et par la construction de protocoles de prise en charge.

« On voulait pas être consommateurs mais bien partenaires, qu'on communique sur nos représentations, et c'était pas inutile. (...) On voulait avoir un groupe d'adultes ressources qui puisse évoquer, alerter, repérer. » (Directrice d'une structure partenaire, projet n°1)

« Déjà, nous, ça nous fait faire un rappel, d'être vraiment sensible à ça. Parce que sinon on y pense, mais c'est pas forcément ce qu'on pense au début : quand on fait un check up, quand on reçoit quelqu'un, on va pas forcément penser à parler d'addictions. Alors que là, ça nous fait nous rappeler. Les profs, ça leur permet d'être plus sensible à ça. Donc ouais y'a vraiment un intérêt. » (Professionnel d'une structure partenaire, projet n°1)

Les extraits d'entretien ci-dessus font ainsi apparaître que la mise en place d'une CJCA, lorsqu'elle implique pleinement les équipes de la structure partenaire, peut permettre **d'engendrer des changements dans la manière d'appréhender les addictions et d'intervenir à leur sujet au sein de l'établissement.**

Les CJCA sont donc susceptibles d'avoir **des effets structurels et durables sur le fonctionnement des établissements en matière d'addictions**, bien que cela suppose un fort niveau d'acculturation et d'implication dans le projet, et constitue *a minima* une offre de prise en charge dans le champ du soin, qui permet aux structures partenaires de rompre avec une approche uniquement répressive en la matière.

5.2.2.A l'échelle des professionnel·les : mieux repérer les problématiques et outiller l'accompagnement

L'intervention de professionnel·les de CSAPA au sein des structures partenaires dans le cadre des CJCA permet de **transmettre des savoirs aux professionnel·les de la structure**, qui les rendent à même de mieux repérer les problématiques addictives, et d'outiller l'accompagnement qu'ils·elles peuvent proposer aux jeunes en la matière.

Ces transmissions de savoir peuvent se faire au fil de l'eau, dans des temps d'échange informels au fil de la mise en œuvre du projet, **mais peuvent aussi faire l'objet de temps de formation dédiés**, animés par les intervenant·es de CJCA. Ces formations sont alors l'occasion de communiquer sur les addictions en elles-mêmes (mécanismes, produits et leurs effets, etc.), sur les principes de base de l'addictologie, et d'aborder plus spécifiquement la question du repérage. De manière corolaire, cela conduit à déconstruire certains préjugés que peuvent entretenir les professionnel·les autour des addictions.

« [L'intervenante] était venue faire une réunion d'équipe et elle nous avait inculqué un peu les bases. Elle avait parlé des différents types d'addictions, etc., pour qu'on sache les repérer. En fait, souvent on repère quand y'a un truc qui va pas, on sait pas toujours ce que c'est, mais on voit que ça va pas. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°11)

« Moi, je pense que c'est utile d'être formés, parce qu'ils ont tellement de problématiques nos jeunes, que c'est pas facile d'identifier laquelle ou lesquelles ils ont. Ça fait un peu boule de neige, c'est jamais une seule problématique à la fois. Quand y'a des addictions, c'est souvent dû à autre chose. Donc c'est bien, et ça rafraîchit un peu nos informations. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°11)

Comme le montrent les verbatims ci-dessus, ces formations répondent souvent à un besoin réel de la part des professionnel·les, qui ont du mal à faire le lien entre l'identification d'une situation de mal-être chez les jeunes et une problématique addictive. **Les formations et les échanges avec les intervenant·es de CJCA permettent également d'outiller les professionnel·les dans leur accompagnement des jeunes**, suite au repérage d'un besoin. Elles leur fournissent ainsi des clés pour savoir comment réagir, trouver des manières d'aborder le sujet avec les jeunes, et proposer une prise en charge adaptée.

« [L'intervenant·e] elle m'apprend (...) les techniques d'entretien, son approche, et comment ne pas braquer [les jeunes] et leur faire comprendre que je suis pas flic, quoi » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°1)

« Comment on dirige le jeune, comment on va lui parler : les mots à utiliser, à pas utiliser. Un travailleur social, il va savoir parce que c'est son fonctionnement. Donc

on a eu des retours là-dessus. Mais ce qui leur a plu [aux autres professionnel·les], c'était aussi le descriptif des addictions, comment ça se déroulait, quelles addictions il y avait. » (Professionnel d'une structure partenaire, projet n°1)

Les connaissances transmises sont utiles à la fois pour les professionnel·les du soin ou de l'accompagnement social (infirmier·es, conseiller·es en éducation sociale et familiale, etc.), **mais aussi pour les professionnel·les plus éloigné·es de l'accompagnement médico-social**. Pour les premier·es, déjà formés à l'accompagnement socio-éducatif ou médico-social, elles constituent une réactualisation de certaines connaissances, complétées par des apports plus précis et spécifiques sur l'addictologie, et notamment sur les techniques d'entretien pour aborder l'addiction. Pour les second·es, qui sont souvent plus démun·es dans le repérage de problématiques de manière générale et/ou usuellement peu impliqué·es dans ce processus (enseignant·es, personnels administratifs et de service), elles constituent une découverte du champ de l'addiction, et semblent à même de susciter un vrai progrès dans le repérage des problématiques, ainsi qu'en témoigne le verbatim ci-dessous.

« Je trouve qu'il y a plus d'attention par rapport à ça. C'est mieux repéré (...) J'ai l'impression que les personnes [ici les enseignant·es], vraiment, ils font plus attention dans le sens où d'habitude, si [le jeune] dort sur la table, il dort sur la table. Là, on est vraiment sur "mais pourquoi est-ce qu'il dort sur la table ? Est-ce qu'il a joué toute la nuit ? Est-ce qu'il a des problèmes ? Pourquoi elle a vraiment mal au ventre?" (...) Il y a vraiment plus d'alertes. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°1)

La mise en place des CJCA conduit ainsi les professionnel·les des structures partenaires habituellement les plus éloigné·es de l'accompagnement médico-social des jeunes à davantage interroger les signes de mal-être auxquels ils·elles peuvent être confronté·es.

Il faut cependant souligner que l'implication des professionnel·les des structures partenaires dans les projets de CJCA se fait généralement sur la base du volontariat, et qu'elle suppose donc **une sensibilité préexistante vis-à-vis de l'importance du sujet et de l'approche mise en œuvre par les intervenant·es**. Dès lors, certain·es professionnel·les peuvent au contraire se montrer plus réfractaires à l'entrée du soin et de l'addictologie au sein des structures. Les projets de CJCA n'ont alors que peu d'effets sur eux.

« Au-delà du turnover, si les conseillers ne s'approprient pas la thématique, ça augmente la difficulté d'orientation. » (Professionnel d'une structure partenaire, projet n°3)

Ainsi que le précise cet enquêté, c'est également le **turnover**, fréquent au sein des équipes des structures partenaires des projets de CJCA, qui peut enrayer la montée en compétences des professionnel·les en termes de repérage et d'accompagnement. Lorsque le turnover est constant et/ou concerne une part importante de l'équipe, cela peut impacter la dynamique de changements structurels enclenchés à l'échelle de l'établissement décrite plus haut.

A l'échelle des professionnel·les, les projets de CJCA permettent donc un progrès chez celles et ceux qui sont volontaires en matière de repérage des problématiques addictives chez les jeunes et d'accompagnement vers une prise en charge adaptée. Si les professionnel·les constituent un maillon

fondamental dans l'instauration d'une culture favorable au soin au sein des structures partenaires, **cela ne doit pas conduire à occulter le fait que cet effet s'observe également à l'échelle des collectifs de jeunes.**

5.2.3.A L'échelle des collectifs de jeunes : une potentielle dynamique d'accompagnement par les pairs

Il semble que les projets de CJCA soient à même de favoriser le développement d'une culture favorable au soin également au sein du collectif des jeunes présent·es au sein de la structure, bien que ce dernier résultat revête un caractère seulement exploratoire.

Premièrement, il faut souligner que, dans le cadre de nombreux projets, **des interactions ont lieu avec les jeunes en dehors des consultations individuelles**, qu'elles se déroulent sous forme d'échanges informels ou prennent place dans le cadre d'actions de prévention davantage formalisées. Elles visent à faire connaître la consultation, mais ont également pour effet de **visibiliser le sujet des addictions et de susciter les échanges à ce propos.**

« De midi à treize heures, elle [l'intervenante] discute avec les jeunes, donc elle leur en parle [des addictions]. Et une jeune [qui avait eu des drogues] dans son verre a commencé à en parler avec elle à ce moment-là, avec une copine. En attendant, moi je reste avec les autres, voilà, j'essaie d'animer un peu le stand. Puis l'intervenant lui dit "viens me voir". (...) Elle est revenue pendant une heure de consultation parce que là, il y avait personne, c'est plus calme, ça permet de vraiment poser toutes ses questions ». (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°1)

Une fois le sujet visibilisé au sein de la structure partenaire, **l'entourage des pairs peut se révéler soutenant** pour aborder certains sujets. Aller parler à l'intervenante dans un cadre informel (pause méridienne) « avec une copine » est ainsi plus rassurant que de solliciter directement une consultation individuelle.

La mise en œuvre des projets peut également avoir eu pour effet **que certains jeunes investissent un rôle de relai de la CJCA auprès de leurs pairs**. Il s'agit de jeunes qui sont eux-mêmes venu·es en consultation, et qui ont ensuite joué un rôle auprès de leurs proches dans l'identification de problématiques addictives.

« Enquêtrice : c'est le jeune qui en a parlé à l'autre jeune ?

Professionnel d'une structure partenaire : Voilà, il est venu me voir, il m'a dit « je m'inquiète » ; j'ai dit « soit moi je lui en parle, soit toi tu lui en parles ». Au final, il a décidé de lui en parler, et ça s'est fait comme ça. C'est minoritaire, mais ça arrive qu'ils en parlent entre eux. » (Professionnel d'une structure partenaire, projet n°1)

On peut donc considérer que la transmission de savoirs observée pour les professionnel·les des structures partenaires (cf. 5.2.2.) se joue aussi auprès des jeunes, bien que cela se fasse de manière moins formalisée.

Lorsqu'une part importante des jeunes est concernée par des problématiques addictives, le collectif peut également devenir un vecteur de soin, sous l'effet de la CJCA. C'est notamment le cas pour des projets spécifiques comme TAPAJ, qui accordent une place importante au collectif. Les jeunes témoignent ainsi d'un effet de motivation et de soutien mutuel pour la réduction ou l'arrêt de leurs consommations ou pratiques addictives. En effet, dans le cadre des projets, les jeunes peuvent se resocialiser après avoir connu des situations d'isolement parfois fortes, et s'identifier à des pairs qui traversent une situation similaire.

« C'est une vraie maladie mais on peut en parler puisqu'on est avec des gens qui sont dans le même cas que nous, enfin qui sont dans le même âge, même addiction. (...) J'ai rencontré un collègue (...), ça motive à pas boire avec lui justement quand on se voit travailler et tout ensemble, et ça me motive à pas craquer. » (Jeune suivi, 21-25 ans, projet n°8)

Certains projets essaient de s'appuyer sur ces effets positifs générés à l'échelle du collectif des jeunes, et travaillent ainsi l'implication des jeunes de la CJCA. Là encore, le « turnover », cette fois lié au fait que les jeunes sont amené·es à passer un temps défini - parfois court - au sein de la structure peut constituer un obstacle à un changement profond et durable. Certaines initiatives favorisent ainsi des dynamiques de prévention par les pairs, en conduisant les jeunes « ancien·nes » à présenter elles-mêmes la CJCA aux autres jeunes de la structure.

« En fait, ils connaissent bien nos partenaires, parce qu'on organise des matinées découverte où y'a des jeunes qui viennent, des jeunes qui potentiellement pourraient venir à l'E2C. Et ce sont nos jeunes à nous qui présentent la structure, leurs séances, et aussi nos partenaires. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°11)

Si la CJCA est donc susceptible d'avoir des effets à l'échelle du collectif, et de favoriser la diffusion d'une culture favorable au soin chez les jeunes, il faut souligner que **cela ne s'observe pas dans toutes les configurations**. Le groupe peut même parfois avoir un effet de maintien des jeunes dans leurs conduites addictives, lorsque les consommations ont pour fonction de souder le collectif.

« La conso et le cannabis, y'a une dimension individuelle mais aussi une dimension groupale. Eux, ils fument dans des moments de convivialité et c'est compliqué de venir se dédire et se questionner de ça devant les autres. » (Professionnelle d'une structure partenaire, projet n°4)

Comme l'explique cette professionnelle, les consommations peuvent être associées à des temps conviviaux, qui permettent par ailleurs dans le cas de cette structure d'échapper au contrôle des adultes, très prégnant dans le cadre d'un établissement relevant de la protection judiciaire de la jeunesse.

5.3. Conclusion : des effets pluriels, intervenant à l'échelle individuelle et à l'échelle des structures partenaires

La mise en place de projets expérimentaux de CJCA, malgré les freins rencontrés par une partie d'entre eux en matière de mise en œuvre, a permis d'observer **un spectre large d'effets, aussi bien sur les jeunes ayant bénéficié d'un accompagnement individuel, que sur les structures ayant bénéficié de la mise en place d'une CJCA.**

On peut ainsi constater **des effets « directs » de l'accompagnement individualisé sur les jeunes suivis par les intervenant·es**, que ce suivi ait eu lieu ou non dans le cadre d'une consultation formalisée en tant que telle. Ces effets sont **de plusieurs ordres, et dépassent le champ de l'addictologie.**

On observe d'abord **un apport informatif et préventif** des projets auprès des jeunes : celles·eux-ci sont davantage informé·es sur les addictions, ce qui favorise une meilleure prévention des risques qui y sont associés. La posture de réduction des risques adoptée par les intervenant·es permet de poser la CJCA comme un espace rassurant et déstigmatisant, ce qui favorise la diffusion d'information et de messages de prévention. Cet apport est d'autant plus prégnant pour les plus jeunes (élèves des collèges notamment) qui sont moins concerné·es par des addictions avéré·es, et pour qui les autres apports du suivi ressortent ainsi de manière moins nette.

Pour les jeunes concerné·es par une ou des addictions, en majorité plus âgé·es, les apports du suivi individuel relèvent cette fois d'une **aide dans la gestion de ces addictions et de leurs effets.** Là encore, la posture non-jugeante et rassurante des intervenant·es est prépondérante dans l'atteinte de cet effet, mais c'est également la capacité à apporter un accompagnement très concret, facile d'accès et personnalisé qui se révèle structurante.

Enfin, il est à noter que les CJCA ont également **des effets en matière d'accès aux soins en santé mentale** : ceci est en partie dû au fait que l'addictologie suppose une appréhension globale de la situation des jeunes pour comprendre et lutter contre les mécanismes de l'addiction, mais est aussi lié à la manière dont les jeunes se saisissent des consultations. Ainsi, et notamment chez les plus vulnérables, celle-ci incarne un espace d'écoute confidentiel et bienveillant, qui permet d'aborder des problématiques bien plus larges que l'addiction.

Les CJCA produisent également **des effets plus indirects, liés à la relation partenariale en elle-même.** A l'échelle des structures, **les CJCA incarnent ainsi une solution alternative à une approche uniquement répressive**, souvent prépondérante au sein des établissements recevant les jeunes. Les CJCA sont en effet une manière d'adresser les addictions non pas simplement au prisme des substances illicites et de leur interdiction, mais en les reconnaissant en tant que problématique de santé, appelant une approche par le soin. Selon le niveau d'implication et/ou de résistance des équipes, les CJCA peuvent permettre d'enclencher une **acculturation durable au soin à l'échelle des établissements.** **Concernant les professionnel·les des structures partenaires, les CJCA leur permettent de progresser dans le repérage des problématiques, et de se sentir davantage outillé·es** pour proposer un accompagnement adapté aux jeunes autour des questions d'addictions. Que cela se fasse

dans un cadre formalisé ou non, les intervenant·es de CJCA sont ainsi vecteur·rices d'une réelle montée en compétences sur le sujet des addictions. Enfin, on observe une dernière catégorie d'effets **à l'échelle des collectifs de jeunes** : les projets de CJCA semblent à même de générer, dans certaines configurations, une **culture favorable au soin au sein du groupe de pairs**.

PARTIE 4.

Enseignements généraux de l'évaluation

6.

Conclusion générale

Derrière la catégorie de « jeunes », **le public cible des projets de CJCA apparaît largement hétérogène**, en lien avec la diversité des structures partenaires. S’implantant dans des établissements généralistes – collèges, lycées, centres de loisirs – comme dans des structures spécialisées – établissements scolaires hors Education Nationale, Mission Locale, PJJ, etc., les CJCA ciblent en effet des jeunes **aux caractéristiques socio-démographiques, problématiques addictives et rapports au soin variés**. Pour autant, l’évaluation a montré que, le dispositif étant particulièrement complexe à mettre en œuvre, **les projets étudiés parvenaient à toucher une partie restreinte de leur public cible** dans le cadre de l’expérimentation. Les équipes de CJCA se heurtent en effet à plusieurs freins : **les ressources humaines et financières souvent insuffisantes** dont ils-elles disposent pour la mise en œuvre des projets, **le manque de compétences hybrides** relatives à la fois au soin et au développement de partenariats ou encore **la temporalité restreinte de l’expérimentation**. Face à ces difficultés, **l’accompagnement individuel et collectif proposé par Addictions France dans le cadre de l’appel à projet permet de lever certains freins de mise en œuvre**, en générant des marges d’action supplémentaires chez les équipes et en créant des espaces d’échange et de soutien entre porteur·ses de projet.

Au vu de ces différentes contraintes, les jeunes réellement touché·es par les projets, c’est-à-dire reçu·es au moins une fois dans le cadre d’une consultation avancée, constituent donc un public plus restreint que le public ciblé. **Plus souvent masculins, mineur·es et scolarisé·es, les jeunes suivi·es en CJCA sont également en grande partie issu·es de classes sociales défavorisées**. Avant leur entrée en CJCA, la plupart n’avaient jamais été suivi·es pour les mêmes problématiques. **Les projets parviennent donc à favoriser la venue en consultation de jeunes n’ayant pas eu accès au soin en addictologie auparavant, aux besoins, problématiques et attentes qui apparaissent largement diversifiées**.

Ces différents constats ont conduit à s'interroger sur **les ressorts de l'adhésion des jeunes aux projets de CJCA**, au prisme des modes d'intervention déployés par les professionnel·les. L'évaluation a montré qu'au-delà de la proximité géographique, **la construction d'un lien de proximité relationnelle avec les jeunes constituait un facteur central dans leur adhésion au dispositif**. Ce lien se construit à la fois à travers une forte personnalisation de la CJCA, un prolongement du lien en dehors du temps de la consultation et une « déformalisation » du rapport entre jeunes et intervenant·es. Pour autant, les méthodes et outils employés pour mettre en œuvre cette proximité relationnelle varient fortement d'un contexte d'intervention à l'autre.

Dans le cadre de projets menés auprès de publics vulnérables éloignés du soin, c'est **l'hybridation de méthodes d'« aller vers » et de « faire avec » les jeunes** qui favorise la création d'un lien de proximité avec les intervenant·es de CJCA. Il s'agit pour ces dernier·ères de sortir du cadre formel de la consultation, de manière à équilibrer le rapport soignant·e-soigné·e et gagner la confiance des jeunes qu'ils·elles accompagnent.

Dans un contexte de déploiement au sein d'établissements d'éducation, de formation et d'insertion, dans lequel les jeunes sont captif·ves et contraints par le fonctionnement interne de leur structure, **empporter l'adhésion des jeunes revient souvent à bénéficier des liens de confiance que ces dernier·ères entretiennent avec les professionnel·les de l'établissement**. Ceci s'avère plus facile dans les établissements de petite taille, davantage favorables à l'interconnaissance entre les jeunes et les équipes de la structure.

Enfin, **dans un contexte rural marqué par la rareté des institutions de soin, la création d'un lien de proximité avec les jeunes apparaît limitée par la dispersion des moyens financiers et humains sur une multitude de sites**. En effet, les CJCA s'employant d'abord à rapprocher physiquement la consultation des jeunes, pour lever les freins liés à la mobilité et assurer un « maillage » du territoire, elles manquent de temps pour travailler autour de l'adhésion de jeunes a priori peu enclin·es à se rendre en consultation.

Lorsque les projets parviennent à susciter de manière effective l'adhésion des jeunes, **différentes catégories d'effets peuvent être observées, s'inscrivant dans le prolongement de constats déjà établis lors de l'étude diagnostique et du rapport d'évaluation de phase 2**. Ces effets recouvrent un spectre large, et interviennent à la fois de manière directe à l'échelle des jeunes bénéficiant d'un suivi individuel par les intervenant·es de CJCA, mais également de manière plus indirecte et collective, via la mise en place de la relation partenariale.

A l'échelle des jeunes suivi·es, **on relève des effets allant de l'évolution des représentations, des comportements et des pratiques à l'accès aux soins en addictologie et plus largement en santé mentale, ces effets variant d'un profil de jeune à l'autre**. Ainsi, pour les plus jeunes, moins concerné·es par les conduites addictives, ce sont avant tout les apports informatifs et préventifs qui se distinguent, et qui sont permis par l'approche de réduction des risques, rassurante et non-stigmatisante, dans laquelle s'inscrivent les intervenant·es de CJCA. Pour les jeunes plus âgé·es et davantage concerné·es par les addictions, la CJCA apporte un soutien dans la gestion de celles-ci et permet aux jeunes qui le souhaitent de s'inscrire dans une dynamique de réduction ou d'arrêt de leur consommation, via l'apport d'un accompagnement concret, personnalisé et accessible. Enfin, et notamment pour les jeunes les plus vulnérables, la CJCA incarne un espace d'écoute confidentiel et bienveillant, qui constitue une passerelle vers l'accès aux soins en santé mentale, sur des thématiques parfois bien plus larges que l'addiction.

De manière cette fois plus indirecte et collective, **la CJCA permet l'instauration d'une culture favorable au soin dans les structures partenaires qui reçoivent les jeunes, cette dynamique se jouant à la fois à l'échelle des structures elles-mêmes, de leurs professionnel·les, mais également des collectifs de jeunes qui les composent**. Les CJCA incarnent ainsi d'abord une solution alternative à une prise en charge

répressive des addictions, souvent prépondérante au sein des établissements. Les CJCA permettent également de reconnaître les addictions en tant que problème de santé, en proposant une approche professionnalisée dans le champ du soin, les effets suscités étant plus ou moins importants et durables en fonction du niveau d'implication et/ou de résistance des équipes. Pour les professionnel·les volontaires et sensibles à la démarche du projet, les intervenant·es constituent un vecteur de montée en compétences sur le repérage des problématiques addictives, l'orientation et l'accompagnement. Elle permet ainsi aux professionnel·les de se sentir davantage outillé·es pour intervenir auprès des jeunes de leur établissement. Enfin, à l'échelle des collectifs de jeunes, la mise en place de la CJCA semble à même de diffuser une culture favorable au soin, notamment via le fait que certain·es jeunes puissent s'établir en tant que relai auprès de leurs pairs.

7.

Préconisations

Sur la base des enseignements de l'évaluation, nous proposons **des préconisations visant à faciliter l'adoption de principes d'intervention communs à toutes les CJCA** (7.1). Nous déclinons ensuite ces principes **en fonction des contextes d'intervention** que rencontrent les CJCA, afin de rendre ces préconisations les plus opérationnelles et adaptées possibles (7.2).

7.1. Vers des principes d'intervention généraux

Il s'agit ici de revenir sur **certains constats issus de l'étude** (7.1.1.) qui sont au fondement des préconisations formulées autour des **principes d'intervention** à mettre en œuvre dans le cadre d'une CJCA (7.1.2.).

7.1.1. Constats

L'évaluation permet de dégager trois grands résultats quant à la capacité des CJCA à produire des effets sur les jeunes fréquentant les structures au sein desquelles elles s'implantent.

- Il apparaît tout d'abord que l'atteinte d'effets sur les jeunes (qu'il s'agisse d'apports informatifs et préventifs, d'une meilleure gestion des risques ou d'une diminution des consommations et conduites addictives, ou encore d'un accès aux soins plus global en santé mentale) est **fortement conditionnée par leur adhésion préalable au soin**. Pour rappel, l'adhésion se différencie d'une simple venue en consultation, qui peut parfois se faire par obligation. Le concept d'adhésion marque ainsi le fait que les jeunes se montrent réceptif-ves vis-à-vis des intervenant-es et sont prêt-es à revenir en consultation de leur plein gré lorsque cela est nécessaire. L'efficacité d'un projet de CJCA doit donc être **considérée à l'aune de sa capacité à susciter l'adhésion davantage que sa capacité à simplement « faire venir » les jeunes en consultation**.
- Ensuite, l'étude permet d'établir que **l'adhésion des jeunes dépend fortement de la capacité des projets à développer une approche par proximité relationnelle** avec leur public. Par « proximité relationnelle », nous entendons ici la création d'un lien de confiance basé sur trois éléments : une « déformalisation » de la relation entre soignant-e et soigné-e, un lien de proximité qui perdure en dehors des temps de consultation et une forte personnalisation de la CJCA, incarnée par les professionnel-les intervenant-es.
- Enfin, pour pouvoir **établir cette proximité relationnelle et, par extension, emporter l'adhésion des jeunes, la qualité du travail partenarial** (temps de « vie » dans la structure, identification de relais chez les professionnel-les, régularité de la collaboration et compréhension commune des enjeux) **apparaît essentielle**.

7.1.2. Préconisations

De ces trois grands résultats découlent deux préconisations principales.

D'une part, étant donné que l'adhésion préalable au soin conditionne fortement les effets du dispositif, nous suggérons aux professionnel-les de CJCA **de limiter les venues contraintes des jeunes en consultation, ou les injonctions plus informelles au soin** – orientation « forcée » de la part des professionnel-les de la structure, nombre de consultations minimum prescrit, etc. Au contraire, nous préconisons de privilégier les formats de projets qui facilitent la libre adhésion des jeunes à la consultation (présentés ci-dessous).

D'autre part, pour s'assurer que l'adhésion l'emporte sur les venues contraintes, nous proposons trois pistes liées à la qualité du travail partenarial. Ces pistes permettent de s'assurer de la mise en œuvre de **conditions nécessaires à la création d'une proximité relationnelle avec les jeunes**.

- En premier lieu, nous suggérons aux professionnel-les CJCA de réaliser **des diagnostics de faisabilité** des projets. Alors que la plupart des démarches déployées recensent avant tout les

besoins des jeunes au sein de la structure partenaire, la réalisation d'un diagnostic de faisabilité permettrait d'anticiper les conditions d'implantation d'un projet. Ce diagnostic de faisabilité pourrait impliquer la prise en compte des éléments suivants :

- la possibilité de trouver des relais au sein de l'équipe de la structure partenaire
- le rapport qu'entretiennent les jeunes à la structure partenaire (rapport contraint, libre, proximité avec les professionnel·les...)
- la possibilité de rencontrer informellement les jeunes (par exemple sur des temps de pause).

Ce type de diagnostic permettait d'éviter l'implantation de CJCA caractérisées par des files actives réduite ou alimentées par des injonctions au soin.

- Ensuite, nous suggérons aux porteur·ses de projet de CJCA **d'adopter une stratégie de recrutement en cohérence avec les spécificités du dispositif** : bien que sa finalité soit l'accès au soin, la consultation avancée requiert en effet de fortes compétences en gestion de projet et en animation de partenariat. L'appui sur des profils d'éducateur·rices spécialisé·es ou d'autres professions rompues à ce type de pratiques paraît à ce titre intéressante.
- Enfin, nous suggérons aux professionnel·les de CJCA **de ne pas investir un partenariat si le temps et les ressources pouvant être consacrées à ce dernier sont limitées**. L'étude montre en effet que les partenariats fonctionnels sont ceux qui font l'objet d'un temps de travail conséquent. Les partenariats peu récurrents et peu coordonnés tendent au contraire à disperser les ressources de la CJCA tout en produisant peu d'effets sur l'adhésion des jeunes.

7.2. Des principes à décliner en fonction des contextes d'intervention

Ci-dessus ont été établis des principes d'intervention communs aux CJCA : **la primauté de l'adhésion** sur la venue en consultation, **la prépondérance de la proximité relationnelle sur la proximité physique** avec les jeunes et **l'importance du travail partenarial** pour s'assurer de créer des conditions favorables à l'adhésion. Nous détaillons ci-après la manière dont ces principes peuvent être déclinés en **préconisations opérationnelles adaptées aux principaux contextes d'intervention** identifiés dans le présent rapport : le travail auprès de publics vulnérables éloignés des institutions (7.2.1.), le déploiement de projets en établissement scolaire, de formation ou d'insertion (7.2.2.) et enfin les configurations multisites en milieu rural (7.2.3).

7.2.1. Le travail auprès de publics vulnérables éloignés des institutions

7.2.1.1. Constats

L'étude des projets déployés auprès des publics vulnérables éloignés des institutions permet de dégager les constats suivants :

- Les publics « vulnérables » visés par les projets de CJCA sont **marqués par une forte précarité et un éloignement des institutions de l’insertion et du soin**⁶⁶.
- L’éloignement et les difficultés à entamer une démarche de soin procèdent le plus souvent, pour ces publics, d’un rapport conflictuel aux institutions. Malgré une conscience de leur problématique addictive, **c’est le format du soin dans sa forme traditionnelle qui pose problème**.
- Dès lors, l’évaluation a permis d’identifier que les projets qui articulaient « aller vers » et « faire avec » les jeunes étaient les plus à même de créer une proximité relationnelle suffisante et de susciter l’adhésion des jeunes en « **désinstitutionnalisant** » le **soin**. Ce résultat s’appuie notamment sur l’étude des projets TAPAJ⁶⁷, au sein desquels intervenant·es de CJCA et jeunes travaillent ensemble sur des chantiers, et qui mêlent ainsi soin et activité professionnelle rétribuée financièrement. Ces projets qui lient « aller-vers » et « faire avec » présentent trois principaux avantages :
 - En travaillant côte à côte, intervenant·es de CJCA et jeunes nouent un rapport informel et horizontal, ce qui **atténue la violence du rapport soignant·e-soigné·e**.
 - En exportant le soin en dehors des espaces (le bureau) et des moments (la permanence) traditionnels de consultation, ces projets **permettent aux jeunes de choisir le moment et le lieu du soin**, en fonction de leur disponibilité et de leur disposition à aborder ce sujet.
 - Enfin, ces projets agissent directement sur les causes concrètes du mal-être de leur public en permettant **l’insertion par le travail et en mobilisant le mouvement du corps à des fins thérapeutiques**.

7.2.1.2. Recommandations

L’étude des démarches TAPAJ permet d’envisager de nouvelles pistes d’action pour les projets travaillant auprès de publics vulnérables.

- D’abord, il semble intéressant **d’explorer des formes de soin alternatives à la consultation** pour favoriser l’adhésion de jeunes réfractaires aux cadres traditionnels du soin. De ce point de vue, la mise en mouvement du corps par le sport, la danse ou le travail a d’ores et déjà montré ses vertus thérapeutiques⁶⁸.
- Ensuite, nous préconisons aux professionnel·les de CJCA **d’investir des activités menées « côte à côte » avec les jeunes**. Ces activités « prétextes » (sportives, culturelles, etc.) peuvent en effet servir de tremplin pour créer la proximité relationnelle et désinstitutionnaliser le rapport soignant·e-soigné·e.
- Enfin, nous recommandons aux professionnel·les de CJCA travaillant auprès de publics vulnérables de **rendre le cadre de soin le plus flexible possible**. En lieu et place d’une consultation à horaire et lieu fixe, les projets peuvent par exemple développer des temps collectifs (à l’instar des chantiers TAPAJ) s’étendant sur une journée entière. Les jeunes mobilisé·es peuvent ainsi, au

⁶⁶ Certaines des CJCA s’adressant à des jeunes « vulnérables » s’adressent à des publics inscrits au sein d’une institution. Nous considérons néanmoins que ces publics sont tout de même « éloignés » des formes traditionnelles du soin et de l’insertion étant donné qu’ils se trouvent contraints d’intégrer l’institution partenaire du projet de CJCA, par exemple dans le cadre d’une décision de justice.

⁶⁷ Travail Alternatif Payé à la Journée.

⁶⁸ H. Greilsammer, « La Thérapie par la danse et le mouvement », art cit.

cours de la journée, choisir le moment, l'espace, et le type d'interactions (informelle, consultation traditionnelle) qu'ils-elles préfèrent pour entrer dans une démarche de soin.

7.2.2. Le déploiement en établissement scolaire, de formation ou d'insertion

7.2.2.1. Constats

L'étude des projets de CJCA menés en établissements scolaires, de formation ou d'insertion, a permis de dégager trois principaux constats.

- Premièrement, **les publics qui fréquentent ces institutions en sont relativement « captifs »**. Ils sont amenés à se rendre régulièrement dans la structure (quotidiennement dans le cas des établissements scolaires) et y sont généralement inscrits pour un temps assez long (de plusieurs mois à plusieurs années). Si ce contexte peut sembler en apparence propice à l'instauration d'un lien avec les jeunes, il faut cependant souligner que **leur « disponibilité au soin » peut se révéler particulièrement faible**. En effet, ces jeunes fréquentent ces établissements dans le cadre de leur trajectoire scolaire ou professionnelle, **et ne l'associent donc pas au soin de prime abord**. De plus, les espaces laissés à la CJCA dans le cadre du partenariat sont plus restreints que dans d'autres contextes, étant donné que les objectifs principaux poursuivis par la structure relèvent avant tout de la formation ou de l'insertion socio-professionnelle.
- Il apparaît ainsi que les projets qui réussissent à créer la proximité relationnelle avec les jeunes de ces établissements sont ceux dont les intervenant-es bénéficient d'une « **extension du lien de confiance** » que les jeunes entretiennent avec un-e ou plusieurs professionnel·les de la structure. Deux conditions doivent être réunies pour y parvenir :
 - Il s'agit d'abord pour les intervenant-es d'être en capacité d'**investir fortement la relation partenariale**, pour travailler en lien étroit avec un-e ou plusieurs professionnel·les de la structure constituant des relais dans le repérage des problématiques chez les jeunes et leur orientation vers la CJCA. L'étude des projets expérimentaux montre en effet que les mécanismes d'orientation sont plus efficaces lorsque les professionnel·les des structures et les intervenant-es de CJCA ont des échanges réguliers.
 - Il semble ensuite que **les petits établissements soient plus propices à l'extension du lien de confiance**, dans la mesure où les jeunes sont souvent plus proches des professionnel·les de la structure que dans des établissements de taille plus importante. Ils-elles ont ainsi une plus forte propension à leur confier leurs problématiques, les professionnel·les pouvant ensuite les orienter efficacement vers la CJCA.
- De manière complémentaire, **des méthodes d'aller-vers sont également mobilisées par les intervenant-es** de CJCA dans les interstices du fonctionnement des structures partenaires (discussions informelles avec des jeunes pendant les temps de pause, par exemple). Si l'extension du lien de confiance demeure bien le mécanisme prépondérant dans l'adhésion des jeunes, **les actions d'aller-vers mises en place par les intervenant-es de CJCA contribuent cependant à son efficacité** : l'orientation par les professionnel·les de la structure est plus facilement acceptée par les jeunes lorsqu'ils-elles ont déjà eu l'occasion d'échanger avec l'intervenant-e.

7.2.2.2. Recommandations

Plusieurs recommandations découlent des constats précédemment établis :

- Nous préconisons d'une part d'**interroger la possibilité de bénéficier d'une extension du lien de confiance entre les jeunes et les professionnel·les de la structure partenaire dans le cadre du diagnostic de faisabilité** qui peut être réalisé en amont du lancement d'un projet. En effet, dans certaines structures (notamment les grands établissements, mais aussi ceux que les jeunes fréquentent de manière irrégulière), les professionnel·les ont une connaissance relativement faible de leur public et n'entretiennent avec les jeunes que peu de relations interpersonnelles. Dès lors, nouer un lien avec le public cible s'avère plus complexe pour les intervenant·es de CJCA, en l'absence de professionnel·les-relais sur lesquels s'appuyer.
- Il est également important d'**interroger la temporalité dans laquelle peut se déployer le projet de CJCA avant d'acter son lancement**. Instaurer une proximité relationnelle en s'appuyant sur l'extension du lien de confiance est en effet un processus qui s'inscrit dans le temps long. Les intervenant·es doivent créer une relation de proximité avec les professionnel·les de la structure pour favoriser l'instauration d'un dialogue régulier, ainsi que les sensibiliser - voire les former - au repérage des problématiques addictives chez les jeunes. Il semble dès lors important d'**éviter des partenariats qui ne pourraient être menés que sur une courte durée** (une seule année scolaire par exemple), la possibilité d'obtenir des effets à court/moyen terme apparaissant trop incertaine.
- Enfin, nous conseillons de **développer l' « aller-vers » les jeunes au sein même de la structure partenaire**, en complémentarité du travail effectué pour favoriser l'extension du lien de confiance. Des opportunités de rencontre informelle avec les jeunes doivent autant que possible être créées, par exemple pendant les temps de pause, ou en se greffant à des événements organisés au sein de la structure partenaire.

7.2.3. Les CJCA multisites en milieu rural

7.2.3.1. Constats

Si les projets de CJCA intervenant en milieu rural étaient moins nombreux dans l'échantillon des projets enquêtés, certains constats semblent cependant importants à rappeler.

- Les intervenant·es déployant des projets de CJCA en milieu rural font face à **une forte demande de maillage de la part des acteur·rices du territoire**, qui peut les conduire à déployer des consultations avancées dans plusieurs structures. En effet, la tentation est forte de répondre à la demande sans interroger la faisabilité du partenariat en amont. Cela a donc tendance à limiter les ressources que les structures porteuses peuvent mobiliser pour chaque CJCA. On observe que, malgré les besoins identifiés par les professionnel·les des structures partenaires, **ces consultations demeurent parfois peu voire pas fréquentées** : lorsque les structures ne présentent pas de caractéristiques favorables à l'extension du lien de confiance ou que les ressources investies dans la relation partenariale sont insuffisantes (venues irrégulières ou trop espacées, manque de temps pour échanger avec les professionnel·les...), l'adhésion des jeunes est mise en péril.
- Si le caractère fondamental de la proximité relationnelle avec les intervenant·es dans le processus d'adhésion des jeunes à la CJCA a été établi, ce constat ne doit cependant pas occulter le fait que **la proximité géographique demeure une donnée particulièrement importante en milieu rural**. Ainsi, certains jeunes relativement peu éloigné·es du soin d'un point de vue symbolique ne

seraient pas en mesure d'accéder au soin si une CJCA n'était pas mise en place à proximité de leur domicile ou des structures qu'ils-elles fréquentent.

- Dans les conditions dans lesquelles elles sont mises en œuvre, **les CJCA en milieu rural tendent ainsi à être efficaces avant tout pour des publics peu éloigné-es du soin**, mais achoppent en revanche dans la rencontre de publics qui y sont davantage réfractaires.

7.2.3.2. Recommandations

- **Les besoins en matière d'accès aux soins en milieu rural ne doivent pas conduire à minimiser les ressources** qui sont indispensables au bon déploiement d'un projet de CJCA, et nécessaires pour susciter l'adhésion des jeunes. Nous recommandons ainsi de définir **un socle minimal de ressources pour chaque projet de CJCA déployé** (permanences régulières, y compris en l'absence de consultant-es, temps disponible pour entretenir la relation partenariale et aller vers les jeunes au sein de la structure, etc).
- Nous préconisons également de **prioriser certains critères dans le choix des lieux d'intervention**. Le volume de jeunes fréquentant la structure ou son emplacement « central » dans un territoire rural ne doivent ainsi pas être les seules données considérées. Cela peut en effet conduire à retenir des structures qui touchent un public large, mais très volatil et qui entretiennent peu de lien avec les professionnel·les. Il apparaît ainsi plus pertinent de **se concentrer sur des structures que les jeunes fréquentent régulièrement, et au sein desquels ils entretiennent des liens de proximité avec les professionnel·les**.

PARTIE 5.

Annexes

8.

Bibliographie

BECK François, OBRADOVIC Ivana, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et LEGLEYE Stéphane, « Regards sur les addictions des jeunes en France », *Sociologie*, 2010, Vol. 1, n° 4, p. 517-535.

BIOY Antoine et BACHELART Maximilien, « L’alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy*, 2010, vol. 49, n° 4, p. 317-326.

CHAMBON Nicolas, « «Aller vers»... d’autres pratiques? », *Rhizome*, 2018.

CHARPENTIER Axelle, DREAN Laëticia et RUGAMBAGE Norbert, « L’évaluation de l’impact d’expérimentations en matière d’accès et de recours aux soins des jeunes dans le cadre du Fonds d’expérimentation pour la jeunesse », *Regards*, 2018, vol. 53, n° 1, p. 91-103.

CHEVILLARD Guillaume, LUCAS-GABRIELLI Véronique et MOUSQUES Julien, « “Déserts médicaux” en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L’Espace géographique*, 2018, vol. 47, n° 4, p. 362-380.

CHOBEAUX François, « Jeunes en errance et accompagnement social », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 1 octobre 2011, Hors-série, p. 115-128.

CICCONE Albert, *La violence dans le soin*, s.l., Dunod, 2014, 313 p.

CREVIER Marie, COUTURIER Yves et MORIN Paul, « L’émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l’intervention à domicile : ouvertures et tensions dans la relation clinique », *Nouvelles pratiques sociales*, 2010, vol. 23, n° 1, p. 177-191.

CREYEMEY Agnès et MORALES Jean-Hugues, « TAPAJ : des emplois alternatifs payés à la journée », *VST - Vie sociale et traitements*, 2013, vol. 119, n° 3, p. 16-20.

DELILE Jean-Michel, MORALES Jean-Hugues, BERTRAND Karine, TAPIA Géraldine et VEDELAGO François, « TAPAJ – Travail alternatif avec paiement à la journée, un contingency management à la française ? », *Alcoologie et Addictologie*, 20 septembre 2018, vol. 40, n° 3, p. 252-260.

DUBOIS-ORLANDI Valérie, « Jeunes invisibles des zones rurales : quand la prévention spécialisée reste un dispositif pertinent pour « aller vers » eux », *Vie sociale*, 23 octobre 2018, vol. 22, n° 2, p. 85-102.

EL-KHOURY LESUEUR Fabienne, BOIZE Camille et MELCHIOR Maria, « Les adolescente.e.s face au tabac: émergence précoce des inégalités sociales. L'étude nationale DEPICT (2016) », *BEH*, 2018, n° 14-15.

EL-KHOURY LESUEUR Fabienne, BOLZE Camille et MELCHIOR Maria, « Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study », *Addictive Behaviors*, mai 2018, vol. 80, p. 110-115.

ENNUYER B., « La vulnérabilité en question ? », *Ethics, Medicine and Public Health*, 1 juillet 2017, vol. 3, n° 3, p. 365-373.

GAIDE Aden, « Francine Labadie (dir.), Parcours de jeunes et territoires. Rapport de l'Observatoire de la jeunesse 2014 », *Lectures*, 15 octobre 2015.

GREILSAMMER Haguit, « La Thérapie par la danse et le mouvement : entre corps, mouvement et parole », *Bulletin du Centre de recherche français à Jérusalem*, 25 novembre 2014, n° 25.

JAN Olivier, « Quelle clinique avec les jeunes en errance ? », *VST - Vie sociale et traitements*, 2009, vol. 101, n° 1, p. 72-77.

LILIAN Negura, « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », *Sociologies*, 2006, Théories et recherches.

MAUGER Gérard, « « La jeunesse n'est qu'un mot ». A propos d'un entretien avec Pierre Bourdieu », *Agora débats/jeunesses*, 2001, vol. 26, n° 1, p. 137-142.

MELOU François et SERRE Jean-Yves, « Le paradoxe de la reconnaissance dans le travail social. Le cas des éducateurs de prévention spécialisée », *Sociographe*, 2022, vol. 78, n° 2, p. 41-50.

MILDECA, « Le dispositif de soins en addictologie "repérer, prendre en charge, orienter : des ressources pour les professionnels de premier recours" ».

MILDECA, « Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 - 2022 ».

MILDECA, *Prévenir et accompagner : les Consultations Jeunes Consommateurs*, <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/dossiers/prevenir-accompagner-consultations-jeunes-consommateurs>, décembre 2015, consulté le 15 juin 2021.

MILHET Maitena, PROTAIS Caroline, GOMEZ Cristina Diaz et GUILBAUD Fabrice, « Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie », *Tendances*, juin 2022, n° 150, (coll. « Tendances OFDT »), p. 8.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS et DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, « Circulaire interministérielle DGS/MC2/MILDT n° 2009-63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie ».

MUTATAYI Carine, « Formes et organisation de la prévention des addictions en France », *OFDT*.

NICOLAS PRISSE, *Jeunes, Addictions et Prévention*, s.l., Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2018.

OBRADOVIC Ivana, « Dix ans d'activité des consultations "jeunes consommateurs" », *Tendances*, 2015, OFDT, n° 107.

OBRADOVIC Ivana, *Synthèse des focus groups « Consultations Jeunes Consommateurs »*. Note à l'attention du Comité de pilotage « Consultations Jeunes Consommateurs », s.l., OFDT, 2011.

OFDT, « Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018 », *Tendances*, 2018.

PERETTI-WATEL Patrick, « Morale, stigmatisme et prévention », *Agora débats/jeunesses*, 2010, N° 56, n° 3, p. 73-85.

PROTAIS Caroline, DIAZ-GOMEZ Cristina, SPILKA Stanislas et OBRADOVIC Ivana, « Evolution du public des CJC (2014-2015) », *Tendances*, 2016, n° 107, p. 4.

TARLEVE Emma, *Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs - De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*, s.l., Fédération Addiction, 2012.

TARLEVE Emma, *Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs*, Paris, (coll. « Fédération addiction »), 2012.

TAPAJ France, <https://tapaj.org/>, consulté le 16 octobre 2023.

Les pratiques professionnelles dans le champ de de l'addictologie - Tendances 150 - juin 2022 - OFDT, <https://www.ofdt.fr/publications/collections/tendances/les-pratiques-professionnelles-dans-le-champ-de-de-laddictologie-tendances-150-juin-2022/>, consulté le 1 décembre 2023.

9.

Guides d'entretien mobilisés

9.1. Guide d'entretien – Jeunes suivi-es en CJCA

1. Pour commencer, peux-tu te présenter ?

[Relances]

- 1.1 Quel âge as-tu ?
- 1.2 Que fais-tu en ce moment ?
- 1.3 Où habites tu et avec qui ?

Première venue en CJCA

2. Quand et comment as-tu entendu parler du [dispositif CJCA] ?

[Relances]

- 2.1 Qu'est-ce que tu avais compris de la CJCA à ce moment-là ?
- 2.2 Pourquoi tu es venu la première fois ? Est-ce que c'est toi qui l'a décidé ou est-ce que tu étais/te sentait un peu obligé ? Quelles étaient tes attentes ?
- 2.3 Comment as-tu pris contact avec la CJCA, et comment a été fixé ton premier rdv ? (tél, mail, présentiel, rdv organisé par une autre personne...) Combien de temps ça a pris pour avoir un premier rdv après cette prise de contact ?
- 2.4 Est-ce que tu as déjà vu les affiches suivantes, imprimées ou sur les réseaux sociaux ? Qu'est-ce que tu en penses ? (elles donnent envie de venir ? Elles expliquent bien ce qu'est la CJCA ?)

3. Peux-tu me raconter comment s'est passé ton premier rdv ?

[Relances]

- 3.1 Avec qui est-ce que c'était ?
- 3.2 Combien de temps ça a duré à peu près ?
- 3.3 De quoi avez-vous parlé ?
- 3.4 Quelles ont été tes impressions après ce premier rdv ? Est-ce que c'était ce à quoi tu t'attendais ? Si non, qu'est-ce qui t'as surpris ?
- 3.5 Comment tu te sentais avant de venir ? Est-ce que tu avais hésité/ que ça te faisait un peu peur ?
- 3.6 Qu'est-ce qui t'as donné envie de revenir/ de ne pas revenir ?

Modalités de suivi et lien à la structure partenaire

4. Et depuis, comment s'est passé ton suivi ?

[Relances]

- 4.1** Combien de rendez-vous as-tu eu à peu près ? C'est tous les combien ?
- 4.2** C'est toujours « en présentiel » ou parfois à distance ? Pour le présentiel : toujours au même endroit ?
- 4.3** Combien de temps ça dure en général ?
- 4.4** C'est toujours avec la même personne ?
- 4.5** Est-ce que tu as aussi participé à des activités en groupe dans le cadre de ton suivi ? Si oui, combien de fois, et en quoi ça consistait ? Qu'est-ce que tu en as pensé ? C'était obligatoire ou facultatif ?
- 4.6** Qu'est-ce qui te plaît dans la manière dont ça se déroule, et qu'est-ce qui te convient moins ?
- 4.7** Est-ce que des fois ça a pu être difficile pour toi de venir ? Pourquoi ? (*voir ce qui sort spontanément mais sinon creuser sur les différents types de frein : mobilité/accessibilité, représentations...*)

5. Qu'est-ce que tu penses du fait que les rendez-vous aient lieu ici [dans cette structure] ?

[Relances]

- 5.1** Est-ce que c'est un endroit où tu viens souvent ? (si pertinent)
- 5.2** Est-ce que tu te sens à l'aise ici ? Pourquoi ?
- 5.3** Tu y es/y vient depuis quand ?
- 5.4** Pour quelles raisons tu viens ? (si pertinent)
- 5.5** Tu connais bien {la structure} ? Comment ça se passe avec les gens qui travaillent ici (à spécifier selon les structures partenaires) ? (Est-ce que tu les connais bien ? Tu viens les voir pour quoi?)
- 5.6** Est-ce qu'il y a des choses qui ont changé ici depuis que X (intervenant.e CJCA) vient ? (règlement, aménagement de l'espace, vision des professionnel·les)
- 5.7** Est-ce que tu préférerais que ces consultations aient lieu ailleurs ? Si oui, dans quel(s) endroit(s) par exemple ? Pourquoi ?

Déroulement des rendez-vous

6. Peux-tu me raconter comment se passent tes rendez-vous, quels sujets vous abordez par exemple ?

[Relances]

- 6.1** Est-ce que ça reste centré sur tes addictions/tes pratiques à risque ou est-ce que vous parlez parfois d'autres sujets ? Lesquels par exemple ?
- 6.2** C'est plutôt toi qui décide ce que tu veux aborder ou X (l'intervenant.e) qui lance les sujets ?

- 6.3** Est-ce qu'il y a des sujets que tu voudrais aborder mais que tu n'oses pas ?
- 6.4** Avec qui d'autres as-tu (en ce moment ou par le passé) l'occasion de parler de ces sujets ?
- 6.5** Comment tu vois la suite ? Vas-tu continuer à venir ? Pendant combien de temps tu penses ?
- 6.6** Quelles sont tes attentes ? (Est-ce que ça a évolué par rapport au début de ton suivi ?)

7. Comment est-ce que tu te sens en général pendant les rendez-vous ?

[Relances]

- 7.1** Est-ce que tu te sens à l'aise/ mal à l'aise/ que ça dépend des moments ?
- 7.2** Qu'est-ce qui fais que tu es à l'aise ou pas ?
- 7.3** Comment tu décrirais la manière dont X est en rdv, la relation que vous avez ? Est-ce que tu t'attendais à ce que ça se passe comme ça ? Si non, en quoi c'est différent ?

Perception des effets

8. Qu'est-ce que ça t'apporte de venir ici ?

[Relances]

(repartir notamment des attentes évoquées en début d'entretien)

- 8.1** Tu trouves que tu as appris des choses ? Si oui, quoi ?
- 8.2** Tu as changé d'avis/vois différemment certaines choses ? Est-ce que tu as des exemples ?
- 8.3** Tu te sens mieux vis-à-vis de tes consommations/pratiques à risque ? Pourquoi ? (meilleure maîtrise ? réduction ? Arrêt ?)
- 8.4** Est-ce que tu parles davantage/plus facilement de tes consos/pratiques à risque depuis le début de ton suivi ? A qui par exemple ? Pourquoi ?
- 8.5** Est-ce que tu dirais que [dans la structure] aussi, les gens en parlent différemment ? est-ce que c'est un sujet moins tabou qu'avant ?
- 8.6** Tu penses qu'à l'avenir, ce sera plus facile pour toi de voir un.e professionnel.le pour parler de ces sujets/être aidé si tu en as besoin ? Pourquoi ?
- 8.7** Est-ce que tu avais déjà eu l'occasion de parler avec un professionnel de ces sujets ? Est-ce que tu avais eu un suivi sur ces questions ? Si oui, qu'est-ce que tu en avais pensé ? Est-ce qu'ici c'est différent et si oui, pourquoi ?

Bilan et préconisations

9. Tu dirais que c'est quoi les points forts et les points faibles de ce qui est proposé ici aujourd'hui aux jeunes, dans le cadre de ces rendez-vous ?

(relancer ensuite sur les pistes d'améliorations en fonction des limites évoquées)

10. Comment tu ferais pour que la CJCA soit mieux connue des jeunes ?

- 10.1** En termes de présentation du dispositif ?
- 10.2** En termes de modalités de communication ?
- 10.3** En termes de développement du bouche à oreille ?

11. Est-ce que tu as déjà recommandé/parlé à d'autres jeunes de la CJCA ?

- 11.1** Est-ce que tu as des ami·es qui viennent aussi ?

12. Est-ce que tu as d'autres idées pour améliorer la CJCA ?

9.2. Guide d'entretien – Intervenant-es en CJCA

Introduction

- 1. Pour commencer, pouvez-vous brièvement vous présenter (poste, missions, formation initiale) ?**
- 2. Pouvez-vous me présenter rapidement la structure pour laquelle vous travaillez, et plus précisément la CJC ?**

[Relances]

- 2.1.** Structure : quelles grandes missions ? Quel territoire et quels publics ? Spécificités notables ?
 - 2.2.** CJC : Quelle ancienneté ? Quel niveau de fréquentation ? Par quels profils de jeunes ? Quels moyens dédiés ? (RH notamment)
- 3. Votre structure a-t-elle porté (maintenant ou par le passé) d'autres projet de CJCA que celui concerné par l'AAP ?**
 - 3.1.** Si oui, lesquels ? En quoi consistaient-ils ?
 - 3.2.** Comment et pourquoi avaient-ils été initiés ?
 - 3.3.** A quels publics s'adressaient-ils ?
 - 3.4.** Ont-ils bien fonctionné ? Pourquoi ?
 - 3.5.** Mettez-vous en place d'autres actions d'aller-vers, hors CJCA ?

Genèse et construction du projet

- 4. Pouvez-vous m'expliquer comment est né le projet de CJCA que vous avez proposé pour l'appel à projets ?**

[Relances]

- 4.1.** Quels étaient les besoins/constats de départ ?
- 4.2.** Comment et par qui ont-ils été établis ?
- 4.3.** A quel point ont-ils été interrogés et formalisés ? (*creuser sur ce qui a été fait en termes de diagnostic, en particulier pour les projets inscrits dans cet axe du guide*)
- 4.4.** Vous êtes-vous appuyé-e sur des outils/ressources particulières pour travailler sur l'identification des besoins ?

- 4.5. Qui sont les publics visés ? Quelles spécificités de ces publics ? Quelles problématiques ?
- 4.6. Quelles sont les actions que vous proposez et en quoi répondent-elles aux besoins des publics visés, et aux constats de départ ?
- 4.7. Quels sont les moyens dédiés au projet ? (humains, financiers, outils/ressources) Sont-ils suffisants selon vous ?

5. Quels sont les objectifs de votre projet ?

- 5.1. Pour votre structure ?
- 5.2. Pour la/les structures parties prenantes du projet ?
- 5.3. Pour les jeunes ? (Effets attendus : changement des représentations, réductions des risques, des consommations...) (si jeunes)

6. Comment le projet s'est-il ensuite mis en place ?

- 6.1. Quelles ont été les grandes étapes ?
- 6.2. Où en êtes-vous aujourd'hui ?
- 6.3. Quelles sont les prochaines étapes ?
- 6.4. Y a-t-il eu des changements par rapport à ce qui était prévu initialement ? Pour quelles raisons ?
- 6.5. Qui sont les différents acteurs concernés par ce projet ? A quel titre ?
- 6.6. Y a-t-il eu des difficultés/points de blocage particuliers dans la mise en œuvre du projet ?

7. A quel point la manière dont a été monté puis mis en œuvre le projet correspond-elle à vos modes d'interventions habituels ?

- 7.1. Du point de vue de l'identification des besoins ?
- 7.2. Du point de vue des publics visés ?
- 7.3. Du point de vue du partenariat ? (nouveau type de partenaire ? Nouvelle modalités de partenariat ?)
- 7.4. Du point de vue des modalités d'aller-vers ?
- 7.5. Du point de vue des modalités de prise en charge ?
- 7.6. Du point de vue de la communication ?
- 7.7. Du point de vue de l'implication des jeunes dans le projet ?
- 7.8. Si des différences : pourquoi avez-vous procédé différemment sur ce projet ?

8. Comment se passe votre inscription au sein de la/des structure(s) partenaire(s) ?

- 8.1. Comment les différents professionnels voient-ils/elles et se saisissent-ils/elles de ce partenariat ? Des disparités ? En fonction de quoi ?
- 8.2. De quelle manière appréhendent-ils/elles plus globalement le sujet des addictions chez les jeunes ?

8.3.Avez-vous constaté une évolution depuis votre arrivée dans la structure ? Pour quelles raisons selon vous ?

8.4.En quoi vos modes d'intervention auprès des jeunes sont-ils différents ou similaires ?

Accès à la CJCA (si jeunes)

9. De quelles manières les jeunes peuvent-ils.elles avoir connaissance de la CJCA ?

9.1.Quels sont les moyens de communication mis en place ?

9.2.Avez-vous connaissance des outils de communication produits à l'échelle nationale ? Qu'en pensez-vous ? Les utilisez-vous ? Quels retours en avez-vous ?

9.3.Qu'est-ce qui est selon vous le plus susceptible de favoriser la première venue des jeunes en CJCA ?

9.4.Y a-t-il des publics que vous n'arrivez pas à toucher ? Lesquels ? Pourquoi selon vous ?

9.5.Comment se passent généralement les premiers rendez-vous ? Quels besoins ressortent de ces premiers entretiens ? Variations selon les profils de jeunes ?

10. Qu'est-ce qui détermine selon vous l'adhésion des jeunes au suivi en CJCA (voire en CJC) ?

10.1.Variations en fonction des profils de jeunes ? Des problématiques rencontrées ? Qui sont les publics qui « décrochent » ?

10.2.Modalités d'accompagnement particulières qui favorise l'adhésion ?

10.3.Identifiez-vous des points bloquants, qui conduisent les jeunes à ne pas revenir en consultation ? Si oui, lesquels ?

Effets et perspectives

11. A ce stade, quels effets percevez-vous de manière effective sur les jeunes ? Qu'est-ce que cela change pour elles-eux de venir en consultation ? (si jeunes)

11.1.changement des représentations ? réductions des risques ? des consommations ?

11.2.Avez-vous des exemples concrets pour ces différents effets ?

11.3.Constatez-vous des effets/apports auxquels vous ne vous attendiez pas ?

11.4.Y a-t-il des profils de jeunes pour lesquels l'accompagnement fonctionne mieux ? Lesquels ? Pourquoi selon vous ?

11.5.Identifiez-vous des facteurs qui conditionnent ou limitent les effets constatés sur les jeunes ? *(notamment sur les modalités de consultation si visio proposée cf. questions évaluatives)*

11.6.Pensez-vous que les jeunes venus en consultation même une fois seront plus à même de solliciter l'aide d'un professionnel à l'avenir si besoin ? Pourquoi ?

11.7.Pouvez-vous me parler d'un.e jeune pour qui l'accompagnement a eu beaucoup d'effets selon vous ? Et à l'inverse, d'un accompagnement qui a moins bien fonctionné ?

**12. A ce stade, quels effets percevez-vous de manière effective sur la structure partenaire ?
Qu'est-ce qui a changé depuis la mise en place du projet ?**

12.1. Changement des discours/pratiques des pros ? À l'échelle plus globale de la structure ?
Autre ?

12.2. Si vous en constatez, qu'est-ce qui a selon vous permis ces changements ?

12.3. A l'inverse, identifiez-vous des facteurs qui limitent l'impact du projet sur la/les structures partenaires ?

13. Quelle plus-value de l'inscription dans l'AAP, est-ce que cela a changé des choses ?

13.1. Plus-value de l'outillage ?

13.2. Plus-value de l'accompagnement ?

13.3. Plus-value des occasions d'échange avec d'autres CJCA ?

13.4. Plus-value spécifique pour la structure ?

13.5. Autres apports ?

**14. Selon vous, quels sont aujourd'hui les points forts et les limites de votre projet de CJCA ?
Qu'est-ce qui pourrait être amélioré et comment selon vous ?**

9.3. Guide d'entretien – Professionnel·les de structures partenaires

Introduction

1. Pour commencer, pouvez-vous brièvement vous présenter et me présenter votre parcours professionnel ?

[Relances]

- 1.1. Quel est votre domaine de formation ?
- 1.2. Quelles sont vos expériences professionnelles antérieures ?
- 1.3. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de cette structure ?
- 1.4. Quel est votre rôle au sein de cette structure ? Y travaillez-vous à plein temps ?
- 1.5. Avez-vous suivi des réunions de sensibilisation ou des formations en lien avec la thématique des addictions ? Aviez-vous déjà été amené à travailler sur ces questions auparavant ?

2. Pouvez-vous me présenter votre structure ?

[Relances]

- 2.1. Depuis combien de temps cette structure existe-t-elle ?
- 2.2. Quelles sont ses activités principales ?
- 2.3. Quels sont vos publics ? Leurs spécificités ?
- 2.4. Quelles sont les spécificités de cette structure par rapport aux autres structures similaires ?
- 2.5. Quelles sont les caractéristiques du territoire d'implantation de votre structure ?

3. Pouvez-vous me parler des actions qui sont menées dans votre structure sur les thématiques de prévention, de promotion de la santé et du bien-être ?

[Relances]

- 3.1. Depuis combien de temps existe-t-il des actions sur ces thématiques ?
- 3.2. Quels sont les partenaires ou les structures avec lesquelles vous avez l'habitude de travailler sur ces questions ?
- 3.3. S'agit-il plus d'actions ponctuelles ou avez-vous déjà mené des projets de long terme avec certains partenaires ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Mise en place du partenariat

4. Pouvez-vous me présenter votre partenariat avec [nom de la structure] ? Pourquoi a-t-il été mis en place ?

[Relances]

- 4.1.** Qui a été à l'initiative du partenariat ?
- 4.2.** Depuis combien de temps ce partenariat est-il développé ?
- 4.3.** En quoi consiste le partenariat (orientation, repérage, accompagnement, hébergement de consultation, etc.) ?

5. Le partenariat a-t-il été développé sur la base d'un diagnostic ? Si oui sous quelle forme ?

[Relances]

- 5.1.** Quels ont été les principales problématiques repérées ?
- 5.2.** En quoi le partenariat a-t-il été construit pour répondre spécifiquement aux besoins identifiés lors du diagnostic ?

6. Comment le partenariat s'organise-t-il aujourd'hui ? En quoi cette organisation répond-elle selon vous aux problématiques spécifiques rencontrées par votre structure ?

[Relances]

- 6.1.** Quels sont les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ce partenariat au sein de votre structure ? À quel rythme et selon quelles modalités ?
- 6.2.** Comment s'organisent au quotidien la mise en œuvre et le suivi de ce partenariat (réunions, conventions, apport d'expertises, échanges informels, etc.) ?
- 6.3.** Avez-vous mis en place une communication au sujet de ce partenariat ? Si oui, à destination de quel(s) public(s) ?
- 6.4.** L'organisation de ce partenariat a-t-elle évolué ? Pour quelles raisons et selon quelles modalités ?

7. Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du partenariat ? À quoi sont-elles dues selon vous ? Comment pourraient-elles être levées ?

Perception de l'efficacité du partenariat

8. Selon vous, quels sont les bénéfices spécifiques de ce partenariat ? En quoi diffèrent-ils d'autres formats d'action (une consultation directement en CSAPA, de la prévention classique, etc.) ?

- 8.1.** Des profils de jeunes différents ?
- 8.2.** Des suivis plus longs ?

8.3. Une plus grande facilité à toucher des publics autrement éloignés ? levée de freins ? Si oui, lesquels ?

9. Quels sont les effets de ce partenariat sur votre structure ?

[Relances]

9.1. Transformation des pratiques professionnelles ?

9.2. Meilleur repérage des problématiques d'addiction ?

9.3. Nouvelles formes de prise en compte des problématiques d'addiction ?

9.4. Autres ?

9.5. Différences entre les différents membres de l'équipe de la structure ?

10. Quelles sont selon vous les conditions nécessaires à ce que le partenariat soit bénéfique ? Pourquoi ?

10.1. Un temps de travail spécifiquement consacré au partenariat ?

10.2. La disponibilité des professionnels ?

10.3. Le conventionnement/l'établissement de règles entre institutions relatives au fonctionnement ?

11. Quelles sont au contraire les limites propres à ce format précis de partenariat ?

11.1. Une trop grande dépendance au turnover ?

11.2. Une orientation difficile vers le CSAPA ?

11.3. Des suivis interrompus ?

12. Quelles étapes sont envisagées pour la suite du projet ?

13. Envisagez-vous une suite à ce partenariat, au-delà du projet de CJCA actuellement déployé ? Si oui, sous quelle forme ?

10.

Résultats quantitatifs détaillés

10.1. Questionnaire à destination des jeunes reçus en CJCA

LE DEBUT DE TON SUIVI

1. Comment as-tu entendu parler de cet endroit pour la première fois ? [PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]

- Par internet / les réseaux sociaux
 Par une affiche / un flyer
 Par le bouche-à-oreille au sein de ton entourage (amis, famille, etc.)
- Par une action de prévention (ex : une intervention dans ta classe)
 Autre [préciser :]

2. Qu'est-ce qui t'a décidé à venir ? [PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]

- Tu l'as décidé tout seul
 Un(e) ami(e) te l'a conseillé
 Un membre de ta famille te l'a conseillé
- Un professionnel de santé (ex : un médecin, un infirmier) te l'a conseillé
 Un professionnel d'un endroit que tu fréquentes (ex : ton lycée) te l'a conseillé
 Autre motif

3. Es-tu venu ici parce que tu consommes des produits (tabac, cannabis, alcool, etc.) ?

- Oui
 Non
 Tu ne sais pas

4. De quoi avais-tu envie en venant ici ?

	Oui, totalement	Oui, plutôt	Non, pas vraiment	Non, pas du tout	Tu n'es pas concerné
a. Parler de ta consommation (par exemple ce que tu bois / ce que tu fumes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pouvoir poser des questions sur les produits (ex : tabac, alcool, cannabis, CBD, cocaïne, etc.), les écrans, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Essayer de diminuer ta consommation (par exemple boire moins / fumer moins, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Arrêter ta consommation (par exemple arrêter de boire / arrêter de fumer, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Parler aussi d'autres sujets (par exemple ta scolarité, ta famille, tes problèmes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pouvoir parler des comportements de tes proches (par exemple ce que tes proches prennent / boivent / fument, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tu es simplement venu par curiosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Quels sont pour toi les avantages de ce type de rendez-vous ?

	Oui, totalement	Oui, plutôt	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
a. C'est un lieu que tu connais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. C'est un lieu où tu n'es pas vu ni jugé par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. C'est pratique de venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tu peux choisir quand tu viens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Autre (préciser) :				

LES CARACTERISTIQUES DE TON SUIVI

6. Combien de fois es-tu venu ici en tout ? [UNE SEULE REPONSE POSSIBLE]

- C'est la première fois que tu viens
 2 ou 3 fois
 Entre 4 et 6 fois
 Entre 7 et 10 fois
 Plus de 10 fois

7. Quand es-tu venu pour la première fois ? [UNE SEULE REPONSE POSSIBLE]

- Aujourd'hui
 Il y a moins d'une semaine
 Il y a moins d'un mois
 Il y a entre 1 et 3 mois
 Il y a plus de 3 mois
 Tu ne te souviens pas

8. Grâce à ta ou tes venue(s) ici, est-ce que tu as pu :

	Oui, totalement	Oui, plutôt	Non, pas vraiment	Non, pas du tout	Ce n'était pas une de tes attentes	Tu ne sais pas encore
a. Parler librement de ta consommation (par exemple ce que tu bois, ce que tu fumes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apprendre les effets des produits (par exemple tabac, alcool, cannabis, CBD, cocaïne), les écrans, etc. sur ta santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Diminuer ta consommation de produits, les écrans, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Arrêter tes consommations (par exemple arrêter de fumer, de boire, etc.), les écrans, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e. Parler des comportements d'un ou plusieurs de tes proches (par exemple ce qu'ils boivent / fument, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Parler aussi d'autres sujets (ex : scolarité, vie familiale, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Est-ce que tu comptes revenir ici ?

- Oui Non Tu ne sais pas

10. Si non, pourquoi ? [PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]

- Tu n'as plus besoin de venir Tu ne peux pas venir aux horaires qui t'arrangent Tu ne peux plus te rendre sur le lieu
- C'est la fin de ton obligation de soin Autre [préciser :]

QUELQUES INFORMATIONS POUR FINIR

11. Tu es ...

- Un homme Une femme Autre

12. Quel âge as-tu ?

|_|_| ans

13. Que fais-tu en ce moment ? [UNE SEULE REPONSE POSSIBLE]

- Tu es scolarisé (collège, lycée, études supérieures, dont stage) Tu es en alternance, en formation ou en apprentissage Tu cherches un travail
- Tu travailles Tu es inactif (ni en formation, ni en recherche d'emploi, ni en emploi)

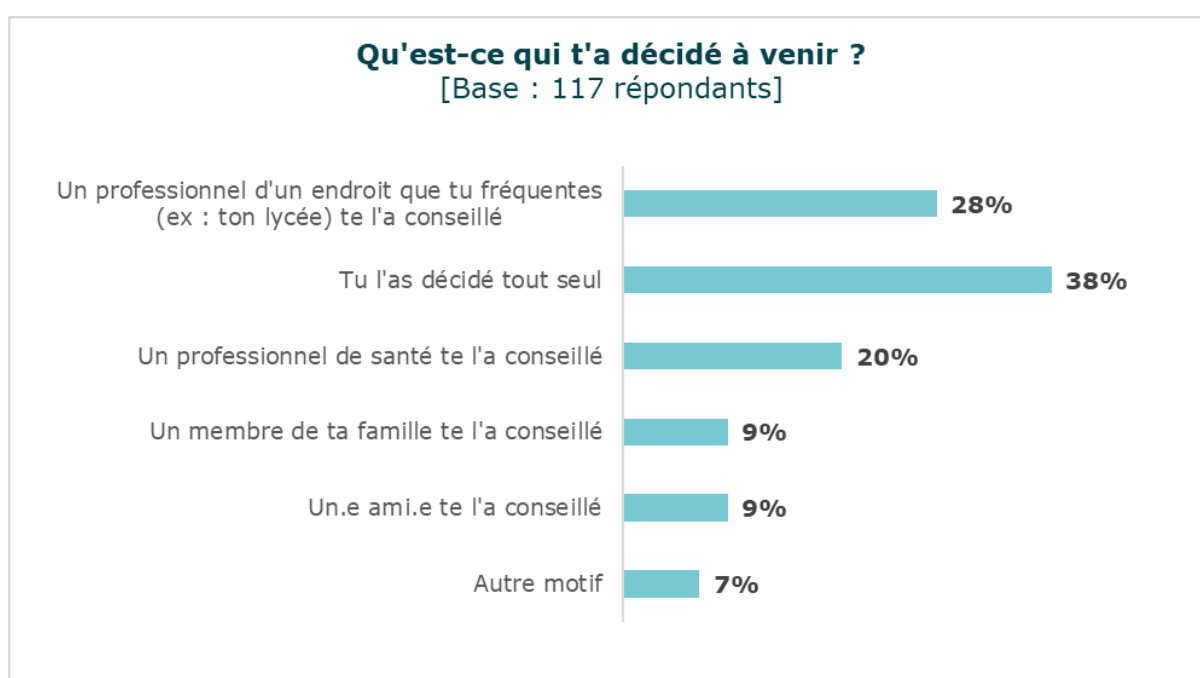
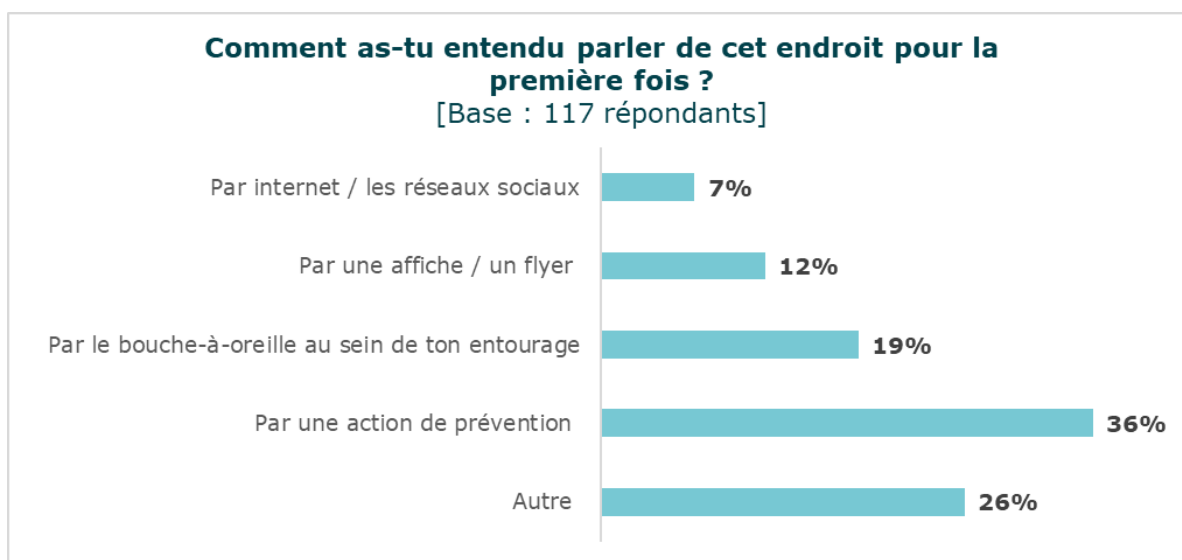
14. Que fait ta mère (ou parent 1) dans la vie ?

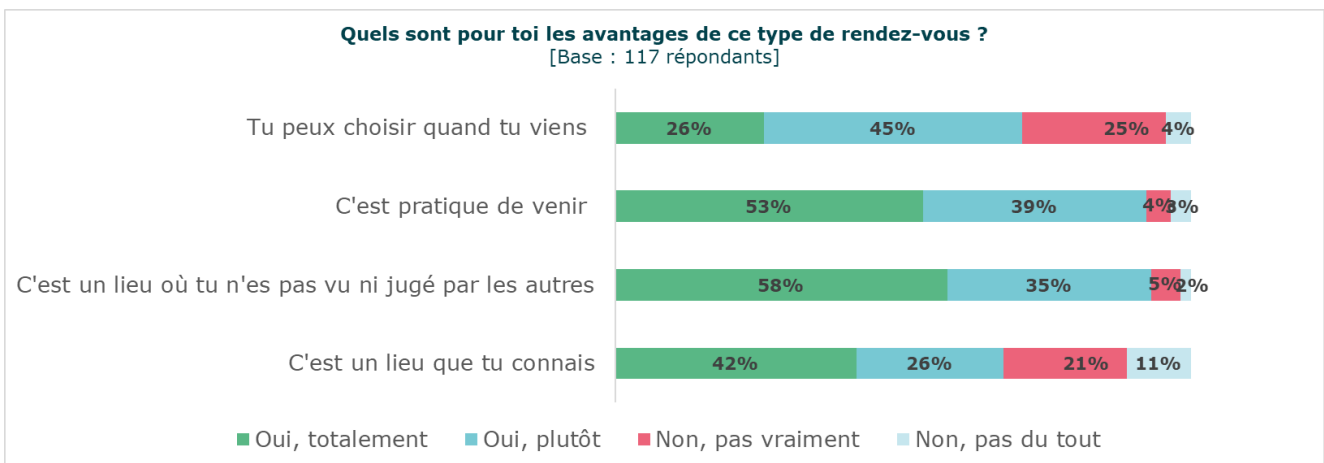
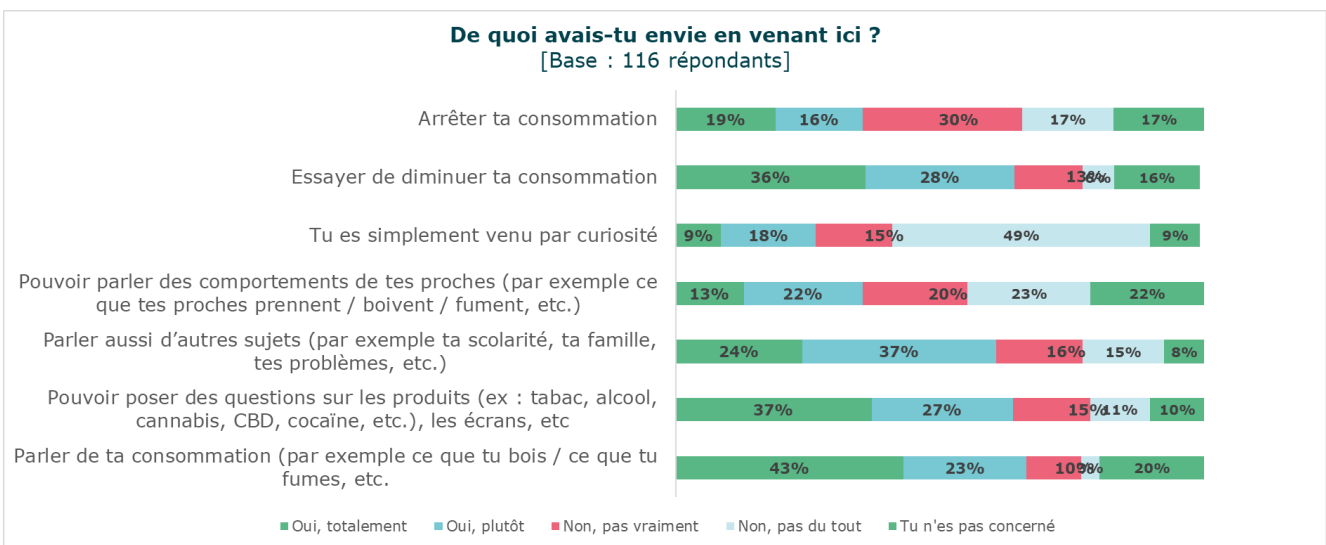
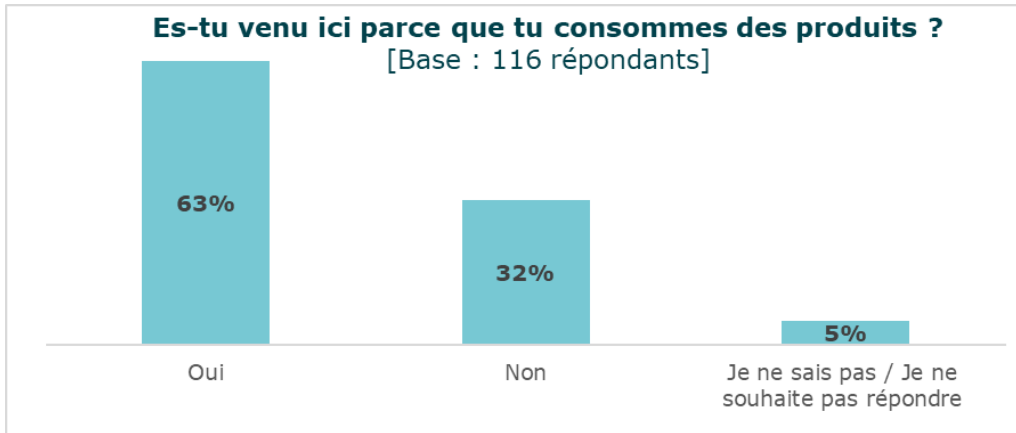
15. Que fait ton père (ou parent 2) dans la vie ?

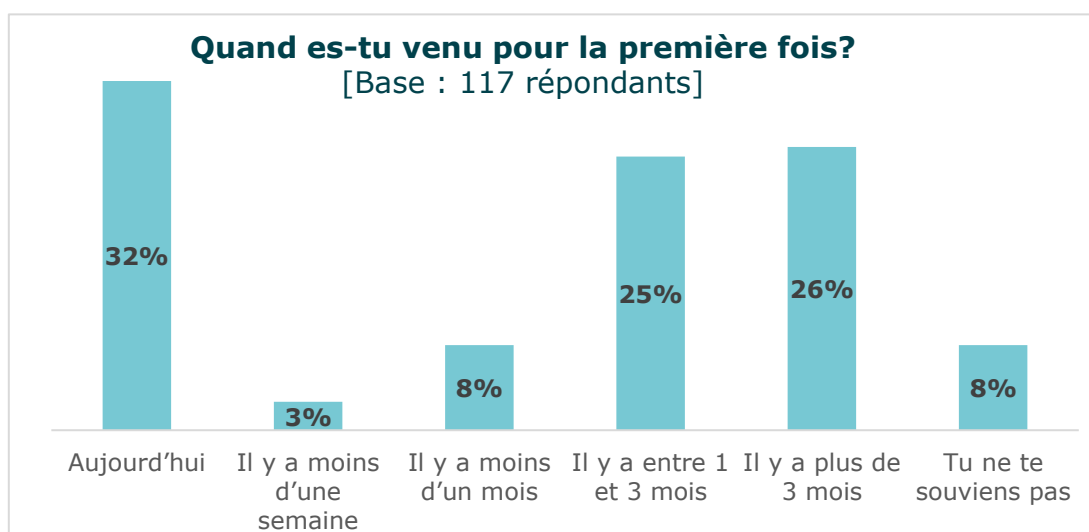
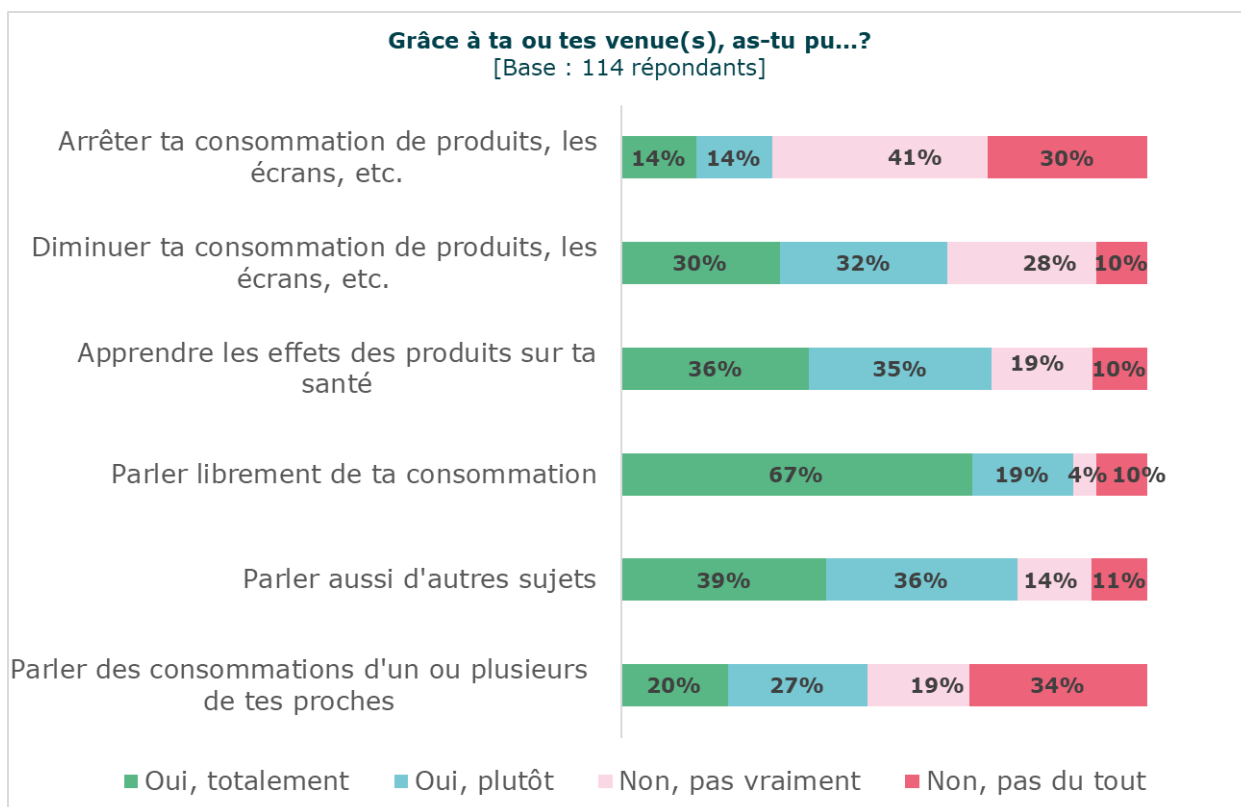
Merci d'avoir répondu à ce questionnaire !

10.2. Résultats statistiques de l'analyse univariée

10.2.1. Résultats du questionnaire

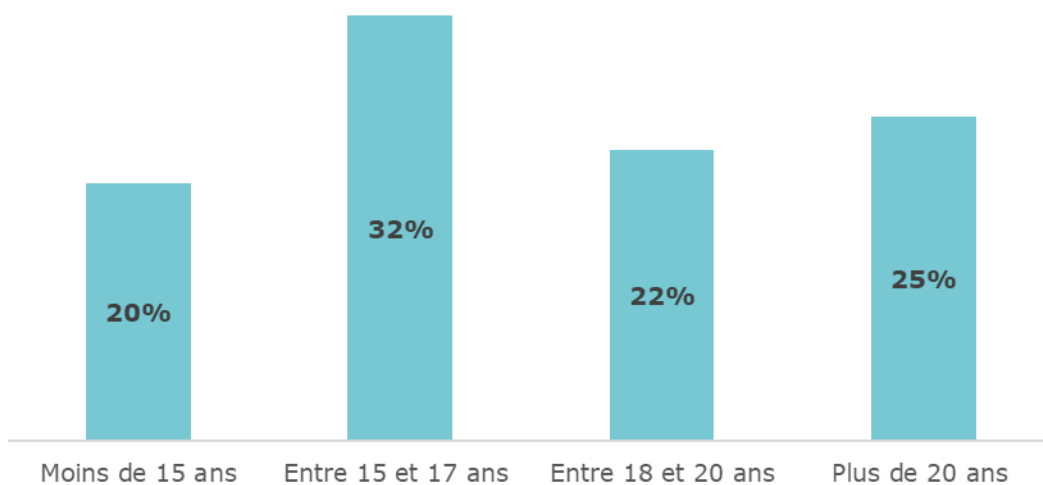






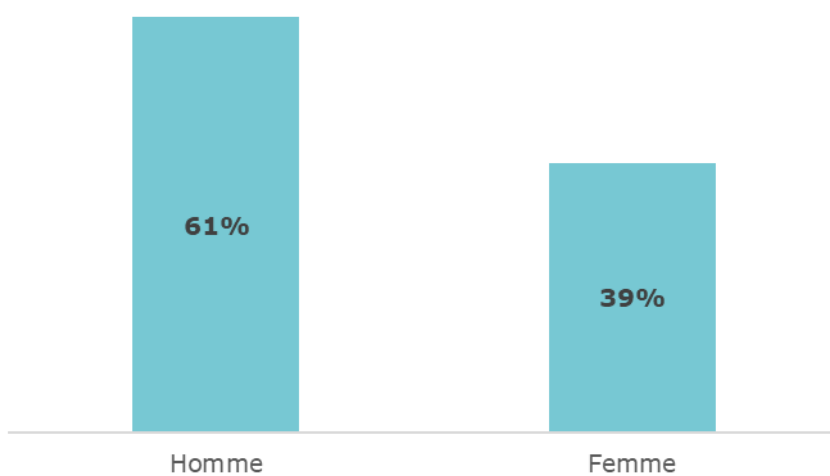
Répartition des jeunes selon leur âge

[Base : 117 répondants]



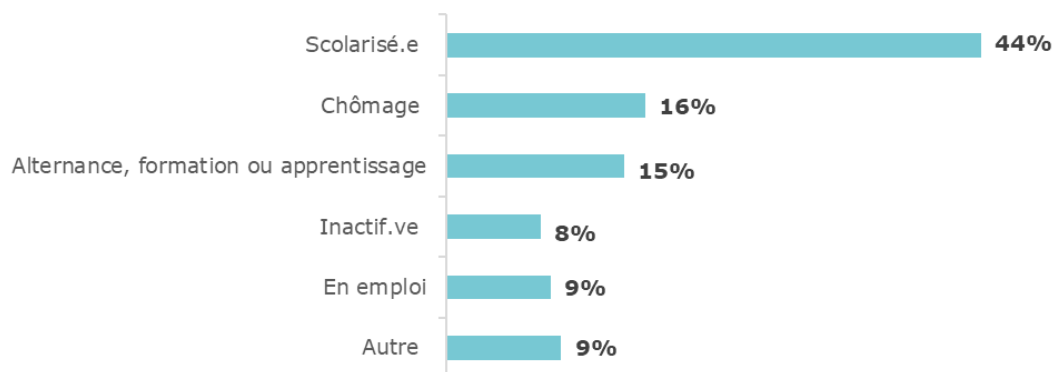
Répartition des jeunes selon leur genre

[Base : 117 répondants]



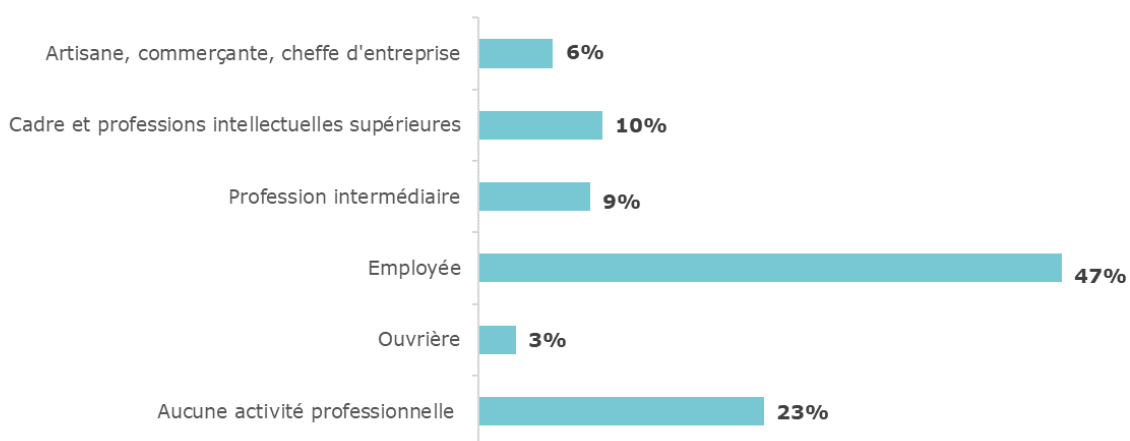
Répartition des jeunes selon leur situation actuelle

[Base : 117 répondants]



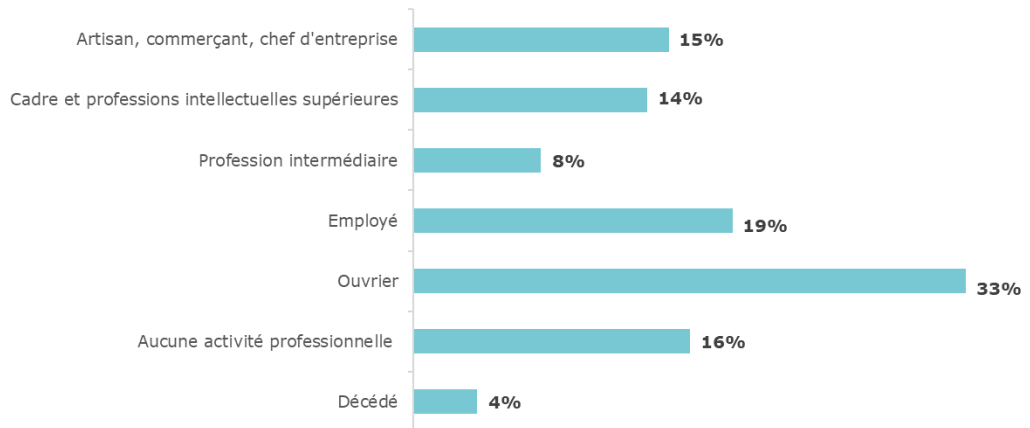
Catégorie socio-professionnelle des mères

[Base : 99 répondants]



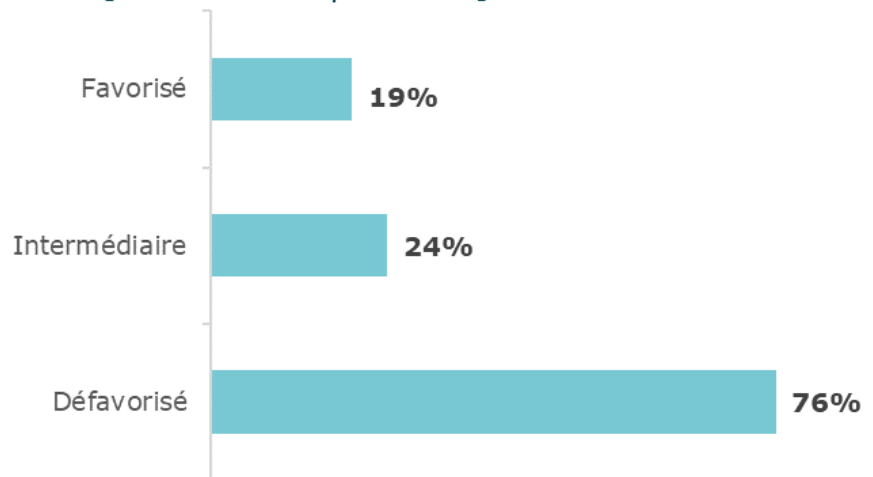
Catégorie socio-professionnelle des pères

[Base : 80 répondants]

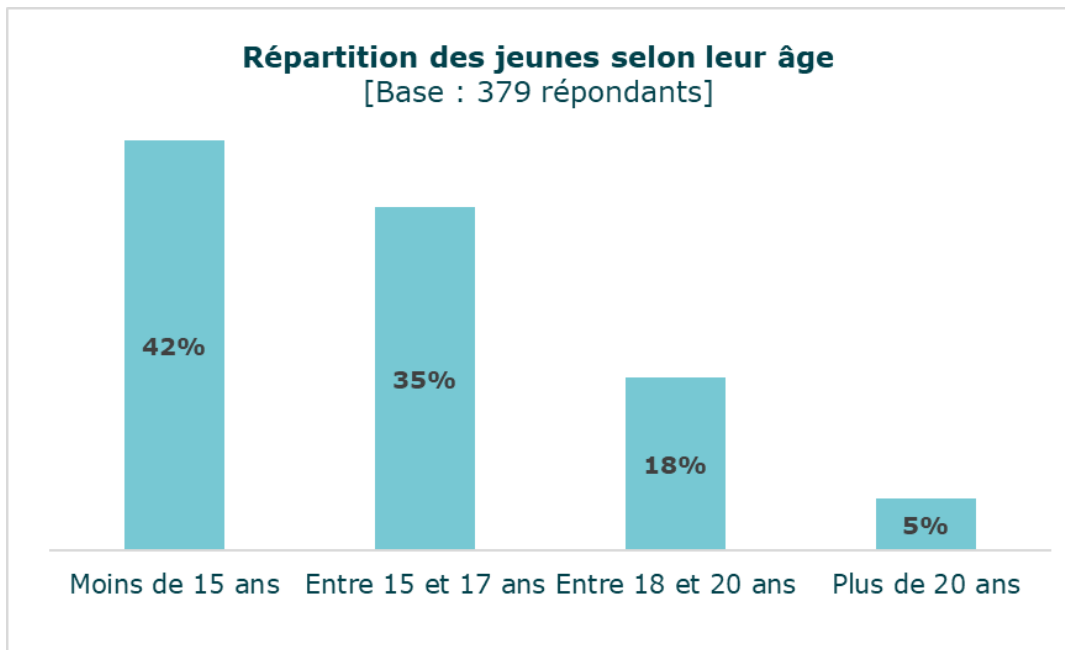
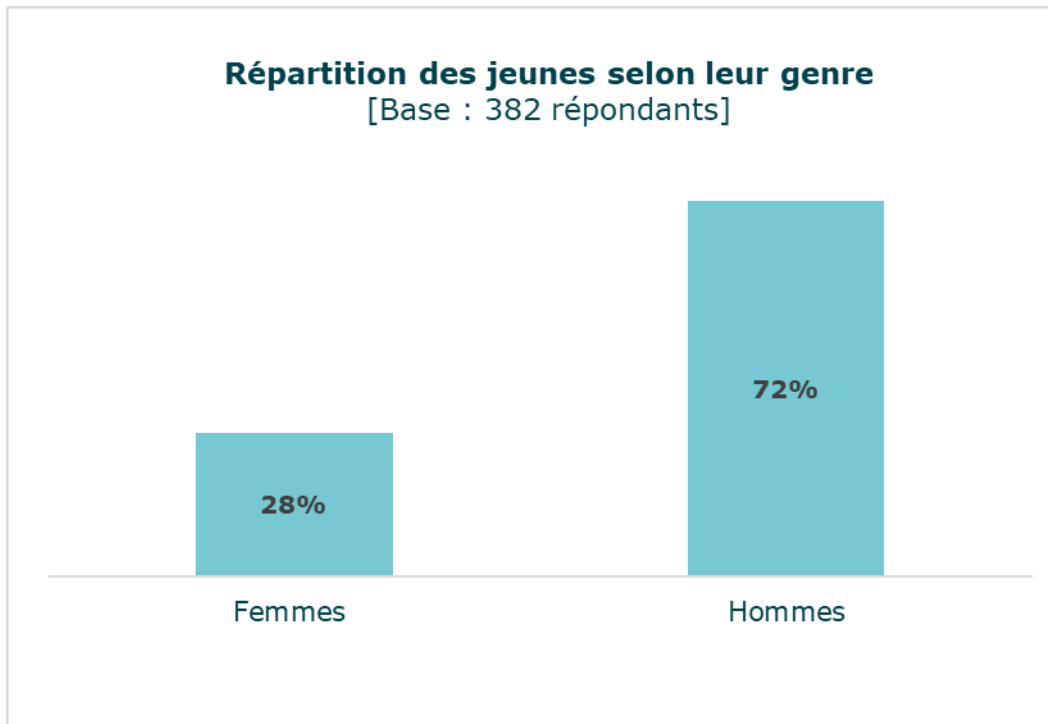


Répartition des jeunes selon leur milieu social

[Base : 105 répondants]

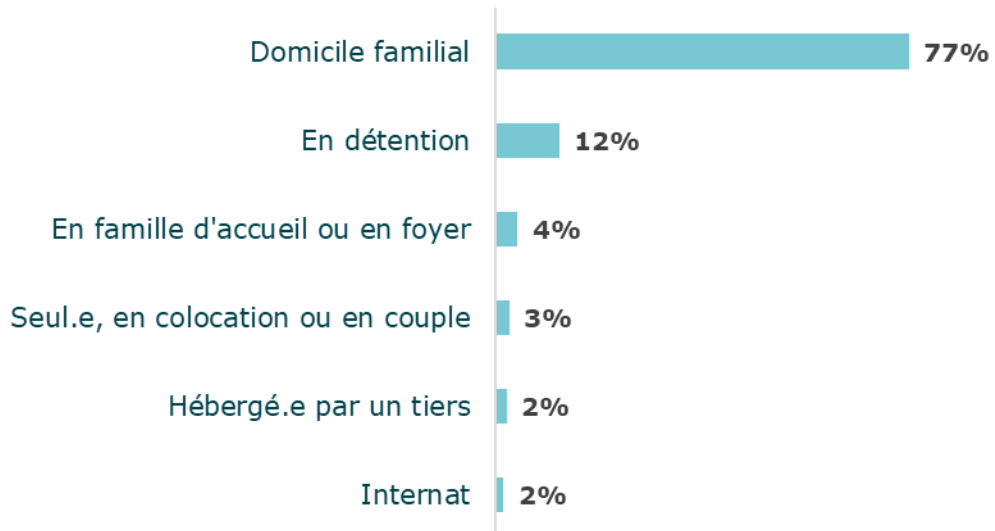


10.2.2 Résultats des tableaux de bord



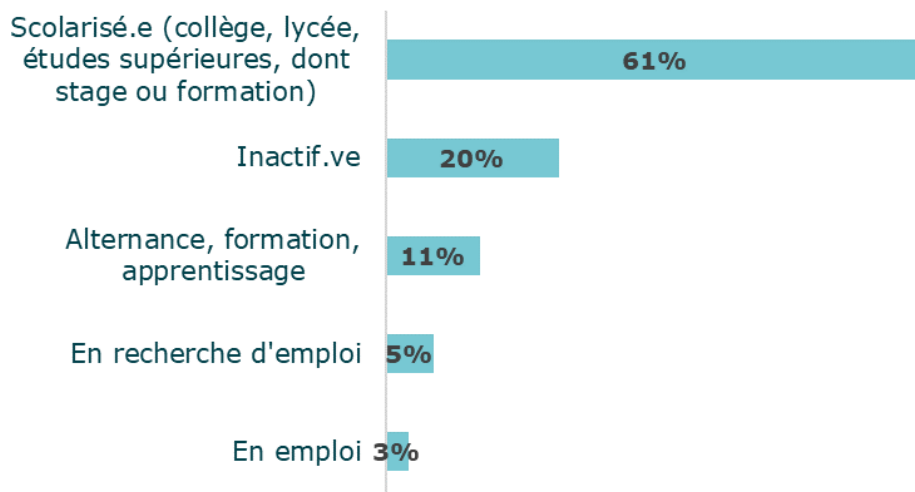
Répartition des jeunes selon leur lieu de vie

[Base : 384 répondants]



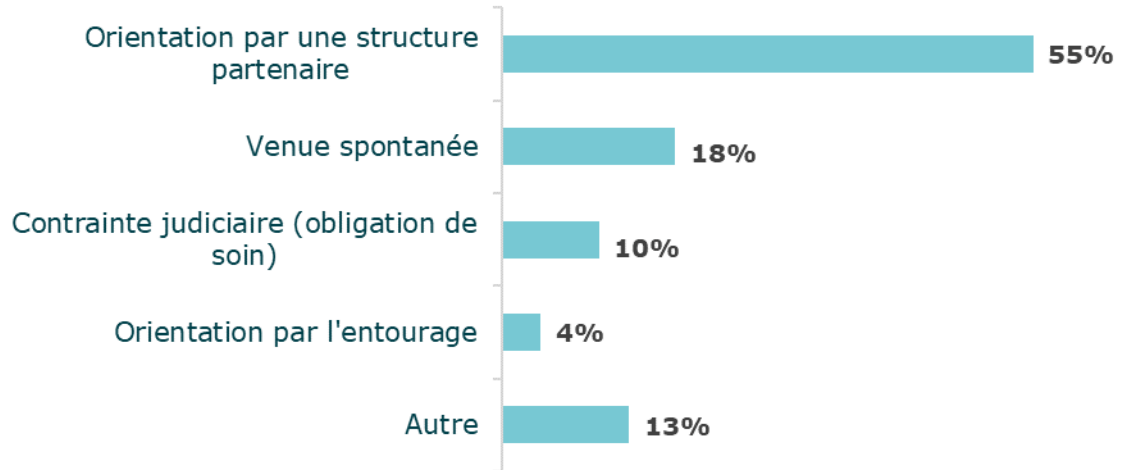
Répartition des jeunes selon leur situation actuelle

[Base : 382 répondants]



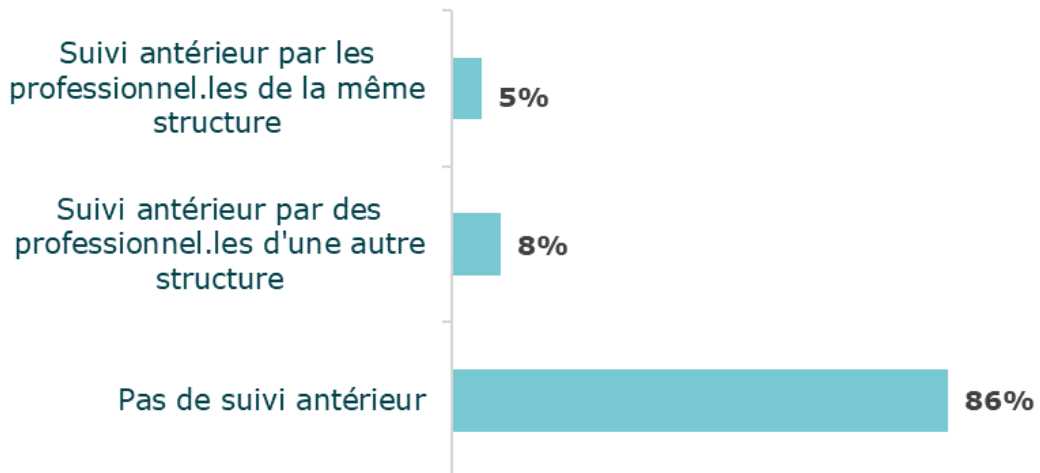
Modalités d'entrée des jeunes dans la CJCA

[Base : 382 répondants]

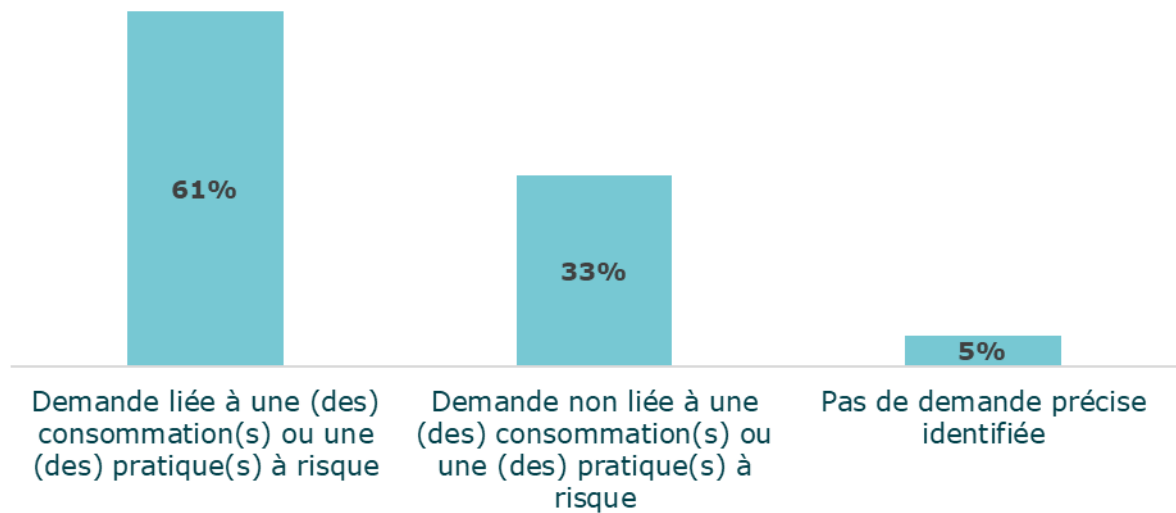


Expérience d'un suivi antérieur à la CJCA

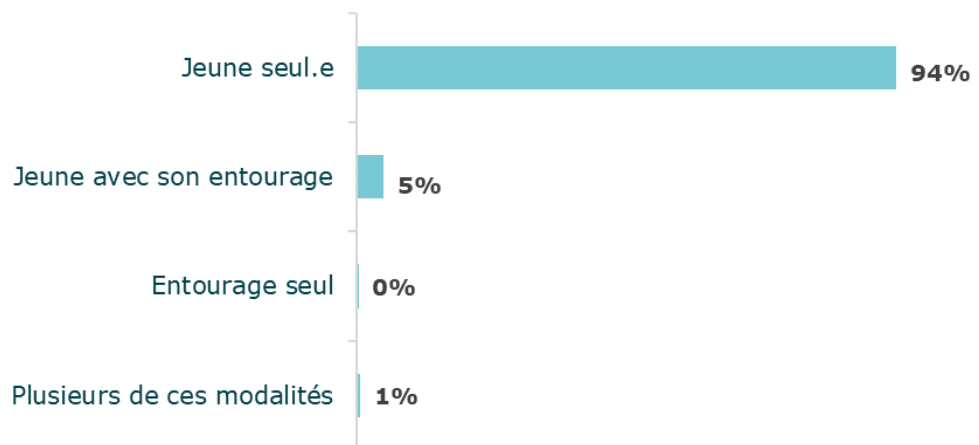
[Base : 332 répondants]



Motif d'entrée dans la CJCA [Base : 382 répondants]

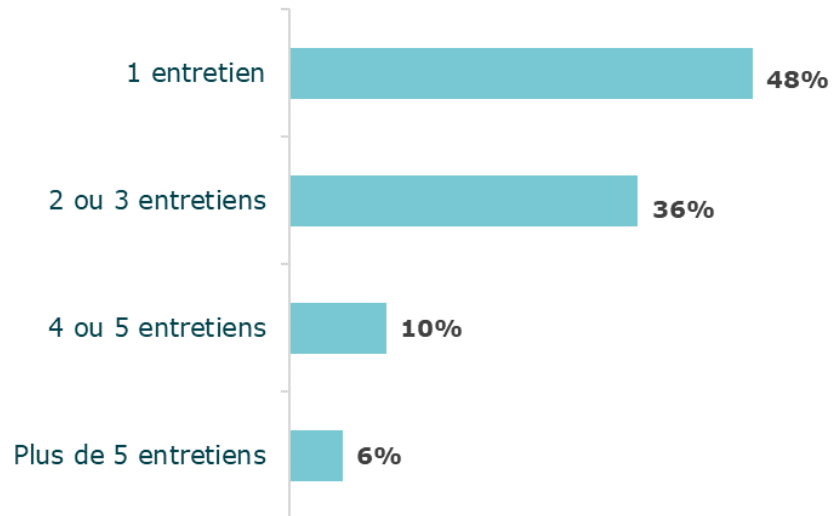


Personnes présentes durant les entretiens [Base : 302 répondants]



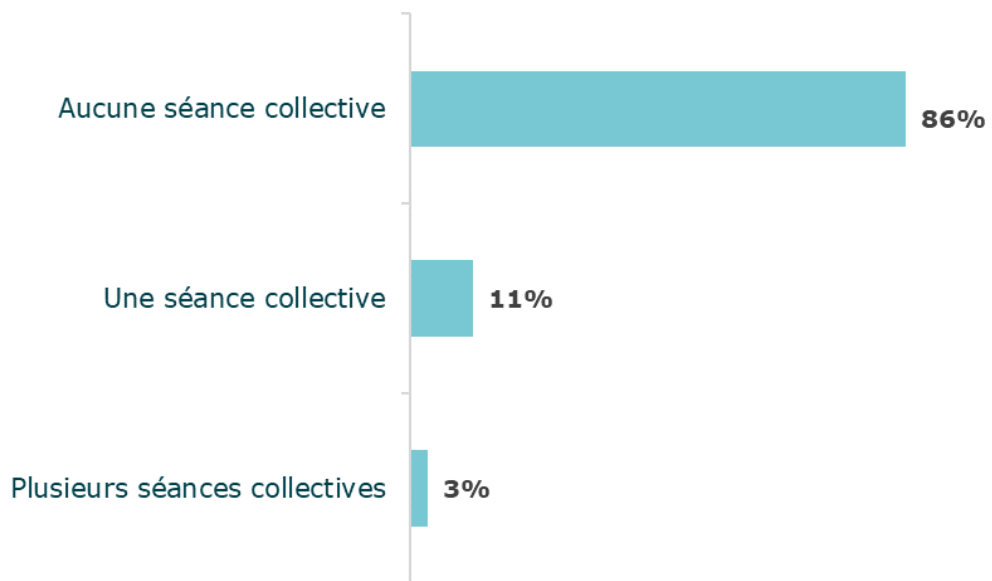
Nombre d'entretiens individuels au cours du suivi

[Base : 378 répondants]

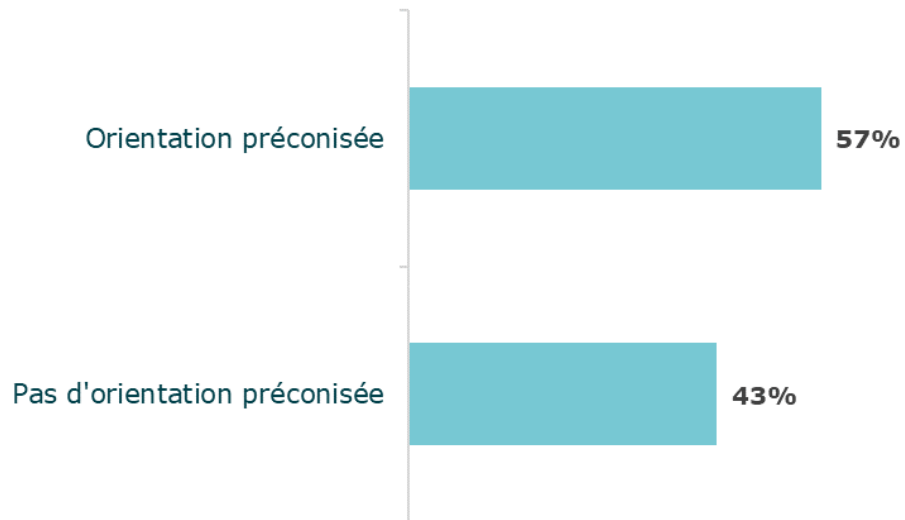


Nombre de séances collectives durant le suivi

[Base : 364 répondants]



Orientation vers une autre structure à l'issue du suivi
[Base : 381 répondants]



agence**phare**