

Le vendredi 14 octobre 2011

ACTES DE LA JOURNÉE

JEUNES ET ADDICTIONS LES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS, QUELLES PRATIQUES, QUELLES REPONSES, QUELS PARTENAIRES ?

Les usages de cannabis, mais aussi l'ensemble des pratiques addictives, prennent, chez les jeunes, une importance grandissante, les récentes enquêtes épidémiologiques, comme les témoignages des divers professionnels qui s'en occupent (enseignants, travailleurs sociaux, soignants...) en attestent.

Il existe, depuis quelques années, un dispositif dont la mission est, justement, d'accueillir ces jeunes afin de les aider à résoudre les difficultés auxquelles les conduisent ces pratiques : **les Consultations Jeunes Consommateurs**

La Fédération Addiction a lancé une réflexion sur les pratiques professionnelles au sein de ces consultations afin de préciser les modalités d'action et d'améliorer sa visibilité et lisibilité pour les partenaires et le grand public.

C'est dans ce cadre que cette journée est organisée. Elle aura pour objectif de partager les premiers résultats de l'étude et de mettre en débat la diversité des modes de prises en charge mais aussi des modalités de coopération avec les partenaires locaux accueillant les jeunes.

En effet, les Consultations Jeunes Consommateurs ne peuvent travailler qu'en lien étroit avec un ensemble de partenaires qui sont quotidiennement au contact des jeunes (milieu scolaire, missions locales, centres de formation, MECS, maisons de quartiers et centre sociaux, PAEJ, Espaces Santé, Maisons de l'Adolescent...). Les professionnels qui exercent dans ces structures peuvent se trouver confrontés à une situation d'usage de substance psycho active ou de jeu excessif, qui les « gêne » dans la mission qui est la leur. Ils peuvent alors, avoir besoin d'orienter le jeune, vers un lieu qui traite la question. Ils peuvent aussi avoir besoin d'aide et/ou de conseil pour continuer à s'occuper « du jeune », sachant que la question de l'addiction sera traitée par ailleurs.

Travailler ensemble nécessite de se connaître, de savoir ce que fait l'autre et comment il le fait, nécessite d'avoir pensé et mis en place des modes de collaboration, d'avoir précisé des protocoles d'orientation, d'accueil et de prise en charge communes.

C'est à ceci que nous nous attacherons au cours de cette journée, afin que l'ensemble des professionnels présents puissent, connaître les Consultations Jeunes Consommateurs, mais aussi et surtout afin que se construisent des modalités d'échanges et de collaborations à même d'en permettre l'utilisation au mieux de l'intérêt des jeunes qui pourraient en avoir besoin.

Programme

9h00 Accueil des participants

9h30 Introduction de la journée

Jean Jacques Santucci, Délégué Régional de la Fédération Addiction

9h45 – 10h30 Présentation du projet et premiers résultats de l'étude : Les CJC, une réponse au problème des addictions chez les jeunes

Emma Tarlevé, Chargée de projet - Fédération Addiction

Véronique Garguil, Psychologue, Département d'Addicologie - Bordeaux et référente du Projet Consultations jeunes consommateurs – Fédération Addiction

Echanges avec les participants

11h00 Jeunes et addictions : Repérer ? Prévenir ? Soigner ?

Veronique Garguil, Psychologue, Département d'Addicologie - Bordeaux

Michèle Benhaim, Psychologue, Psychanalyste, Professeuse de psychopathologie clinique

Echanges avec les participants

12h30 Déjeuner libre

14h00 – 16h00 Ateliers (à choisir au moment de l'inscription)

A partir de la présentation et de l'échange des pratiques de différents professionnels au contact des jeunes, les ateliers auront pour but la recherche et l'élaboration de modes de collaboration.

① Les consultations jeunes consommateurs : « du droit commun » au « spécialisé ».

Les consultations jeunes consommateurs accueillent des jeunes qui leur sont orientés ou qui « fréquentent » des dispositifs « de droit commun ». Les professionnels qui sont au contact de ces jeunes, sont parfois démunis face aux consommations qui contreviennent à l'exercice de leurs missions et aux projets qu'ils souhaiteraient mettre en place. Quelle aide ces équipes peuvent elles trouver auprès des CJC, comment orienter, comment travailler ensemble, quels modes de collaborations développer, sont les questions qui seront abordées dans cet atelier.

Francois Monier, Educateur Spécialisé. Responsable CJC/Prévention/Formation, CSAPA Sud, Gap

Madame Le Pann, infirmière, PJJ, Marseille

Cécile Gray, Psychologue et Karine Zajc, Infirmière, MECS JB Fouque, Marseille

② Les consultations jeunes consommateurs : une alternative à la répression de l'usage ?

Les consommations de substances psychoactives (notamment de cannabis) sont interdites par la Loi. Ca ne semble pas empêcher de nombreux adolescents et jeunes adultes d'en utiliser, ponctuellement, régulièrement, quotidiennement, de façon simple, problématique quand ça n'est pas pathologique. Cela en amène un certain nombre à faire l'objet de mesures de justice. Comment aborder cette question particulière, avec qui, sous quelle forme ? L'interdiction est elle une réponse suffisante à ces usages, comment travailler avec ces jeunes malgré leurs transgressions, comment continuer à s'en occuper, seront les questions que nous essaierons de traiter dans cet atelier.

Florence Soulé-Thomas, CJC AMPTA, Marseille

Bénédicte Scelle, juge d'Application des peines, Marseille

Françoise Daguette, Assistante sociale, service d'insertion et de probation, Marseille

③ L'entourage familial

Les jeunes accueillis dans les CJC y arrivent rarement de leur plein gré. Ils y sont souvent conduits par un membre de leur entourage, celui ci pouvant être familial. Par ailleurs, les familles, inquiètes, sont fréquemment demandeuses, pour leur enfant, de conseils, de prise en charge... « qu'on s'occupe d'eux ». Ces demandes sont posées, dans les CJC, mais aussi, auprès d'autres professionnels, à l'école, dans les centres sociaux... Comment accueillir l'entourage, comment et où le rencontrer, comment l'accompagner, sont autant de questions qui seront abordées dans cet atelier.

Franck Descombas, Psychologue, Imaje Santé, Marseille

Jacqueline Laplanne, accueillante et Marie-Claude Bacqueville, infirmière, Maison de l'Adolescent, Marseille

Françoise Cloupet, Psychologue et Yves Guillermain, Psychiatre, Espace Puget bis - Pole Addictions, CH Edouard Toulouse, Marseille

16h00 Pause

16h15 – 16h45 Synthèse et conclusion

Introduction de la journée :

Jean Jacques Santucci, Délégué Régional PACA –CORSE de la Fédération Addiction

Tout d'abord, bonjour et merci d'avoir répondu si nombreux à notre invitation. Nous avons, un moment, eu peur de ne pouvoir tous vous accueillir, plus de demandes que de places, mais au final, une solution a été trouvée, une salle plus grande et tous ceux qui souhaitaient être là, le sont.

Cet intérêt marque vraisemblablement l'importance que revêt la question des pratiques addictives chez les jeunes, importance qu'elle revêt, en tout cas à vos yeux, vous qui êtes ici aujourd'hui, sûrement parce que dans vos pratiques quotidiennes, vous y êtes confrontés, sûrement parce que comme nous, vous vous demandez comment faire, sûrement parce que comme nous vous vous dites qu'à plusieurs on trouvera des solutions auxquelles seuls, on ne parvient pas (encore que Gustave Parking, célèbre psycho sociologue contemporain, nous invite à la prudence quand il nous dit que le couple est une façon de résoudre à deux des problèmes qu'on aurait jamais eu tout seul. Faut-il le croire ?).

Puisqu'il est question d'intérêt pour cette thématique : les jeunes et ce qu'ils font, et qu'on nomme parfois (trop souvent ?), les conduites à risques, je n'ai pas pu m'empêcher de remarquer que ces derniers temps sont propices à se pencher la-dessus. S'est tenu, il y a quelques jours à Nîmes, un colloque sur ce thème, il y avait hier soir, à deux pas d'ici, la conférence d'un pédopsychiatre qui abordait la même question et il y a au mois de novembre, au Conseil Général la semaine de l'adolescence. Comme on peut le constater, les adolescents se débrouillent parfaitement pour qu'on parle d'eux, en l'occurrence parce qu'ils font des choses que nous ne comprenons pas, et qui nous échappent. Faut-il en avoir peur ? J'aurais tendance à penser qu'il ne faut pas en avoir peur même s'il faut en avoir le souci, même s'il faut prendre ça au sérieux....mais je n'en dirais pas plus dans cette introduction, laissant ce soin à l'ensemble des intervenants.

Alors, je ne serais pas très long, le contenu de cette journée appartient à ceux dont le nom apparaît sur le programme, je ne me chargerais pour ma part que de l'emballage. Juste quelques mots tout de même :

Cette journée qui, vous est proposée par la Fédération Addiction a quelques ambitions, dont la première est :

- de réunir (j'ai failli dire, « mettre en lien »,.... Je ne sais pas vous, mais moi j'ai l'impression qu'il y a des mots qui à force d'être utilisés perdent leur sens et s'usent, un peu comme le savon, plus on s'en sert et plus il fond, alors on les utilise et au bout du compte on ne sait plus vraiment ce qu'ils signifient) réunir, disais-je (on verra plus tard pour le lien !) les acteurs de l'accueil et de l'accompagnement de (certains) jeunes
- la deuxième, de les réunir pour articuler (brrr encore un mot qui comment dire..... !!!) aller j'ose : proposer, inventer, dessiner, construire, bâtir,quelque chose entre le penser (ce sera ce matin) et le faire (cet après-midi), penser et faire, donc, un contenant, un « univers » suffisamment sûr (secure dirait les anglais) pour que les jeunes dont nous allons parler puisse s'y mouvoir, expérimenter, prendre des risques... sans se faire trop de mal

Pour ce penser et ce faire, il ne sera pas question que soit transmis un savoir que certains auraient, à d'autres qui ne l'auraient pas. En effet, le savoir, l'expérience, concernant les publics est largement partagé et il y aurait un risque à penser, qu'il y a, d'un côté ceux qui savent et qui professent et de l'autre ceux qui ne savent pas et qui apprennent. Il s'agira donc plus, aujourd'hui d'aborder ensemble :

- les questions que nous posent ces jeunes quand ils consomment des « produits »,
- les questions que nous nous posons quand nous les accueillons (nous, en l'occurrence, ce sont les professionnels des CJC, ces dispositifs dont vous entendrez parler dans les minutes qui viennent, qui sont un peu plus de 20 dans la région PACA (dont 3 à Marseille) et qui ont pour mission d'accueillir plus spécifiquement ces jeunes en difficultés avec les pratiques addictives),
- les réponses que chacun d'entre nous construit,
- les réponses que nous pouvons construire ensemble, afin comme, je le disais plus haut, (alors là, je me demande si je dois dire plus haut ou plus bas. En effet, si on considère qu'on se déplace dans un texte comme on se déplace sur un cours d'eau, eh bien on peut remonter le cours d'eau, à contre-courant en quelque sorte, ou le descendre. Si on part du principe qu'on descend le cours, alors oui, ce qui s'est passé avant est en haut, mais si on le remonte, ce qui s'est passé avant est en bas, donc en fonction de vos habitudes de descente de cours d'eau, selon que vous êtes à tendance saumon ou à tendance rafting vous choisirez si c'est plus haut ou plus bas).

Je parlais donc de construire ou plus précisément, de constituer et d'être, les composantes d'un contenant, dont la fonction est de résister à l'angoisse qui doit être la leur à constater que « quand ils insistent, ça ne résiste pas », pour paraphraser

Olivier Revol que j'entendais il y a quelques jours à Nîmes nous dire.... à quel point il est important pour les ados et les jeunes, d'avoir en face d'eux des adultes qui résistent quand ils insistent et qui ne paniquent pas, des adultes qui, comme le dit Alain Morel, sont capables de modifier l'environnement....le leur, mais aussi celui des jeunes dont ils s'occupent. Ca n'est pas rien, la tâche est ardue (à chaque fois que je dis « ardue » je pense à la Stéphanie de Monaco des Inconnus. Oui, ardu, Hardy...Françoise.) et pour la mener à bien, mieux vaut n'être pas seul.

Avant de céder, si ce n'est la place (je compte bien rester là), au moins le micro à Emma Tarlevé, Véronique Garguil et Michèle Benhaim, juste deux petits mots d'organisation : après la plénière de ce matin, nous irons déjeuner, puis, nous nous retrouverons, cet après-midi, pour des ateliers dans lesquels je vous demande, si ça n'est déjà fait, de vous inscrire. Ces ateliers ont été pensés pour qu'à partir de quelques expériences, chacun puisse y faire part de la pratique qui est la sienne. N'hésitez donc pas, c'est fait pour ça. Nous nous retrouverons en fin d'après-midi pour une rapide synthèse de ces ateliers, quelques mots de conclusion, et puis aussi, parce qu'après vous avoir dit bonjour, j'aimerais pouvoir vous dire au revoir !!!

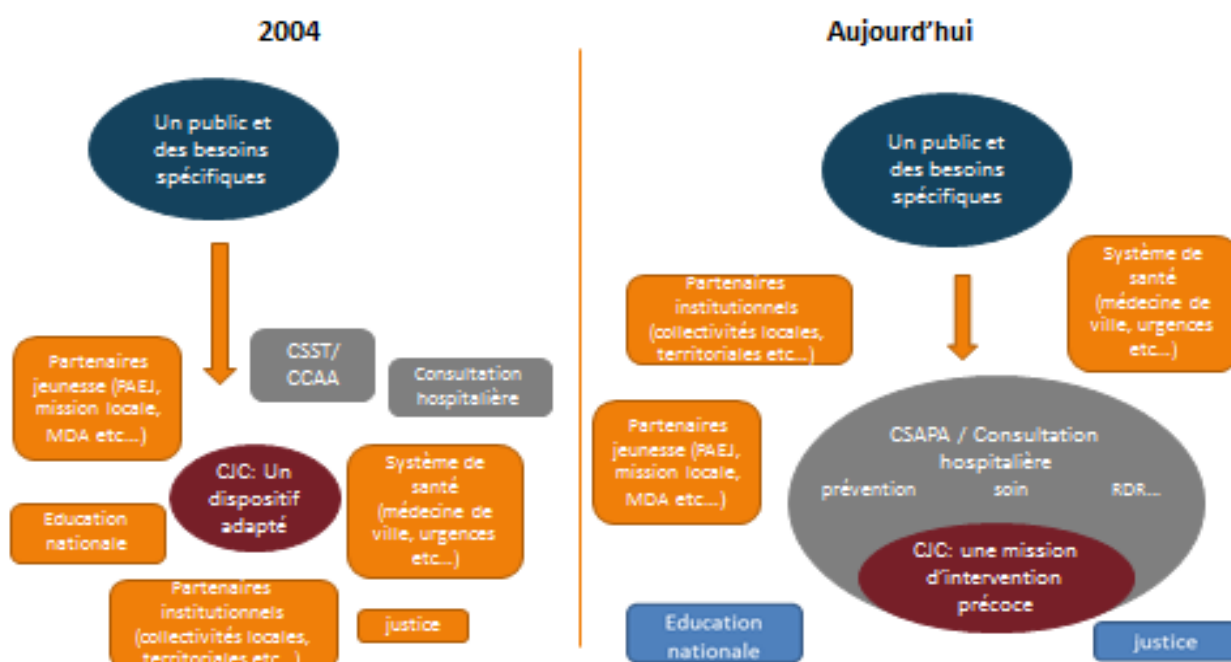
Un dispositif pour un seuil d'accueil adapté aux jeunes consommateurs et à leur entourage

- **L'adolescence: une tranche d'âge vulnérable** (des pratiques addictives en augmentation – une période propice à l'expérimentation de pratiques à risque – des usages diversifiés : de l'hédonisme à l'auto-médication)
- **Un public qui échappe au dispositif de soins « classique »** (la non-reconnaissance du besoin d'aide inversement proportionnelle à l'inquiétude de l'entourage)



- **D'un dispositif labellisé à l'illustration de la mission d'intervention précoce**
- **2004 - Le premier cahier des charges** : volonté politique de marquer la spécificité d'une approche avec un adolescent (cadre organisationnel et clinique)
- **2008 - L'annexe 4 remplace le cahier des charges** : rattachement au dispositif CSAPA et aux consultations hospitalières (intégration du financement)
- **Aujourd'hui** - Rendre plus visible cet objectif spécifique « annexe » en *consolidant les pratiques professionnelles* et en positionnant la CJC comme *centre ressource* sur la question des addictions chez les jeunes

Un dispositif pour un seuil d'accueil adapté aux jeunes consommateurs et à leur entourage



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

- **Une hypothèse, un besoin, une volonté politique**
 - Une hypothèse: Repositionnement dans le paysage addictologique → changements dans les pratiques professionnelles → diversité voir hétérogénéité → atténuer en accompagnant
 - Un besoin: Réfléchir sur des pistes d'amélioration de la visibilité et de l'accessibilité du dispositif au regard de l'expérience accumulée
 - Une volonté politique: une relance du dispositif prévue dans le plan gouvernemental MILDT 2008-2011
- **Une démarche participative au service d'un réseau**

Un pilotage MILDT DGS → mandat à la Fédération Addiction



Une forte mobilisation du réseau

Questionnaire exploratoire : 238 points de consultations

Rencontres locales: 165 professionnels rencontrés représentant 102 consultations



Dégager des pratiques professionnelles spécifiques dans les CJC

Du constat / de l'observation à la définition de principes d'interventions

Un constat : des organisations et des pratiques variées

- **Un dispositif** allant de consultations autonomes (lieu, professionnels, pratiques spécifiques) à des consultations intégrées (lieu, professionnels, pratiques non différenciées)
- **Des pratiques** plutôt « soin » ou plutôt « prévention »
- **Un positionnement** plutôt « mission » ou plutôt « dispositif »

- L'histoire et le profil de la structure de rattachement
- Les moyens matériels et humains mis à disposition par la structure de rattachement
- Le type/les ressources du territoire d'intervention et l'histoire locale

Un enjeu/Une finalité partagée: créer les conditions facilitant l'accès aux soins des jeunes consommateurs et améliorer la prise en charge



*Les pratiques professionnelles dans les CJC:
Un continuum entre la prévention et le soin*

Les pratiques professionnelles : un continuum entre prévention et soin

- Le savoir-faire clinique: L'accueil et la prise en charge du jeune consommateur et de son entourage
- Les savoir-faire social: La lisibilité/visibilité : les liens avec l'extérieur
- Les questions spécifiques (CJC et risque psychiatrique, CJC et poly-consommation aigue, Repérage précoce, CJC et alcool / festif)

Le « public cible »

- Un public jeune (de plus en plus jeune) et/ou jeune dans la consommation
- Tous types de produits (sauf opiacés) ou sans produit: dispositif encore très « marqué » cannabis → vigilance alcool (poly-consommateurs)
- Tous types d'usages: occasionnels, réguliers, festifs, auto-thérapeutiques

Les professionnels dédiés

- Des professionnels identifiés dans le CSAPA ou la consultation hospitalière pour assurer la mission « jeune »
- Des professionnels formés aux spécificités de l'adolescence et à une clinique « adaptée »
- Des professionnels mis à disposition par le CSAPA pour assurer l'activité de la CJC (au-delà du financement d'origine) - Appui sur le service de prévention

Pour atteindre le public cible, pour « réaliser du face à face individuel », il est nécessaire de flécher du temps clinique mais aussi du temps de mise en lien avec l'extérieur, de développement de l'intracommunautaire

L'accessibilité : Où? Quand?

- Dans le centre de soins, adossée à une autre structure, dans un local indépendant
Définir la pertinence en fonction:
 - Des caractéristiques du public reçu au CSAPA ou à la consultation hospitalière
 - Des caractéristiques du territoire (rural/urbain/partenaires)
- Des horaires adaptées au rythme scolaire notamment et la possibilité d'un accueil inconditionnel, sans RDV (physique ou téléphonique)

Quelque soit le mode d'organisation (dans le CSAPA ou consultation hospitalière, adossée à une autres structure ou service, dans un local indépendant) conserver une attention particulière à créer des conditions (salle d'attente spécifique, entrée spécifique...) et des temps d'accueils adaptés aux jeunes consommateurs et à leur entourage (mercredi, samedi...)

- L'accessibilité et l'amplitude horaire ne suffisent pas à créer les conditions d'une rencontre avec le jeune

L'accueil du jeune consommateur et de son entourage

Spécificités des jeunes consommateurs :

→ Rarement de demande exprimée (ne se reconnaît pas comme personne ayant besoin d'aide et crainte de l'intrusion)

- Créer les conditions de l'alliance thérapeutique

→ Vigilance sur le délai d'attente et sur les conditions d'accueil: Proposer un accueil rassurant et rapide pour que le jeune et son entourage s'identifient au lieu et à la démarche proposée

→ Rendre le plus pensable possible pour le jeune une proposition, une opportunité, une possibilité de faire le point : travailler l'idée de motivation

Comment?

→ Un cadre explicite: un espace d'échange « pour lui » différent du cadre du CSAPA

→ Une posture d'empathie, non moralisatrice : sans se focaliser sur l'arrêt de la consommation

- Une proposition qu'il peut refuser, sans engagement tout en signifiant l'importance de revenir une deuxième fois (le thérapeute est une aide et non une menace)

L'évaluation : une approche spécifique pour un public spécifique

Spécificités des jeunes consommateurs :

→ Pas forcément de souffrance/ dépendance au produit mais du plaisir dans la consommation

Une co-évaluation : élaboration conjointe des étapes et des objectifs

- Fixer des échéances → rassurant ≠ thérapies longues
- Pas d'intention au départ: est-ce les consommations le problème? ≠ CSAPA
- Evaluer l'impact des consommations sur la vie quotidienne: réintroduire le niveau de consommation dans une vision globale → analyser les usages plus que les mesurer
- Interroger le « reste » (relations avec les pairs, la famille, la sexualité, le rapport aux médias, le sommeil, les repas etc...)

Ce qui va déterminer les modalités de la PEC:

le Schéma usage – abus – dépendance → pas adapté aux jeunes consommateurs

Des consommations comme moyen de régulation émotionnelle à des consommations « sociales »

→ Le temps de l'évaluation permet d'appréhender l'idée de changement

Après l'évaluation: quelles propositions?

- Restituer l'évaluation, pour co-construire la suite (avis ≠ intention) : Mettre des mots pour amener le jeune à s'interroger sur sa situation
 - Arrêter la consommation
 - Aider à réguler
 - besoin de rencontrer quelqu'un d'autre
 - Pas d'envie de poursuivre
- Proposer une intervention brève: pour que la situation ne s'aggrave pas (RDR) ou arrêter la consommation
- Accompagner une orientation en proposant de garder le lien
 - Mise en mouvement des institutions qui sont en jeu dans la vie du jeune
- Proposer un accompagnement plus long (pas au détriment de l'objectif de la CJC)
 - Diversité des approches (EM, TCC, soutien, psychodynamique, systémique)
 - Prise en compte la temporalité de jeune: possibilité d'une prise en charge fragmentée

La place de l'entourage

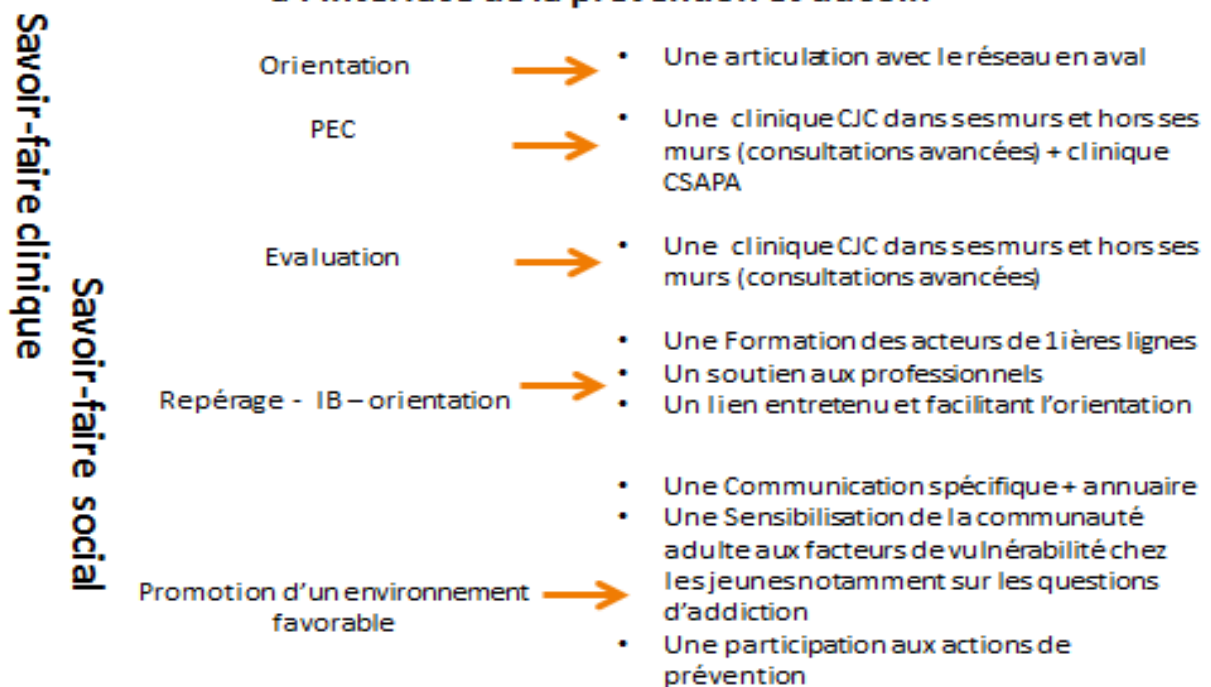
- A l'origine de la demande
- Une demande d'aide urgente suite à la dégradation d'une situation (résultats scolaires, relations familiales) ou à un évènement qui rend visible la situation

- Une clinique du lien: Pour la majorité des jeunes c'est l'Autre (parent, justice, professionnel etc...) qui demande au jeune de se rendre à la CJC. La fonction sera d'entendre le jeune mais aussi l'entourage et travailler à ce que la communication soit rétablie
 - Au premier RDV: Recevoir l'ensemble des personnes qui se présentent à la consultation (jeune, parent, éducateur) en même temps pour que tout le monde soit entendu
- Si l'entourage vient seul:
 - Valider la légitimité de l'inquiétude tout en questionnant les comportements qui la fonde
 - Sensibiliser l'entourage à l'importance de l'engagement du jeune, de construire sa motivation, travailler avec eux pour faciliter la venue du jeune
- Proposer un soutien à la parentalité (avec un autre professionnel)
 - Co-évaluer l'impact de la consommation, le regard qu'ils portent sur leur enfant et les relations familiales → co-thérapeutes

De la prévention au soin

- Promouvoir un environnement favorable: Travailler avec l'environnement du jeune identifier ses besoins pour qu'il s'investisse dans la gestion des difficultés qu'il rencontre
- Sensibiliser les acteurs de première ligne
 - Favoriser une meilleure compréhension de la problématique des addictions chez les jeunes
 - Acquérir des compétences d'aide pour repérer, faire de l'intervention brève, orienter vers le dispositif spécialisé
- Proposer des consultations avancées
 - Proposer une spécificité « Addicto » dans un lieu fréquenté par les jeunes
- Clarifier les intentions du partenariat et formaliser: définir le rôle de chacun et des modalités de coopération
- Proposer une communication spécifique et attractive (identification, plaquette de communication)

La CJC: Une mission d'intervention précoce à l'interface de la prévention et du soin



La visibilité/lisibilité : les liens avec l'extérieur

Une nécessité de développer les partenariats mais un partenariat équilibré

- Les partenariats « jeunesse » (PAEJ, MDA, mission locale, foyers etc...)
- Les partenariats « système de santé » (médecine de ville, urgences etc..)
- Les partenariats institutionnels (collectivités locales et territoriales)
- le partenariat avec la justice
- le partenariat avec l'éducation nationale

Les modalités de coopérations :

- Une information auprès des professionnels sur la connaissance du dispositif
- Une sensibilisation des professionnels au repérage et à l'orientation
- Des temps de travail en commun sur la coopération ou sur les jeunes eux-mêmes
- Des séances de sensibilisation collectives auprès des publics de ces structures
- Des consultations avancées chez les partenaires

Intervenir précocement : Intentions et enjeux

Véronique Garguil Psychologue, Département d'Addictologie, Bordeaux et référente du Projet CJC, Fédération Addiction

Au carrefour de :

- La période de l'adolescence
- Des addictions dans une ambiance sociétale addictogène
- Des non demandes ou demandes indirectes des jeunes
- Des demandes « d'interventions » de la communauté des adultes confrontés aux addictions
- Des pratiques d'intervention, (des nôtres, mais pas que) du repérage à la prise en charge
- Du contexte et de l'environnement favorisant l'accompagnement...

...Et de la place du dispositif spécialisé en addictologie, entre jeunes, adultes et institutions : Pour une politique de prévention

UN CONSENSUS : intervenir le plus tôt possible

- Pas seulement éviter les dangers
- Pas seulement traiter les difficultés
- Mais aussi co-construire collectivement un environnement favorable au développement et aussi au repérage et à l'accompagnement des jeunes
- Afin d'éviter les pièges de l'exclusion et de la stigmatisation des plus en difficulté

UNE MISSION DES CSAPA : Les jeunes et les consultations jeunes consommateurs

- Intervenir précocement
- Toutes les addictions
- Aller au-devant des publics

FACILITER LA RENCONTRE

- Ecoute et apprentissage des compétences
- Prise en compte des affects et travail sur le comportement addictif
- Double alliance avec l'utilisateur et son entourage (famille ou autre)

Le jeune comme sa famille ou tout autre entourage peut percevoir ainsi une aide éducative qui favorisera le changement

LE PAYSAGE...

- Une évolution conceptuelle: l'addiction
- Une société de plus en plus créatrice de besoins
- Des pratiques des jeunes en mutation
- Des familles en grande demande
- Des pratiques des professionnels en question
- Paysage qui interroge nos organisations (prévention, soin, accompagnement)

REFLECHIR ENSEMBLE...

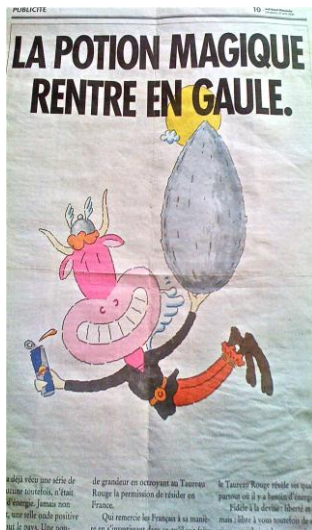
- Impliquer différents acteurs,
- Décloisonner les savoirs
- Construire un environnement favorable au développement des jeunes
- Repérer précocement les difficultés
- Eviter que les problèmes existants ne s'aggravent
- Savoir quoi faire, comment intervenir
- Rapprocher prévention et prise en charge à visée thérapeutique (diversité des usages)

POURQUOI ?

- A l'adolescence où le système d'auto-contrôle est encore en cours de structuration...
- A l'adolescence où le système des relations d'objets se réaménage...
- A l'adolescence confrontée à l'épreuve de la réalité en mutation: sociale, corporelle, sexuelle...



... A l'adolescence où l'identité est en question



A l'adolescence où ce que l'on vaut pour l'autre n'est pas si sûre...



Des messages reçus « 5 sur 5 » par les jeunes

- Ne pas résister
- Avoir des ailes
- La potion magique existe
- Toujours mieux que bien
- Ne pas se limiter
- L'illimité « absolu » moins cher que le limité
- Etre complété 24H sur 24, 7 jours sur 7
- Le temps et l'espace compactés
- ...



LA MOINDRE DES CHOSES!

Ne laissons pas les objets devenir seuls hyperaccessibles à n'importe quel prix dans un « illimité absolu », rendons-nous nous aussi HYPERACCESSIBLES

Rendre les CJC accessibles :

- Aux publics (familles, justice, éducation nationale, santé monde du travail, publics vulnérables...)
- Aux partenaires (les mêmes)
- Dans une organisation territoriale (accessibilité, proximité)

Les professionnels des CSAPA vont au-devant des jeunes :

- Ce n'est pas qu'une mise à disposition, c'est proposer des actions et aller vers, c'est trouver des opportunités d'associations de compétence
- C'est donc une réflexion sur l'organisation de notre dispositif avec les autres qu'il faut avoir dans une logique d'ouverture

« C'est où l'accueil où je suis obligé d'aller, et où j'accepte de revenir ? »... JUSTE POUR ILLUSTRER!

Marseille



Montpellier

DES INTERETS SPECIFIQUES

- L'intérêt ce n'est pas de repérer tous les consommateurs (on ne fait pas tous le même métier!) mais ceux parmi eux qui se trouvent dans une situation problématique du fait de leur consommation ou conduite
- C'est la question des publics potentiels de nos CJC: la totalité des consommateurs?, les consommateurs qui posent problème, mais à qui?, à la justice?, aux parents?, aux institutions? (scolaires ou autres) aux consommateurs eux-mêmes qui se plaignent ou qui souffrent de leur consommation. Là aussi nécessité de clarifier pour la cohérence des modalités d'intervention.

DES USAGES SPECIFIQUES

- Existe-t-il des usages non problématiques de substances psychoactives?, il faut s'entendre sur cette question par un travail sur les représentations et sur les risques réels.
- Le schéma classique, usage, abus et dépendance se déplace chez les jeunes, on parlera plus d'usage occasionnel, festif ou auto-thérapeutique.

DES JEUNES « SPECIFIQUES »

Là où le risque est partout, les jeunes consommateurs ne raisonnent pas risques, mais au contraire, économie, cad prix mineur à payer pour connaître une sensation de soi exacerbée participant de leur équilibre. RDR avec les ados pas simple, car déjà ils font de la RDR, consommer c'est réduire les risques (de l'autre, du corps, de la différence des sexes, du social, tout ce pour quoi ils n'ont pas la formule), il faudra donc s'entendre aussi sur les risques

UNE SANTE SPECIFIQUE

- Leur visée à eux est bien plus que la santé, c'est une accentuation des capacités ils veulent encore plus de santé, ils veulent du « mieux que bien »...
- Une santé qui ne se préoccupe pas de l'avenir alors que l'on sait que la santé elle s'inscrit dans le temps, si je fais attention à ma santé, c'est bien en pensant à plus tard

Face à l'incertitude de certains actes de la vie (sexualité, examens, avenir...), consommer un produit devient un préalable qui permet de sauver la face, je botte en touche, je ne joue pas, je ne suis plus là ou je n'étais pas là, ce n'est pas tout à fait moi qui ai échoué puisque je n'étais pas moi-même. « J'étais à l'ouest, j'étais perché »

DES PARENTS SPECIFIQUES!

- « On veut qu'il arrête...Point »
- Peur des produits interdits, actuellement de l'alcool, avec besoin d'agir et d'agir vite pour que la consommation cesse, seule préoccupation, souvent perçue plutôt à l'origine des difficultés.
- A l'inverse, pour le jeune, la consommation comme motivation, une aide, ce qui permet de tenir.

Et la CJC au milieu !

- Discordance de perception/double prise en charge
- Ils ont tous raison

DES PARTENARIATS SPECIFIQUES

- Pas uniquement, comme un lieu d'accueil des jeunes pour la communauté des adultes qui les entourent, nous avons aussi des choses à nous dire!, à construire ensemble.
- Dans une logique d'intervention précoce, nous sommes plus qu'un outil qui intervient ou qui reçoit
- Nous travaillons autour d'une démarche de questionnement et de dialogue sur un ensemble d'éléments personnels et environnementaux
- Plutôt favoriser un contexte citoyen et professionnel

Quelle est l'intention du partenariat?

- Faire avec nous ou nous solliciter selon l'actualité?
- Etre sur le temps de l'action ou sur le temps de la construction d'une culture autour de la question des addictions chez les jeunes (l'un n'empêchant pas l'autre), mais pas que les addictions (corrélations multiples)
- Considérer un seul aspect de la prévention ou aller de l'information à l'accès au soin en passant par le repérage ?
- Sanction?, Repérage?, évaluation?, prévention?, Souci pour sa santé?, Arrêt immédiat?, alternative?...
- Qui va adresser? L'infirmière, la médecine du travail, un proviseur, un médecin généraliste, un éducateur, un urgentiste, un enseignant,... Avec quelles attentes?
- Attention à l'instrumentalisation de ce dispositif pour les jeunes par les adultes qui les entourent

- Nous sommes sur des questions à la fois de comportements, d'adolescence dans un processus dynamique, de santé, de règlement, d'images, de fantasmes, de lois, de citoyenneté, d'angoisse et de méconnaissance,
- Clarifier ensemble le partenariat (sensibilisation, formation, échanges, interventions, appui/ressource, stratégies...)

ET ALORS ? IL FAUT SE DETENDRE !

« LE BARON PERCHE » ou regarder d'en haut!

Si les ados se perchent, c'est bien pour s'affranchir des contraintes affectives et sociales mais en rejoignant les « copains des cimes », ils apprennent aussi autre chose. On peut secouer l'arbre, mais ils risquent de se faire mal en tombant! Si l'on sait non pas peut-être monter à l'arbre nous aussi mais regarder au moins les consommations d'en haut en s'élevant au-delà d'un abord purement répressif ou sanitaire il y a de fortes chances qu'on les rencontre différemment.

Conte philosophique qui a néanmoins l'intérêt de nous promener entre économie, coût, bénéfices et risques pour nous tous, à la fois sur le plan psychique et physiques. C'est un peu le défi des CJC, aller au-devant des jeunes, non pas seulement pour aller les chercher mais pour de leur territoire apprendre avec ceux qui les entourent un peu de ce qu'ils vivent sans être dupe de ces questions « économiques ».

CE QUE NOUS CONSTATONS

- Discordance entre la perception des institutions et des familles et celle des jeunes sur la question des consommations. (La question du bon objet) (EN)
- Ambivalence, désarroi ou activisme des institutions et des familles dans les conduites à tenir dans des situations de consommations ou de transgressions. Immobilisme et répétition chez les jeunes.
- Possibilité donnée à la CJC de consacrer du temps en accompagnant, en servant d'appui aux familles ou aux institutions

CONCLUSION

- Il s'agit d'un réel travail de structuration, de décloisonnement, de regards croisés
- Il s'agit d'un repositionnement important des lectures du phénomène, des intentions et des actions à destination des jeunes
- Il s'agit d'une mobilisation de toute la communauté autour des questions d'addiction et de ce qu'elles interrogent tant au niveau sociétal que psycho-développemental.

IL S'AGIT BIEN LA D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION... A l'heure de la planification...

Contact, rencontre, transfert avec l'adolescent :

Michèle BENHAÏM, Psychologue, Psychanalyste, Professeur de psychopathologie clinique

Je n'assure pas de consultations spécifiques pour jeunes consommateurs, j'ai l'expérience de la toxicomanie au sein du bus méthadone depuis de longues années et je reçois des adolescents dans divers cadres et notamment beaucoup en cabinet.

Alors bien sûr il m'arrive souvent de recevoir des adolescents en proie à des prises de toxiques qui viennent pour la plupart accompagnés d'un ou deux parents, ou encore d'un copain ou, plus rarement, seul.

Donc lorsque Jean-Jacques Santucci m'a demandé de venir travailler avec vous autour des jeunes et des addictions j'ai pu proposer d'évoquer ici quelques réflexions autour de la prise en charge psychothérapique des adolescents pour mettre en lumière quelques-unes de ses spécificités.

Mon titre évoque déjà que contrairement à l'adulte les suivis des adolescents ne vont pas de soi sur le plan transférentiel ; très souvent en effet, on part d'en-deçà du transfert pour essayer d'établir un contact et vous savez que parfois les ados se murent dans le silence, le deuxième temps, une fois ce contact établi, sera de rencontrer l'ado dans sa question sous-jacente pour enfin, dans un troisième temps espérer voir s'installer une relation de confiance au sein de laquelle pourra émerger une véritable demande singulière.

Mon expérience clinique quotidienne avec ces ados me confronte souvent à des énigmes concernant ce troisième temps lorsqu'il nous faut repérer la demande et l'analyser avec le jeune : en effet, je peux dire que certains ados, tout en demeurant plutôt silencieux viennent quand même très régulièrement et refusent d'espacer les séances. C'est toujours un peu mystérieux cette insistance à venir se taire sous le regard de cet autre dont, dans un premier temps, ils se méfient.

Bon, ça c'était quelques remarques générales.

Le cannabis maintenant : vous savez comme moi que c'est le produit illicite le plus consommé.

Des propos assez classiques témoignent qu'au début, c'est pour essayer et rigoler avec les copains, puis petit à petit, l'ado fume seul le soir dans sa chambre, exprime que ça l'aide à dormir, que ça l'apaise, mais a du mal à dire de quoi, puis a de plus en plus de mal à envisager de partir en cours sans avoir fumé, puis exprime que finalement tout l'indiffère.

Il est clair que dans ce type de contexte, c'est à une dépression adolescente un peu en excès que nous devons nous confronter. L'enjeu de la dépression demeure le même que dans une dépression sans objet identifié, c'est celui de la confrontation à la perte, au manque, mais peut-être avec cet en-moins plus grave qu'est le vide.

D'autres contextes sont plus vivants, et témoignent d'adolescents qui investissent au contraire la consommation de produit de quelque chose en plus, en plus que juste ce qu'il faut pour aller bien : un imaginaire, des désirs, voire des valeurs, en général d'ailleurs exemplaires puisque ayant trait au partage, à la convivialité, à l'amitié, voire au don, comme le montre cet adolescent exclu temporairement d'une institution pour avoir volé l'argent nécessaire à l'achat de cannabis pour le groupe.

Lorsque c'est ce rapport aux pairs qui émerge, inutile, quelle que soit notre fonction, de faire appel à un discours moralisateur ancré dans des notions de dangers ou d'interdits. Ici comme ailleurs c'est au sujet que l'on a à s'adresser, pas à son comportement.

La réalité clinique que je peux percevoir dans mes rencontres avec ces ados repose sur une consommation quotidienne de drogues qui a pour conséquence un bouleversement inévitable dans l'avenir ou le présent social de l'ado

Ces sujets ne font pas usage de la drogue ou des drogues comme un supplément, un divertissement, un temps récréatif et accessoire, une sorte de pause intermittente face aux contraintes de la castration, ici j'évoque une toxicomanie occupant l'essentiel de la pensée, de l'action et peut-être de la symptomatologie manifeste. Une sorte de débordement du dire par l'agir.

De cette tentative permanente de contourner le manque, il serait réducteur et même absurde de conclure à une perversion proprement dite. Par contre, il peut s'avérer constructif dans une démarche d'élaboration psychique, d'avoir à l'esprit que ce qui comble plus le vide d'ailleurs que le manque à proprement parler, relève d'une sorte de solution « pervertie », solution pervertie au sens où, à ce moment-là, les choses ne peuvent que s'organiser sur ce

mode dans l'actuel de l'adolescent : la toxicomanie comme solution. Solution contre un effondrement massif, contre l'angoisse, voire une mélancolie.

Le cannabis non-stop met le sujet adolescent hors-jeu. Pas besoin d'être devant un écran pour que le virtuel se substitue à l'imaginaire, abolisse l'impossible (c'est-à-dire le réel) et instaure le peut-être. L'écran de fumée suffit. Dans cet usage compulsif, la pratique addictive se caractérise par une relation frénétique et obsédante à l'objet de consommation. L'emballage pulsionnel engage toujours le corps, et parfois jusqu'à l'épuisement total comme seule limite possible.

Faute peut-être d'un pacte symbolique, non pas du côté de l'absence du symbolique mais de sa perturbation, la vie est engagée dans cette pratique.

Ces formes de toxicomanie s'articulent bien avec l'air du temps où la tendance est à mettre sa vie en jeu plus que de s'y engager comme en témoignent la multiplicité des conduites à risques, qu'elles soient collectives ou individuelles.

Je rencontre des adolescentes en ce moment qui peinent à trouver un ancrage. Pour la plupart, la drogue leur rend la vie idéale, c'est-à-dire sans travail, sans désir, sans amour. Certaines voguent de chutes en rechutes. Et ce qui nous paraît problématique, c'est que si le recours aux toxiques a toujours existé et dans toutes les sociétés, dans toutes les civilisations, ici et aujourd'hui, il ne semble pas très encadré par des rites collectifs symbolisant le passage de la rive de l'enfance à l'âge adulte. La question est, comment se fait-il qu'une fois les festivités incorporatrices collectives passées, certains adolescents poursuivent une consommation solitaire, parfois jusqu'à en mourir ?

C'est donc un peu avec toutes ces questions que je vais recevoir un adolescent pris dans une addiction aux produits. Si nous considérons que la toxicomanie est une solution, alors, c'est que le sujet a trouvé sa réponse. Quel savoir peut-il bien alors nous supposer qui le conduirait à nous adresser la parole ?

Ce constat, nous pouvons l'articuler aux errements et avancées transférentiels toujours à l'œuvre à cet âge.

Je placerai le contact du côté d'une sorte de transfert imaginaire, c'est-à-dire une sorte de relation d'égal à égal dans lequel le psy est un petit autre, aimable ou détestable.

On peut placer la rencontre du côté d'une sortie de cette relation imaginaire et sur laquelle repose le transfert symbolique, c'est-à-dire l'effet d'une parole pleine adressée à quelqu'un qui peut l'entendre.

Si le transfert imaginaire est à situer du côté de la résistance et le transfert symbolique du côté d'une avancée, la clinique témoigne d'un tel détour nécessaire : mon hypothèse est que, si se questionner et élaborer sous transfert avec un autre autour de sa consommation va inévitablement questionner le rapport que l'adolescent entretient avec la perte, encore faut-il pour ce faire qu'il soit suffisamment assis narcissiquement pour le supporter. Sinon, l'angoisse le débordera au point qu'il pourra choisir d'arrêter de nous voir préférant n'en rien savoir. L'adolescence est un âge compliqué pour accepter de se questionner sur la teneur de son désir. Or c'est ce qu'incarne la situation d'entretien clinique.

Cependant, dans la gamme des comportements ordinaires de l'adolescent, l'amour transférentiel est courant. Au clinicien de manier et d'interpréter ce transfert prudemment.

Ce transfert adolescent pare le clinicien des qualités jusque-là attribuées aux parents devenus insupportables. Une des difficultés est de se décaler de cette position à laquelle nous convoquent et le transfert adolescent et la consommation de produit dans la réalité.

Il me semble que cette remarque nous conduit à ne pas hésiter parfois à intervenir sur des scènes qui nous sont habituellement épargnées.

Pierre, 16 ans, vient me voir accompagné de ses parents effondrés de s'être rendus compte récemment de la toxicomanie sordide de leur fils. Sordide parce qu'à base de produits durs et parce que s'exerçant dans des lieux difficiles, des squats, entraînant des pratiques à risques infectieux, le tout en compagnie de personnes extrêmement marquées de la symptomatologie toxicomaniaque (veines explosées, abcès etc), toutes plus âgées que lui. Au cours de l'entretien, Pierre et ses parents ne voient qu'une solution, le soin, en l'occurrence la substitution. L'inclure à cet endroit aurait été simple. Mais Pierre, seul avec moi, évoque sa fascination pour l'image d'Épinal du toxicomane, avouant là que ce qui est en jeu pour lui relève davantage d'une identification identitaire avec ce qui se voit de la toxicomanie que de la prise de produits avec leurs effets recherchés proprement dite. Aussi

j'interviens et refuse catégoriquement la voie de la substitution. A la question angoissée des parents autour du manque, je réponds, en regardant Pierre avec insistance, que s'il est en manque il n'a qu'à faire comme d'habitude. J'ai eu de la chance que ce couple, non pas saisisse ma démarche mais me fasse confiance et, avec leur assentiment, nous avons tenu bon face à la demande réitérée de Pierre de prendre un produit de substitution, c'est-à-dire ici de demeurer un toxicomane. La partie n'a pas été gagnée tout de suite parce que la particularité du transfert adolescent réside quand même dans la prégnance des mises en actes sensées venir bouleverser l'espace thérapeutique et, par-là, le confort du clinicien. Parce que ce point identificatoire pour Pierre n'a pas pu se penser et donc se dire tout de suite, il a d'abord été agi dans l'espace clinique sous la forme de rechutes hebdomadaires chaque fois rapportées avec une certaine jouissance. Et cela m'amène à dire que pour Pierre, comme pour tout adolescent, la question de l'existence est toujours radicalement posée.

Comment exister sans tuer l'autre ? Comment se séparer sans disparaître ? Et rompre tout lien ? Comment dire son désaccord sans risquer sa vie ? Comment, en bref, se déprendre des idéaux parentaux qui faisaient bord jusque-là, sans risquer de n'être plus rien ?

Il me semble que la consommation de produits peut différer ces questions, jusqu'à parfois mettre l'adolescent en position sacrificielle.

Notre rencontre avec l'adolescent peut, me semble-t-il, être nommée comme telle lorsque s'amorce un travail d'arrachement qui mènera à la formulation d'une position subjective.

Formulation plus intéressante que la seule solution toxicomane comme tentative de réduire, d'enfermer et d'aliéner le sujet, position réductrice largement entretenue par la prise de produit elle-même qui les réduit à n'être plus que le toxicomane par qui les problèmes arrivent dans la famille et donc dans les signifiants parentaux.

A nous de travailler ici avec l'adolescent au passage d'un « je (te) fais mal » à l'énoncé « j'ai mal » ; c'est ce que nous pouvons nommer formulation d'une position subjective.

Une jeune consommatrice disait à un éducateur qui insistait pour qu'elle vienne me voir depuis de longs mois, « qu'est-ce que je vais lui dire ? ». L'éducateur lui répond « tu vas lui parler de toi, de ta vie, de ton enfance, tout ça » et l'adolescente de répondre « non, je vais lui dire la boule que j'ai ici ! » et elle est venue pour la première fois...je souligne là bien sûr tout le travail patient de ma collègue éducatrice pour en arriver à cet énoncé. Dire « j'ai mal » passe par l'adresse à l'autre ; « je fais mal » fait faire l'économie de l'altérité.

Cette question peut s'entendre à tout âge et emprunter d'autres voies que celle de la consommation, mais à l'adolescence, le cannabis est une voie rapide pour mettre tout le monde à mal et c'est aussi la période où l'engagement peut se jouer sur le mode du « prêt à tout » qui tente d'ignorer le principe de réalité.

Les travailleurs sociaux pourraient largement en témoigner face à l'effet nul que peut revêtir la moindre sanction. N'oublions pas que l'adolescent quitte l'enfance où règne en maître le principe de plaisir et que la consommation de produits retarde ou contourne à jamais la contrainte et la limite que figure l'interdit.

Je reçois aussi des mères avec leurs adolescents consommateurs dans des contextes où ce qui semble criant, c'est que justement c'est la consommation qui fait lien. « Jamais elle ne s'est autant occupé de moi ! » me dit Delphine, 15 ans. Alors on peut comprendre combien, pour elle, lâcher le symptôme reviendrait à lâcher le lien avec la mère. La rencontre clinique avec l'adolescent consommateur tente d'ouvrir un espace psychique qui vise à permettre que se déploie un récit, c'est-à-dire un entrelacement de mots, mots jusque-là captifs d'une perception univoque de la famille ou des travailleurs sociaux : « il fait sa crise », « elle est violente », entrelacement de mots plutôt qu'actes noués et enfermant l'adolescent dans le signifiant parental et/ou social de « consommateur » ou de « toxico », désignation qui, à cet âge où le sujet cherche qui il est dans le désir de l'Autre, aux yeux du monde, peut le réduire à tenir inlassablement le même rôle.

Ce qui m'amène à énoncer à l'adolescent que ce pourquoi il vient, la drogue, ne m'intéresse pas spécialement mais que, par contre, je suis d'accord pour que nous parlions d'autre chose, de tout et de rien. Façon de lui dire d'emblée que je ne suis pas dupe de la reprise à son compte de cette assignation.

Bien sûr, cela demande à ce que la pression parentale nous octroie ce temps. Les coups de fil du genre « il fume toujours ! À quoi ça lui sert de continuer ? » sont fréquents.

C'est vrai qu'il n'est pas facile pour l'adolescent de se déprendre de ces énoncés qui le désignent parce que parfois ils lui tiennent lieu d'identité : « je ne peux pas abandonner les mots de ma mère car alors j'ai peur de n'être plus rien ».

Passer de l'acte à la parole n'est envisageable que si l'on peut imaginer un destinataire à cette parole. Je crois que c'est là notre place, lier le récit de l'acte de consommation à la pensée, inciter l'adolescent, par cette insistance, à accepter d'en savoir quelque chose.

Le produit peut prendre valeur de signifiant à cet âge où l'adolescent est dans cet entre-deux : s'arracher aux signifiants de l'autre (parents ...) et en créer de nouveaux. « Le shit c'est mieux que rien » me dit Adel.

Autrement dit, nouer l'acte à la pensée vise à permettre à l'adolescent d'opérer un déplacement du « je suis ...fumeur, consommateur, toxico... », position moïque par excellence, au « je pense », lieu d'énonciation subjective. « Sans le shit, je suis un étranger, traversé de forces obscures » dit Antoine, ce qui est une bonne définition de l'adolescence comme exil de l'enfance...

A nous de tisser une histoire avec l'adolescent à partir de ces fragments de discours que l'on doit supporter de rencontrer dans leur étrangeté. A nous également de supporter cette dimension du transfert adolescent en continuant à proposer un espace accueillant de « ce qui arrive ». « Vous allez être déçue, j'ai replongé, mais c'est parce que j'ai rencontré un mec... ». L'enjeu du transfert ici est d'aider l'adolescent à se reconnaître lui-même dans ce qui lui arrive.

Que faire avec les adolescents consommateurs ? Causer. Parce qu'on constate au quotidien que la famille, l'école...oublie l'adolescence et s'intéresse souvent exclusivement à un symptôme.

On cause et on l'écoute activement, c'est-à-dire on fait acte de présence auprès de lui. Il arrive qu'on ait à sortir du cadre, même en cabinet. Il m'est arrivé d'aller faire un tour à l'extérieur avec un adolescent qui ne tenait pas en place et qui me rappelait que le dispositif ne se réduit pas au décor.

Il arrive qu'un adolescent arrive avec la demande d'un copain. On peut se dire que c'est une façon progressive de faire passer sa demande secrètement et je suis d'accord pour cette nécessité d'établir d'abord un contact pour le rencontrer et passer au transfert.

J'insisterai sur le fait que recevoir un adolescent consommateur nous confronte toujours à des constructions extrêmement fragiles. Aussi, le contact, le premier contact avec le clinicien doit être empreint de beaucoup de délicatesse pour espérer faire point de rencontre non catastrophique, c'est-à-dire faire éprouver au sujet un sentiment de continuité.

Ce qui apparaît souvent, et c'est pourquoi le contexte adolescent ne doit pas nous échapper, c'est qu'à l'adolescence, il y a du « trop » et du « pas assez ». Le « pas assez » relève de la perte de l'enfance et l'adolescent peut y réagir par une dépression plus ou moins importante, le « trop » c'est la pression pulsionnelle et sociale qui peut le laisser dans une détresse sans recours autre que le symptôme.

Souvent lorsqu'on rencontre l'adolescent, il nous dit « je veux bien revenir mais il faut que vous parliez ». C'est pourquoi c'est intéressant d'engager la conversation, de philosopher, de débattre et de se constituer un « ensemble »

Pour travailler auprès d'adolescents il faut que le clinicien trouve plaisir à penser et donc à entendre le processus d'élaboration adolescente à l'œuvre.

Le produit peut assurer un sentiment de continuité d'existence, question qui se réactive à l'adolescence, au cours de ce passage pubertaire où tout échappe, même le corps.

Si l'adolescence est un état d'urgence à trouver une réponse à des questions vitales, le cannabis peut faire fonction de réponse.

Winnicott disait que « la rencontre avec l'adolescent était une rencontre à ne pas manquer » et cet espace interroge toutes les limites.

Pour conclure, si l'adolescent est bien « le baromètre du social », le processus adolescent se calque sur l'état du lien social, de la culture. Aussi pourrait-on se demander pourquoi ces jeunes s'abstiendraient de consommer comme tout le monde ? Le problème, c'est qu'un adolescent ça ne fait pas semblant...

Alors on s'engage, on engage nos paroles non seulement en tant que cliniciens mais aussi en tant que personnes. Sinon, l'adolescent ne revient pas. Et, comme l'amour, le transfert fonctionne comme une contre-addiction parce qu'il confronte le sujet à son manque et non à ce qui pourrait le combler.

Atelier 1 : Les consultations jeunes consommateurs : « du droit commun » au « spécialisé ».

Les consultations jeunes consommateurs accueillent des jeunes qui leur sont orientés ou qui « fréquentent » des dispositifs « de droit commun ». Les professionnels qui sont au contact de ces jeunes, sont parfois démunis face aux consommations qui contreviennent à l'exercice de leurs missions et aux projets qu'ils souhaiteraient mettre en place. Quelle aide ces équipes peuvent-elles trouver auprès des CJC, comment orienter, comment travailler ensemble, quels modes de collaborations développer ?

Francois Monier, Educateur Spécialisé. Responsable CJC/Prévention/Formation, CSAPA Sud, Gap

Madame Le Pann, infirmière, PJJ, Marseille

Cécile Gray, Psychologue et Karine Zajc, Infirmière, MECS JB Fouque, Marseille

MISSIONS DE L'INFIRMIERE A LA PJJ

Madame Le Pann, infirmière, PJJ, Marseille

- Mission en direction des jeunes : Entretiens individuels pour faire le point sur leur santé et notamment leur consommation, Actions d'éducation à la santé en collectif.
- Mission soutien et personne ressource en direction des professionnels
- Mission politique de santé : Mettre en place des partenariats qui permettent à chaque jeune pris en charge à la PJJ d'avoir accès au droit commun

PREAMBULE

Les mineurs pris en charge dans les foyers de la PJJ, sont âgés de 15 à 18 ans (parfois moins de 15 ans). Ils arrivent sur décision judiciaire dans le cadre pénal (ordonnance de 1945 mineurs délinquants). Des caractéristiques communes peuvent être relevées chez une grande majorité des mineurs confiés. Des carences éducatives et relationnelles fortes sont très souvent présentes. Leur état de santé est souvent altéré. (troubles du sommeil, mauvaise alimentation, conduites addictives fréquentes avec un fort tabagisme, un usage régulier du cannabis, parfois consommation d'alcool et médicaments).

Le foyer n'est pas une « zone de non droit », l'usage de drogues y est formellement interdit. Toutefois nous assistons au quotidien à la consommation de produits licites et illicites. La séparation avec la cellule familiale, l'environnement, le poids du groupe, ainsi que le mal être sont des paramètres qui vont donner une dimension accrue à ces conduites addictives ou du moins une dimension plus visible, plus repérable. Nous devons donc au quotidien porter cet interdit tout en laissant une juste place à la dimension d'écoute : « ne fume pas, mais dis moi combien tu fumes ? »

Nous sommes pris dans cette dualité qui nous place dans des positions ambivalentes. Comment éviter d'adopter une attitude trop répressive en déposant systématiquement le problème sur le terrain judiciaire (dépôt de plainte, note d'incident...). Comment ne pas omettre l'aspect thérapeutique, éducatif tout en restant crédible par rapport au respect de l'interdit ?

D'autre part les jeunes sont souvent dans un déni de leur consommation.

- La première étape étant de les amener à repérer qu'ils consomment et que cela peut être un problème pour eux
- La deuxième étape est de les amener à consulter. Ce que nous avons pu observer c'est que même si dans un premier temps ils acceptent de prendre un rendez vous, le jour du rendez vous ils fuguent ou refusent de s'y rendre.

La question était de savoir comment on pouvait amener ces jeunes aux consultations, d'autant plus que les éducateurs ne savent pas toujours comment faire face à ces consommations, qu'ils ne sont pas des spécialistes et que les réponses apportées ne sont pas les mêmes d'un éducateur à un autre selon ses propres représentations et son propre rapport au produit. Du coup l'intervention de la collègue de l'AMPTA sous forme de permanence au sein du foyer pour rencontrer les adolescents nous semble une bonne façon de permettre ce lien à partir du foyer.

OBJECTIF DU PROJET

Organiser des permanences de l'AMPTA, au Foyer d'Aix en Provence, une fois par mois le mardi, afin de :

- rencontrer tous les adolescents du foyer soit sous forme d'entretien individuel afin de faire le point avec chacun d'entre eux de sa consommation, de lui permettre de repérer pourquoi il consomme, et si cette consommation est problématique ; soit en collectif sous forme d'échanges.
- organiser des temps réguliers de réflexion avec l'équipe éducative (une fois par mois) afin de travailler sur nos représentations par rapport à la consommation des jeunes et apporter des réponses adaptées à chaque adolescent en omettant pas la prise en charge thérapeutique.

SYNTHESE ATELIER 1

Constats

- **Les jeunes n'expriment pas de demande**, ils ne se reconnaissent pas comme des personnes ayant besoin d'aide et donc ne se rendent que très rarement de manière spontanée à la Consultation Jeunes Consommateurs pour échanger sur leur consommations.
- **Les professionnels non spécialisés repèrent des jeunes ayant des consommations problématiques** dans leurs dispositifs, structures d'accueil ou institutions (Education Nationale, foyers, PAEJ, Maison des Adolescents, Missions locales, centres de formation, médecins généralistes etc...) mais se sentent isolés, démunis, incompetents ou peu disponibles (une question parmi d'autres) pour prendre en compte ou intervenir sur cette question.
- **Les professionnels des Consultations Jeunes Consommateurs** ont une double compétence en addictologie et sur la problématique adolescente mais **ne rencontrent pas les jeunes concernés s'ils ne vont pas là où les jeunes se trouvent** et s'ils ne travaillent pas en lien avec l'ensemble de la communauté adulte qui est au contact du jeune.

La Consultation Jeunes Consommateurs : un rôle de Ressource sur les questions d'addictions

- Pour intervenir auprès des jeunes de la prévention au soin des addictions, il est nécessaire de mettre en lien les adultes qui l'entourent afin de co-construire une réponse autour d'une finalité commune qui est le bien-être du jeune. Cette réponse dépendra de la réalité de chaque institution (autant de positionnement professionnels que d'individus), il n'y a pas de « réponse type » valable partout.
- La Consultation Jeunes Consommateurs peut avoir ce rôle de mettre au travail les compétences de l'ensemble des partenaires en proposant des espaces d'échanges, de sensibilisation, de formation pour penser les choses et « trouver un sens à ce qui paraît insensé » dans les comportements de certains jeunes. Un travail sur les représentations (mettre à distance sa propre histoire, sa propre représentation du jeune qui consomme, partager ce que chacun attend du jeune), des éclairages sur les produits et le sens des consommations permettront d'aboutir à un langage commun sur les addictions chez les jeunes.
- Des Consultations Jeunes Consommateurs ne sont pas toujours assez visibles pour l'extérieur, à la fois sur leur existence et sur leur activité (variable selon les CJC)

Des consultations avancées pour faciliter la rencontre

Si l'équipe d'une institution s'implique dans le repérage et l'orientation de jeunes vers le dispositif spécialisé, la rencontre avec le jeune n'a pas toujours lieu. En effet, même si il a été convenu avec le jeune d'un rendez-vous à la CJC, il peut renoncer à se présenter pour différentes raisons : perte de motivation entre la prise de rendez-vous et le jour du rendez-vous, distance du lieu etc... Les orientations nécessiteraient le plus souvent un accompagnement physique.

Pour pallier à cette difficulté, le choix a été fait de proposer des permanences sans rendez-vous ou des consultations sur rendez-vous au sein des institutions.

Exemple d'une démarche

- Soutien et implication de la direction (Soutien nécessaire et implication indispensable surtout si travail sur le règlement, les procédures de sanctions etc...).
- Sensibilisation et formation des équipes (constitution éventuelle d'une équipe relais « ressource » sur les questions d'addictions dans l'institution).

- Information des jeunes en collectif sur la présence d'un professionnel spécialisé en addictologie pour « parler » des consommations.
- Rencontres individuelles pour évoquer les consommations, évaluer éventuellement et orienter vers la Consultation pour un suivi si nécessaire (notamment au sein de l'Education Nationale qui n'est pas un lieu de soin : il va s'agir d'informer, repérer, évaluer)
- Explication du cadre de ces consultations (confidentialité) et de la spécialisation « addicto » : proposer un espace aux jeunes où ils peuvent s'exprimer sur les consommations, les addictions, ce qu'ils en pensent et s'ils se sentent concernés.
- Ces consultations peuvent avoir lieu sur demande de l'institution ou fixes dans le temps (1 fois par semaine, 1 fois tous les 15 jours etc...) mais doivent vivre en dehors de la venue du professionnel spécialisé (rappel aux jeunes du jour de la venue du professionnel, parler avec les jeunes de l'existence de cette consultation, transmission du calendrier à l'ensemble de l'équipe, faciliter le bouche à oreille entre les jeunes etc...).
- Rencontrer régulièrement l'équipe pour partager des situations et sur « comment intervient-on ».

Pour résumer...

- « Je veux que tu veuilles changer et je veux que tu demandes de l'aide pour un problème que je te dis que tu as »
- « La population ne changera pas, ceux sont les pratiques que l'on doit changer »
- « Il est nécessaire de travailler autrement pour sortir de la tension plainte / souffrance au travail et donc de créer des espaces de rencontres entre les professionnels »
- « Un travail de partenariat peut permettre de sortir de l'urgence... mais cela nécessite d'être exigeant sur la qualité du partenariat »
- « La Consultation Jeunes Consommateurs constitue un support technique avec un regard extérieur, un autre regard sur un accompagnement éducatif pour un jeune qui a des consommations »
- « Il est nécessaire de prendre le temps pour le changement : les professionnels spécialisés ou non n'ont pas le temps, mais prendre le temps va faire gagner du temps »
- « Je te propose d'en parler dans le bureau en prenant le temps et tu me diras ce que tu en penses... »

Atelier 2 : Les consultations jeunes consommateurs : une alternative à la répression de l'usage ?

Les consommations de substances psychoactives (notamment de cannabis) sont interdites par la Loi. Ca ne semble pas empêcher de nombreux adolescents et jeunes adultes d'en utiliser, ponctuellement, régulièrement, quotidiennement, de façon simple, problématique quand ça n'est pas pathologique. Cela en amène un certain nombre à faire l'objet de mesures de justice.

Comment aborder cette question particulière, avec qui, sous quelle forme ? L'interdiction est elle une réponse suffisante à ces usages, comment travailler avec ces jeunes malgré leurs transgressions, comment continuer à s'en occuper, seront les questions que nous essaierons de traiter dans cet atelier.

Florence Soulé-Thomas, CJC AMPTA, Marseille

Bénédicte Scelle, juge d'Application des peines, Marseille

Françoise Daguerre, Assistante sociale, service d'insertion et de probation, Marseille

LES CJC, UNE ALTERNATIVE A LA REPRESSION DE L'USAGE

Florence Soulé-Thomas, CJC AMPTA, Marseille

La consultation Cathala de l'AMPTA a été créée en 2003. Elle propose un accueil pour les adolescents, les jeunes adultes, leurs familles et l'entourage. Elle propose également un travail d'interventions précoces à destination des professionnels du champ médico-social et éducatif.

Au départ, le dispositif s'articulait autour des consommations de cannabis, l'expérience nous a conduits à orienter notre intervention, non plus vers la problématique autour « produit » mais autour de la problématique « jeunes ».

→ Passage de la «consultation cannabis» à la consultation « jeunes consommateurs »

Les missions des consultations jeunes consommateurs sont au carrefour de la prévention et du soin : des jeunes usagers occasionnels ou réguliers, des jeunes souvent en rupture scolaire, familiale voire sociale, des jeunes avec des problématiques psychologiques.

Public accueilli :

- Des jeunes de 13 à 25 ans
- Les familles et l'entourage
- Les professionnels en lien avec les jeunes.

Constats

- Peu de jeunes viennent d'eux-mêmes, ils ne demandent pas, ce sont les autres
- Ils ne se plaignent pas, ce sont les autres qui se plaignent.
- Eux se plaignent de ceux qui se plaignent d'eux ou se plaignent pour eux.

Quand nous les rencontrons à la consultation, ils sont bien souvent « contraints » de venir, par la famille, par les éducateurs, par l'école, par la justice. Des adultes ont donc décidé pour eux d'une nécessaire rencontre dans une consultation spécialisée. Doit-on considérer que, parce que la personne ne demande pas, ne se plaint pas, il n'y a pas de place pour une parole, qu'il suffirait d'attendre cette fameuse « demande », cette adhésion ? Nous avons à faire à des adolescents qui, bien souvent, choisissent, comme entrée en relation, le mode « opposition et rejet », plutôt que de se voir contraints de faire face à ce qui pourrait faire souffrir.

Pour illustrer cette question de la contrainte, du lien justice/soin : l'exemple de La permanence addictions au TGI

A partir de l'expérience au tribunal de Marseille, qui n'a pas vocation à servir de modèle mais est présentée ici comme une piste de réflexion, un travail de partenariat rend, ce qui pourrait sembler paradoxal, possible : à savoir utiliser la demande de l'autre pour faire apparaître « des mots pour dire ».

Entre 1985 et 1989, l'équipe de l'AMPTA a travaillé au sein de la prison des Baumettes à Marseille afin de rencontrer les « toxicomanes » et de sensibiliser le personnel sur la toxicomanie, à travers notamment la mise en

place de groupe de parole pour les détenus. Puis l'intervention s'est élargie aux centres de détention de Salon et de Tarascon :

- Préparation à la sortie : Il était important de prendre en charge les toxicomanes en abstinence relative lors du temps passé en prison
- Orientation à leur sortie vers un centre de soins adaptés.

En 1989, est signée une convention « Santé-Justice » autour de la problématique d'usages de stupéfiants : Ainsi est née la Permanence « Toxicomanie », financé par la MILDT et la DDASS puis en 2010 par l'Assurance Maladie qui a permis d'en pérenniser le financement. La consommation problématique à cette époque était essentiellement l'héroïne, il était donc important de faire de la prévention des risques sanitaires notamment concernant le VIH. Le volet « santé » a glissé depuis peu de toxicomanie à addiction, passant ainsi de la « passion du poison » à « l'esclavage ». Afin d'élargir le champ d'action, le volet « justice » reste toujours du côté correctionnel pour des délits liés à l'usage et/ou trafic de stupéfiants.

Le public rencontré a évolué depuis 4 ans environ : les personnes reçues dans le cadre de la permanence, sont des consommateurs de cannabis. Cette précision (du produit) est importante dans la mesure où jusqu'alors les personnes reçues dans le cadre de la permanence étaient interpellés par la justice pour des délits liés à la consommation de produits illicites. Actuellement, le délit est la consommation.

Cadre d'intervention et des intervenants

La Permanence Addictions, est assurée tous les jours :

- au sein du Tribunal de Grande Instance de Marseille, de manière alternative par deux professionnelles
- de deux structures : PSA (SOS Drogue International) et l'AMPTA.
- Son domaine d'intervention se situe dans les deux temps qui marquent le parcours d'une personne confrontée à la justice : la période du pré-sentenciel et celle du post-sentenciel.
- Ces derniers sont orientés par les différents acteurs judiciaires dans le cadre d'un travail en partenariat : JAP, CIP et délégués du procureur de la république, public composé de jeunes usagers de cannabis, pour la plupart.

Que ce soit au sujet d'un délit mineur engendrant un simple rappel à la loi ou bien une obligation de soin, les « délinquants » sont « obligés » (à la rencontre) de passer par cette permanence. La demande émane d'un tiers, et ce tiers est la Justice.

On a déjà dans cet énoncé quelque chose qui peut apparaître comme une opposition, quelque chose qui nous renvoie à la loi de 70 qui déjà créait un LIEN ou une OPPOSITION : Justice /soin. La justice qui sanctionne et la justice qui ordonne (prescrit ?) un soin.

- Cette loi fait du toxicomane un « délinquant ET un malade »
- La sanction est une réponse à un acte reconnu comme délictueux
- Le soin est une solution (possible)
- Le dit toxicomane devant se « soumettre »

Rôle de la permanence

La permanence addiction constitue un lieu d'accueil et d'écoute et d'évaluation de la situation globale : EVALUATION et ORIENTATION

- L'usage, la situation globale de la personne accueillie : familiale, sociale professionnelle...
- Susciter une démarche d'aide et de soin.
- Orienter vers des structures spécialisées.

Elle joue un rôle utile d'interface entre l'institution judiciaire et les dispositifs extérieurs.

- Parfois l'usage n'est qu'occasionnel, sans conséquences néfastes pour la personne, et le délit associé.
- Parfois, il est le signe d'une réelle difficulté voire d'une dépendance. Dans ces cas-là, la rencontre avec un psychologue peut s'avérer déterminante dans l'inauguration d'une demande de soin.

→ Parfois encore, même si il n'y a pas de problématique de consommation cette rencontre peut faire apparaître d'autres difficultés : insertion, familiales, psychologiques.

C'est donc une dimension de contrainte qui préside à la rencontre. Les personnes sont souvent surprises de se trouver confrontés à la justice pour une consommation qu'ils pensent anodine, surprises aussi qu'on les « injoncte » d'aller devant un psychologue ou un éducateur. Les réponses judiciaires que constituent l'injonction thérapeutique, l'obligation de soin ou de rencontre permettent de combiner plusieurs impératifs :

→ un nécessaire rappel à la loi.

→ une orientation éventuelle vers les structures de prise en charge sanitaire et sociale.

Interrogeons la contrainte et ses effets sur l'accès aux soins :

La demande, ou plutôt la non demande, est une des questions essentielles. Il y a un paradoxe avec lequel nous devons composer sans nous perdre.

→ En répondant simplement à cette demande du tiers, ne prive-t-on pas le sujet d'entreprendre un travail d'élaboration ?

→ Mais en ne répondant pas, ne risque-t-on d'empêcher l'accès à une aide alors qu'il n'a pas d'autres moyens de parler de son mal-être ?

Dans cette rencontre « obligatoire » au tribunal, il ne s'agit pas de redire la loi mais plutôt de s'appuyer sur le cadre qu'elle prévoit pour permettre un espace de parole, une rencontre. C'est évidemment une relation qui n'est pas habituelle de la relation duelle dans le cadre de l'entretien thérapeutique : nous sommes là dans une relation que l'on peut nommer « relation triangulaire ». Nous sommes deux parce que un troisième a demandé. En effet, la clinique de l'obligation de soins se situe entre le domaine privé du soin et le domaine public de la justice. La justice d'un côté, le soin de l'autre, et l'« addict » entre les deux, alternativement malade ou délinquant. Nous devons donc concilier deux domaines qui, à priori, sont par nature antagonistes, à savoir le domaine public de la justice et le domaine privé du « soin ».

Le risque serait que la Justice devienne celle qui pose le diagnostic. En effet, la Justice propose parmi les réponses à un délit une « obligation de soin », étrange à priori ?

Il s'agit pour nous, d'entendre cette sanction comme une possibilité donnée à quelqu'un de réfléchir au-delà de l'infraction, c'est-à-dire de se pencher sur son histoire, sur les causes et les conséquences de ses actes. On travaille à partir de ce que la personne en dit. Il est important de questionner le sujet à propos de cette rencontre dont il n'est pas le demandeur initial, et de travailler en ce sens. Dans cette approche, la rencontre soignant/soigné est appréhendée comme un espace d'interactions : le sujet/ citoyen, délinquant et/ ou malade, la justice et le soin. Il s'agit de passer de cette relation « imposée » à une relation dans laquelle le sujet peut devenir actif et pas seulement « soumis » et dans laquelle le professionnel peut favoriser un nouveau rapport à la loi. Chacun s'engage dans un échange et une réflexion. Le contexte judiciaire dans sa capacité à se mettre en scène comme instance de la loi et dans sa fonction punitive, replacé dans le contexte clinique, dans lequel nous sommes à l'écoute des effets de l'intervention des lois et à la manière dont ils s'immiscent dans les relations thérapeutiques ou éducatives.

La contrainte peut-elle alors, dans certains cas, permettre un accès « à la parole » ?

→ De nombreux a priori ou préjugés entourent cette notion et restent surtout figés sur le terme d'« obligation », par opposition à celui de liberté ou de « demande » personnelle exprimée par le sujet. L'obligation de soins paraît ainsi priver totalement de leur libre arbitre les personnes qui se la voient signifier. On peut aussi penser la contrainte autrement. Elle peut représenter le premier temps de la rencontre, permettre d'entendre l'avis du patient sur cette obligation de soin, qu'il soit d'accord ou pas, qu'il trouve ça injuste, inutile etc.... Cette opposition manifeste de certains patients doit pouvoir être exprimée puis transformée.

→ La demande confronte à une dimension insupportable pour certains. On repère chez les jeunes un sentiment de honte, comme si énoncer quelque chose de soi créait un sentiment de gêne, un sentiment de manque. La « demande » nous arrive moins claire que nous pourrions l'attendre... Bien souvent, elle est

d'abord née dans l'esprit d'un tiers, la famille, les professionnels ou la justice avant d'apparaître dans celui du jeune. L'obligation de soin peut donc, sans doute, permettre que les deux interlocuteurs se rencontrent.

→ Cette demande qui émane d'un autre permet de mettre à distance des émotions, de « protéger » de l'inavouable. A nous de favoriser, à partir de cette rencontre « obligée », l'émergence d'une demande aussi minime soit-elle, en sachant la capter derrière un refus ou une attitude d'opposition régulièrement extériorisés.

SYNTHESE ATELIER 2

Cet atelier a donné lieu à un échange animé sur les enjeux et l'efficacité de démarches de soins ordonnées par l'autorité judiciaire en matière de consommation de substances psychoactives.

Mme Florence Soulé-Thomas a présenté l'expérience d'une Consultation Jeunes Consommateurs de l'AMPTA qui se tient dans les locaux de l'autorité judiciaire. Elle a défendu l'hypothèse selon laquelle la contrainte peut produire un effet thérapeutique. L'action mise en place permet de travailler autour du délit quand certaines personnes n'expriment pas de demande explicite.

La salle a pu réagir et questionner l'intérêt que cette consultation soit organisée à l'intérieur même de l'institution judiciaire estimant que le soin doit se démarquer de la sanction émise par un tribunal.

Mme Bénédicte Scelle a exposé le cadre légal des soins ordonnés à partir de son expérience de magistrat. Elle constate que la Loi de 2007 prévoit l'aggravation des sanctions et l'amélioration du traitement judiciaire. A son tour Me Scelle s'interroge sur la loi et son effet thérapeutique. Celle-ci permet elle de prévenir efficacement contre les risques de récidive.

L'échange qui s'en est suivi s'est porté sur la mise en place des obligations et de soin et de leur observance. Elle précise que la justice donne avec cette mesure une possibilité de soin. Il est rappelé que du côté de l'autorité judiciaire la personne a pour obligation de justifier de démarches de soins pendant la période de son obligation. L'obligation de soin ne constitue pas une obligation de résultat.

Sur ce point, Mme Françoise Daguerre, assistante sociale au service d'insertion et de probation des Bouches du Rhône nous a exposé le cadre de son expérience professionnelle. Elle rappelle les difficultés que rencontrent les professionnels lorsque la fonction de la limite n'agit plus auprès des personnes faisant l'objet d'une obligation de soin. La loi ne peut à elle seule être garante des limites. Elles impliquent l'adhésion de la personne condamnée.

En conclusion, l'échange avec la salle a donné lieu à un débat animé concernant l'application et la pertinence des obligations de soin. Il a été par ailleurs davantage question des personnes majeures faisant l'objet d'une condamnation que d'un public jeune et de la prévention des conduites de consommation.

Atelier 3 : L'entourage familial

Les jeunes accueillis dans les CJC y arrivent rarement de leur plein gré. Ils y sont souvent conduits par un membre de leur entourage, celui ci pouvant être familial. Par ailleurs, les familles, inquiètes, sont fréquemment demandeuses, pour leur enfant, de conseils, de prise en charge... « qu'on s'occupe d'eux ». Ces demandes sont posées, dans les CJC, mais aussi, auprès d'autres professionnels, à l'école, dans les centres sociaux... Comment accueillir l'entourage, comment et où le rencontrer, comment l'accompagner, sont autant de questions qui seront abordées dans cet atelier.

Franck Descombas, Psychologue, Imaje Santé, Marseille

Jacqueline Laplanne, accueillante et Marie-Claude Bacqueville, infirmière, Maison de l'Adolescent, Marseille

Françoise Cloupet, Psychologue et Yves Guillermain, Psychiatre, Espace Puget bis - Pole Addictions, CH Edouard Toulouse, Marseille

LA CONSULTATION TRANSCULTURELLE A IMAJE SANTE

Franck Descombas, Psychologue, Imaje Santé, Marseille

Un dispositif clinique spécifique, appelé « consultation transculturelle », a été mis en place en 2004, par Sylvie Dutertre, psychologue clinicienne d'IMAJE Santé (Espace Santé Jeunes de Marseille) formée à l'ethnopsychiatrie. Ce dispositif s'adresse à des jeunes (12-25 ans) et/ou leurs familles, présentant une souffrance psychique liée à un parcours migratoire et/ou s'exprimant en des termes faisant référence à des réalités culturelles propres. Cette consultation transculturelle a été pensée, depuis sa mise en place, de façon à proposer un dispositif de prise en charge psychologique adapté à des jeunes pour lesquels un dispositif classique ne paraissait pas pouvoir faire sens et par conséquent ne portait pas les effets cliniques attendus.

Cette consultation, qui se tient une fois par semaine à IMAJE Santé, emprunte pour partie aux principes fondamentaux de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle. Ses principales caractéristiques opératoires sont :

- la groupalité : deux psychologues cliniciens, un interprète, le professionnel à l'origine de l'orientation, accueillent le jeune et/ou la famille concernés, formant de la sorte un petit groupe thérapeutique.
- la langue maternelle : la présence de l'interprète permet au jeune (ou à la famille) accueilli de s'exprimer dans la langue de son choix.
- l'écoute culturelle : une attention particulière est portée sur les contenus culturels apparaissant dans le discours, qui sont repris, interrogés, et deviennent le support du déploiement du récit.
- la temporalité : les séances sont relativement longues (1h30) mais espacées dans le temps (1/mois).

La consultation transculturelle s'inscrit par ailleurs dans un travail en réseau. Lorsque des professionnels des secteurs médico-socio-éducatifs nous adressent un jeune ou une famille, il nous semble important de les inscrire dans le travail clinique et de les inviter à participer aux consultations. La présence de ces professionnels dans le dispositif transculturel favorise la construction de liens, avec ce qui s'est passé en amont de la rencontre, et avec les différentes prises en charge qui se déroulent en parallèle.

Après plusieurs années de cette pratique spécifique, nous avons souhaité en évaluer l'impact, tant du point de vue de l'évolution des jeunes concernés, que de celui du travail social le concernant. La méthodologie de cette évaluation a consisté en une analyse de contenu thématique d'entretiens réalisés auprès des professionnels ayant participé à une ou plusieurs consultations transculturelles. Elle a permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs clef.

* Un thème récurrent renvoie aux effets constatés par les professionnels sur le jeune, ou sur la famille, de la consultation transculturelle. Cette thématique est souvent abordée en termes de « déblocage de la situation ». Cette situation de blocage s'entend à plusieurs niveaux : au niveau individuel (par exemple la personne est perçue comme enfermée dans une souffrance psychique personnelle) ; au niveau familial (« ça a fait bouger les choses dans la famille... ça a déblocqué des choses. Ça a apaisé des choses ») ; ou au niveau social dans le rapport à l'environnement. Ce « déblocage de la situation » est mis en parallèle avec un autre « déblocage », rapporté dans la totalité des entretiens menés, à savoir le « déblocage de la parole et de la construction d'un récit ». Des choses trouvent à se dire dans la consultation, qui ne se disent pas ailleurs.

Ce qui est perçu comme une libération de la parole rejoint une préoccupation majeure des professionnels à l'origine de la demande de consultations transculturelles, de pouvoir proposer aux jeunes et/ou aux familles un lieu

d'expression de soi. Cette préoccupation se fonde sur une représentation communément partagée du fait que parler « libère », « soulage », en tout état de cause doit « faire du bien », voire « guérit ». Le terme de « déblocage » renvoie à la représentation du fait que les gens souffrent d'un manque de parole, d'un manque de récit, de non-dits. Pouvoir mettre des mots sur son vécu, pouvoir en faire un récit, permettrait de relancer un processus bloqué. La polysémie du terme « histoire » rend bien compte de cette articulation étroite entre la parole (l'histoire comme récit) et la vie (l'histoire comme trajet de vie). Le silence de l'un témoignant du blocage de l'autre. Ce « déblocage » de la parole se trouve facilité par un certain nombre de facteurs, les principaux étant la dimension groupale, l'écoute culturelle et le travail avec interprète.

* Il nous paraît important ici de ne pas perdre de vue que cette « construction d'un récit », en tant qu'effet du dispositif thérapeutique, est par nature une co-construction. C'est dans le groupe et par le groupe que la parole se « débloque » et que le récit est construit, le discours des uns se nourrissant et s'étayant des représentations des autres. Il y a une circularité de la groupalité qui permet une circulation de la parole. La parole « débloquée » n'est pas la parole d'un individu isolé qui serait mis en demeure de produire un discours sur soi face à un adulte, qui plus est un « étrange étranger ». Dans ce dispositif, l'individu n'est pas strictement renvoyé à son intériorité propre, qu'il serait sensé mettre en mots.

L'intérêt de l'accueil groupal est, d'autre part, d'évoquer la manière traditionnelle de prendre en charge la souffrance psychique ou les désordres comportementaux, pour des personnes issues d'horizons culturels pour lesquels un entretien clinique en situation duelle ne ferait pas sens, voire pourrait s'avérer psychologiquement inquiétant. Le groupe peut être perçu comme ayant des effets rassurants, particulièrement vérifiables pour des personnes issues de culture où la dimension collective est beaucoup plus prégnante. Le groupe thérapeutique rassure, là où l'entretien individuel inquiète.

Une autre caractéristique du dispositif est de permettre un effet de défocalisation, en particulier dans le cas où ce sont des familles qui sont reçues : « Cela permet d'accéder à la parole sans stigmatiser un individu ».

* Un autre facteur mutatif spécifique à ce type de dispositif touche à la place des éléments culturels. Au premier chef se trouve la question des obstacles liés à la langue. S'agissant de personnes issues d'univers culturels diversifiés, la langue est perçue comme un obstacle à la compréhension mutuelle et à l'expression de soi. La barrière linguistique renvoie à l'importance perçue de la langue maternelle comme véhicule d'une vérité sur soi, comme condition d'accès au changement, et comme véhicule des émotions profondes et des croyances structurantes. Le travail thérapeutique avec interprète constitue l'un des intérêts majeurs de ce dispositif, l'interprète étant perçu dans sa fonction de traducteur, plus largement de médiateur culturel, mais aussi de pôle identificatoire et transférentiel. La langue donnant accès aux systèmes de pensée et de représentations, l'usage possible de la langue maternelle est vu comme un opérateur majeur du changement en psychothérapie. « Reconnaître l'importance de la langue maternelle du patient, c'est reconnaître que cette langue, celle dans laquelle il a été parlé avant même qu'il ne la parle lui-même, a participé à sa construction psychique. C'est de fait reconnaître que son référentiel symbolique peut différer du nôtre et par là lui signifier notre acceptation et notre intérêt pour l'altérité » (S. Dutertre).

* A l'instar de la langue, la différence culturelle est largement perçue comme un facteur de difficulté et une source d'incompréhension, entraînant du mal-être psychique et relationnel. Des professionnels évoquent la barrière culturelle, certains parlent de choc culturel pour rendre compte des difficultés éprouvées par les personnes qu'ils accompagnent. Au regard de cette difficulté, le cadre de la consultation transculturelle est perçu comme un espace spécifique d'écoute et d'interrogation des dimensions culturelles de l'identité des personnes reçues.

Cette dimension culturelle met parfois les professionnels en difficulté, ne sachant comment se situer face à cette étrangeté, et comment la prendre en compte dans leurs prises en charge. Les logiques traditionnelles qui organisent les représentations et l'expression de la souffrance, en particulier, sont fréquemment objets de non-dits. En interrogeant ces dimensions, le dispositif transculturel donne la possibilité d'un décentrement, d'une mise à distance de nos propres ethnocentrismes pour tenter d'entrer dans la logique interne du monde de l'autre. Il est bien évident que là encore, la présence de l'interprète, en tant que médiateur culturel, occupe une place centrale. Il remplit une fonction d'interface, et figure le métissage plutôt que les logiques d'exclusion culturelle.

Les professionnels rapportent un effet facilitateur de l'écoute culturelle. Pour les professionnels eux-mêmes, cet effet s'entend essentiellement du côté de l'accès au sens, aux systèmes de pensées, et à la compréhension des situations. Pour les personnes reçues, cet effet est énoncé en termes de « libération de la parole » et de « levier thérapeutique ». Cette écoute favorise une plus grande implication des personnes, il leur apporte un sentiment de valorisation, de reconnaissance, participant à une restauration de l'estime de soi.

Conclusions

Sur le fond, les principales difficultés énoncées sont relatives à la question des critères d'orientation. Les intervenants éducatifs repèrent par exemple chez un jeune des signes de souffrance ou de mal-être. Ils peuvent alors estimer que le jeune ou la famille en question pourrait bénéficier utilement d'une consultation transculturelle.

Mais ce besoin perçu par les professionnels n'est pas toujours en phase avec ce que le jeune est en mesure d'aborder ou de mettre en oeuvre à ce moment-là de son parcours. En d'autres termes, ceci soulève la question de la demande : de qui émane la demande ? Le jeune est-il à ce moment-là en mesure de s'approprier une démarche de ce type ?

Un travail préalable autour des représentations personnelles et sociales, culturellement connotées, de la souffrance, de la maladie, et du soin, sont au coeur de cette problématique. En particulier, quel sens peut avoir une « consultation psychologique » pour des personnes arrivant de pays où ce type de consultation n'existe pas ? Qu'est-ce même qu'un psychologue ? Il est évident que pour bien des personnes, ce terme simplement n'évoque rien, ou bien renvoie à des représentations inquiétantes. Un travail en amont est indispensable pour que les personnes orientées puissent s'approprier un dispositif de ce type sans se sentir inquiétées ou stigmatisées.

Par ailleurs, autour de la question de la « libération de la parole » : est-il toujours vrai de croire que parler fait du bien ? Dans un certain nombre de cas, il s'agit surtout de ce que nous nous représentons comme devant soulager autrui... L'approche transculturelle nous a conduits à relativiser nos modèles et propositions thérapeutiques, à ne pas perdre de vue qu'ils portent aussi la marque de nos ethnocentrismes.

Enfin, il semble que la perception d'une forme d'urgence ne constitue pas un bon indicateur, et que mettre en place une consultation de ce type à ce moment-là réponde davantage à l'anxiété du travailleur social qu'à une réelle demande du jeune.

Cette remarque rappelle la nécessité d'une suffisante préparation en amont de ce type de consultation. Cette préparation devrait se situer à deux niveaux :

- auprès du jeune : il s'agit du travail sur la demande, sur les besoins perçus, la conscience de la souffrance psychique, etc.
- avec les professionnels : il s'agit pour nous de prendre le temps de se rencontrer pour réfléchir sur le cas et sur la proposition thérapeutique la plus adéquate.

Une bonne préparation des entretiens, à ces deux niveaux, semble constituer un facteur déterminant dans la façon dont les jeunes et/ou les familles pourront par la suite, le cas échéant, s'approprier le dispositif, ce qu'ils pourront y déposer et y élaborer ; dans la façon aussi dont le professionnel pourra investir sa place dans cette consultation.

SYNTHESE ATELIER 3

Plus qu'une synthèse à proprement parler, ceci est un recueil « subjectif » des idées/propos « marquants » qui ont été tenus lors de cet atelier. A partir de trois expériences :

- Maison de l'Adolescent : Jacqueline Lalanne et Marie Claude Bacqueville
- Consultation Transculturelle IMAJE : Franck Descombas
- Puget bis : Françoise Cloupet et Yves Guillermain

Nécessité d'inclure les parents dans la « prise en charge » :

- Rétablir communication et dialogue
 - Importance d'un « travail » qui permet de déplacer le problème de le dé-cristalliser, de réenclencher une dynamique
- Accueillir est en soi une fonction qui porte en elle son effet, son efficacité. Il n'est pas toujours nécessaire de prendre en charge, accueillir la demande est parfois suffisant.
- Une définition des « adolescents difficiles » = adolescents qui ont été traversés par le processus pubertaire à leur insu. On retrouve cette même question chez les parents qui dénie le fait que l'adolescent grandisse.
- Importance du souci des représentations de la personne accueillie, de ce qui fait sens pour elle, même si ça ne fait pas sens pour nous. Ex. : si la parole soigne (pour nous occidentaux) pas sûr qu'elle soigne pour eux (autres cultures).

La relation duelle peut inquiéter => privilégier « la groupalité ».

- Importance de l'écoute des contenus culturels, supports du déroulement du récit,
- Importance de la langue maternelle,
- Importance de la temporalité : prendre le temps, c'est long.
- Importance du réseau, des autres, de ceux qui s'occupent aussi du jeune, de la famille.

Répercussions du travail « transculturel » sur l'intervention des autres professionnels, en terme de lien, de réunification. Constat que ça fait bouger, que ça débloque => le déblocage de la parole génère le déblocage de la situation.

- Quand ça manque de parole et de récit, il convient de redynamiser, remettre en route, remettre en circulation.
- Importance de l'amont, de la préparation de la rencontre, dans la construction de la relation de confiance. A partir de l'interrogation du savoir du sujet sur lui-même. Revalorisation du sujet.
- Inviter/convoquer les parents, c'est dire au jeune que le « problème » n'est pas que de son côté. C'est parfois le jeune qui amène les parents à la consultation. Il est important de se préoccuper d'eux, de s'intéresser à eux.

S'il n'y a pas d'urgence, il y a parfois urgence à écouter et à entendre la souffrance.

- Importance de dénouer, d'apaiser par la parole.
- Importance du fait que les parents aient aussi un lieu pour eux.

Comment instaurer la séparation, la distance nécessaire ?

- C'est un soulagement pour le jeune quand les parents sont reçus, ça génère de l'apaisement, moins de harcèlement.
- Accompagner les parents dans la mise à distance de la culpabilité de n'être pas un « bon parent ». Ne pas être rejetant pour les parents en préservant un espace pour le jeune. La famille, c'est aussi les frères et les sœurs pas seulement les pères et mères.

