

# Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005-2007)

**Analyse des publics reçus pour leur consommation de cannabis ou pour d'autres addictions : filières de recrutement et réponses offertes**

Ivana  
Obradovic

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France, en particulier chez les jeunes, malgré une baisse des niveaux d'usage depuis 2002, après dix années de hausse continue. En 2007, 5 % des garçons et 2 % des filles déclaraient, à 16 ans, un usage régulier de cannabis<sup>1</sup>.

Trois ans après la mise en place des « consultations jeunes consommateurs » (CJC) et après une première enquête [1], ce travail fait le point sur l'évolution du public accueilli par le dispositif (voir encadré) en s'appuyant sur les réponses des professionnels qui ont reçu les consultants dans 226 des 274 CJC recensées en 2007 (soit 82 %). Les analyses portent sur un échantillon de 3 788 personnes, parmi lesquelles 2 938 consommateurs de produits (77,6 % du public un mois donné), dont 79 % sont venus seuls,

et 850 personnes de l'entourage (22,4 %). Elles permettent de décrire les tendances et les traits nouveaux repérés au sein du public reçu, par filière de recrutement. Les résultats présentés intègrent ensuite des réflexions inédites quant à la nature des demandes, les motivations d'usage, les critères d'appréciation de la dépendance, les réponses offertes aux différents profils d'usagers et l'évolution de leurs parcours de consommation au fil des séances.

## ■ Fréquentation mensuelle et structure du public

Le système d'information mensuel complété en ligne par les CJC entre mars 2005 et décembre 2007 montre que le volume global d'activité a diminué dans cette période : le nombre moyen de personnes reçues mensuellement par structure est passé de 20,3 à 16,5<sup>2</sup>. Cette baisse de fréquentation s'accompagne d'une évolution de la structure du public : la part des consommateurs progresse de 70,1 % à 81,2 %, alors que celle de l'entourage (notamment les parents) diminue de 10 points.

Depuis son lancement fin 2004, le dispositif des CJC propose un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives et à leurs familles [2]. Intervenant désormais dans le cadre des CSAPA [3], les CJC ont vocation à assurer information et évaluation aux premiers stades de la consommation (usage, usage nocif) et déclencher une prise en charge brève ou une orientation si nécessaire. Elles doivent accueillir tous les publics (patients plus âgés ou entourage), en s'adressant en priorité aux jeunes, et prendre en compte toutes les substances relevant de l'addictologie (alcool, cannabis, cocaïne, psychostimulants) ainsi que les addictions sans produit (jeux, internet, etc.). Bien que les CJC aient d'abord été centrées sur un produit, au point d'être baptisées « consultations cannabis », leur vocation est généraliste.

De mars 2005 à décembre 2007, les CJC ont accueilli environ 70 000 personnes. La première enquête menée par l'OFDT [1] montrait que le public était formé d'usagers de produits (70 %), âgés de 14 à 25 ans (90 %), avec une forte part de consultants adressés par la justice (38 % aux profils d'usage moins problématiques (22 % de dépendants, vs 52 % parmi les demandeurs spontanés). Le taux de décrochage en cours de suivi apparaissait satisfaisant (environ 30 %) et le risque d'abandon s'avérait plus élevé au début du suivi : il augmentait avec la durée de l'attente entre deux séances et semblait minoré par la présence d'un médecin lors de la première visite.

La part des nouveaux consultants *stricto sensu* a considérablement baissé (de 51,7 % en mars 2005 à 34,4 % en décembre 2007), alors même que l'accessibilité horaire a été améliorée (de 61,6 heures d'ouverture mensuelle moyenne par structure à 64,1). La hausse de fréquentation des usagers de produits s'explique donc davantage par la capacité du dispositif à fidéliser les patients que par leur renouvellement. L'enquête 2007 permet d'illustrer ces chiffres indicatifs à l'appui de données descriptives individuelles.

1. Au moins 10 épisodes de consommation dans les 30 derniers jours (source : Résultats de l'enquête ESPAD 2007, OFDT, à paraître).

2. Source : Système d'information mensuel sur les consultations cannabis (SIMCCA), actif de mars 2005 à décembre 2007. Depuis, les files actives annuelles d'une partie des CJC (celles rattachées à un CSAPA) sont disponibles dans les rapports d'activité des CSAPA.

## ■ Prédominance des hommes, des jeunes majeurs et des justiciables

Comme en 2005, les garçons sont majoritaires (81 % *vs* 19 % de filles), malgré des disparités territoriales (féminisation plus importante en Ile-de-France, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon). La majorité des usagers sont âgés de 18 à 25 ans (57 %), tandis que 26 % ont plus de 25 ans<sup>3</sup> et 17 % sont mineurs. L'âge moyen est de 23,2 ans ; cette tendance centrale reflète toutefois une structure par âge contrastée (écart-type de 6,8 ans).

Les filles sont en moyenne plus âgées (24,2 ans *vs* 23,0 ans) et elles viennent, plus souvent que les garçons, consulter spontanément (34,7 % *vs* 18,9 %)⁴. À l'inverse, les garçons, qui sont surreprésentés entre 18 et 25 ans (*sex ratio* de 5,3 à 18-25 ans *vs* 3,5 avant 18 ans et 3,3 après 25 ans), sont plus fréquemment orientés par la justice (54,8 % *vs* 20,8 % des filles), surtout les jeunes majeurs (39,9 % avant 18 ans ; 61,5 % à 18-25 ans ; 48,5 % après 25 ans).

La situation socio-professionnelle ou scolaire du public est différenciée selon l'âge [4] : les consultants scolarisés (38 %) sont majoritaires jusqu'à 20 ans (93 % à 14-16 ans, 77 % à 17-19 ans), avec de fortes proportions d'apprentis par rapport à la population générale (41,3 % des consultants à 17 ans, *vs* 11,4 % [5]), et de fortes proportions de chômeurs parmi les jeunes sortis du système scolaire (15,9 % à 17-19 ans). Deux consultants de moins de 20 ans sur cinq sont adressés par la justice (43 %), alors que 26 % sont orientés par la famille, 21 % par un tiers extra-familial et que 10 % viennent spontanément. À partir de 20 ans, les actifs prévalent (62 %, soit 33 % d'actifs employés et 29 % d'actifs au chômage) : la part de ceux qui travaillent dépasse de plus en plus nettement celle des chômeurs / sans activité (35,9 % *vs* 29,7 % à 20-22 ans, 55,3 % *vs* 35,6 % à 26-28 ans). C'est entre 20 et 28 ans que la part des orientations judiciaires culmine pour devenir majoritaire (58 %), devant les recours spontanés (22 %) : l'écart se resserre après 28 ans (32 % *vs* 53 % d'orientations judiciaires).

## ■ Un renouvellement du public par les orientations judiciaires

L'évolution la plus significative dans le profil du public concerne la montée en charge des consultants sous main de justice (48 % *vs* 38 %), qui assure le renouvellement de la file active : 54 % des primo-consultants sont sous contrainte judiciaire, alors que 18 % sont demandeurs spontanés. La deuxième variation concerne, corrélativement, le public des 18-25 ans (marqué par la prédominance de la voie judiciaire), où la part des actifs, en particulier occupés (32,9 % *vs* 27,4 %), est plus importante qu'en 2005 ; à l'inverse, la part des consultants scolarisés baisse (16,5 % *vs* 19,3 %). La troisième évolution constatée porte sur la population scolarisée, où la proportion d'élèves en filière professionnelle apparaît plus élevée qu'en 2005, (14,2 % à 17-19 ans *vs* 7,7 % en 2005, 9,1 % à 20-22 ans *vs* 7,3 % en 2005), singulièrement parmi les filles, ce qui rend le contraste avec la population générale encore plus saisissant qu'en 2005 : en 2007, un tiers des consultantes reçues,

à 17 ans, sont élèves en apprentissage (34,0 % *vs* 6,8 % en population générale) [5].

## ■ Des consultations polyvalentes

Le produit motivant la venue en consultation spécialisée est le cannabis dans 92 % des cas (n=2 702), associé à un deuxième produit ou plusieurs (souvent l'alcool) dans plus d'un cas sur dix (n=331). Environ 3 % font état d'une polyconsommation associant le cannabis et une autre drogue illicite (n=96), héroïne ou cocaïne, plus souvent chez les filles (4,3 %, *vs* 3,0 % chez les garçons) et chez les plus de 25 ans (4,6 %, *vs* 2,8 % à 18-25 ans et 3,0 % avant 18 ans). Les produits autres que le cannabis les plus fréquemment cités sont l'alcool (3,0 %), l'héroïne (2,7 %), la cocaïne (0,7 %) et le tabac (0,6 %), les autres représentant moins de 0,5 % d'occurrences (dont les jeux vidéo, en solitaire ou en réseau, Internet : 0,1 %).

## ■ Près de 40 % de fumeurs quotidiens de cannabis

Les consultants se répartissent entre 43 % d'usagers occasionnels de cannabis au cours du dernier mois (moins de 10 occasions), 19 % d'usagers réguliers non quotidiens (entre 10 et 29 épisodes d'usage) et 38 % d'usagers quotidiens. En outre, 16 % des consultants n'ont pas du tout consommé de cannabis au cours du dernier mois (10 % en 2005) : ces « abstinents dans les 30 derniers jours » sont significativement plus souvent adressés par la justice (p<0.001).

Moins nombreuses, les filles présentent, à tous les âges, des fréquences d'usage plus élevées, qui sont à mettre en rapport avec un mode de recrutement différent : elles viennent plus souvent spontanément que les garçons (42,1 % *vs* 23,1 % ; p<0.001), qui sont quant à eux plus fréquemment adressés par la justice (à 44,8 %), pour évoquer une consommation au moins régulière (61,3 % *vs* 56,1 % des garçons). Corrélativement, les filles consomment plus intensivement en moyenne (hormis chez les abstinents des 30 derniers jours) : c'est entre 18 et 25 ans qu'elles se distinguent le plus nettement, où parmi les usagers quotidiens, elles fument près de 7 joints par jour en moyenne, contre 5 et demi chez les garçons qui, dans cette classe d'âge, présentent des profils de consommation plus modérée du fait de la forte prévalence des recours judiciaires [4].

## ■ Profils des consultants et motivations d'usage

L'usage quotidien est significativement associé à l'âge des consultants (23 % à 12-15 ans, 34 % à 16-17 ans, 37 % à 18-25 ans, 46 % après 25 ans, p<0.001) mais aussi à leurs motivations d'usage, que l'enquête a, pour la première fois, questionnées. Plus de la moitié des usagers consultants déclarent consommer pour maîtriser une angoisse (56,3 %) ou par hédonisme (51,5 %), tandis que 34,2 % fument par habitude en éprouvant un sentiment de dépendance au cannabis. Les usages auto-thérapeutiques (« pour lutter contre l'angoisse et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup ») et

routinisés (« par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit »), étroitement corrélés (p<0.001), sont plus fréquents parmi les usagers quotidiens que parmi les plus occasionnels (respectivement 67,3 % *vs* 34,1 %, et 54,6 % *vs* 9,9 % parmi les occasionnels ; p<0.001). À l'inverse, les usages festifs (« pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage ») sont minorés parmi les usagers quotidiens (33,5 % *vs* 55,7 % parmi les occasionnels ; p<0.001).

L'intensité des consommations apparaît corrélée à la fréquence d'usage (les usagers quotidiens fument 5,8 joints par épisode en moyenne, *vs* 2,3 chez les occasionnels) mais aussi aux motivations d'usage : 37,6 % des usages auto-thérapeutiques et 47,9 % des usages habituels accompagnés d'un sentiment de dépendance au produit sont associés à des consommations intensives de plus de 5 joints un jour typique de consommation (*vs* 22,7 % des usages motivés par une recherche de convivialité).

## ■ Des taux élevés d'usage d'autres produits psychoactifs

Comme en 2005, logiquement, le tabagisme est d'autant plus fréquent que l'usage de cannabis est régulier : 90 % des fumeurs réguliers ou quotidiens de cannabis sont fumeurs quotidiens de tabac (*vs* 81 % des usagers occasionnels) et, parallèlement, la quasi-totalité des usagers jugés dépendants sont des fumeurs quotidiens de tabac (91 %). Le tabagisme quotidien et intensif est plus répandu parmi les filles, associé à des usages de cannabis réguliers ou quotidiens. Elles se caractérisent en revanche par une sur-représentation des personnes abstinentes à l'alcool (16,4 % *vs* 13,1 % ; p<0.001) et, parmi les usagers quotidiens de cannabis, par des taux d'usage quotidiens d'alcool similaires (15 %). Globalement, l'usage régulier d'alcool est le fait de 23 % des consultants.

Le public accueilli se distingue de la population générale par une sur-consommation des autres drogues illicites au cours des 12 derniers mois, hormis le poppers : cocaïne (11,8 % *vs* 0,6 % en population générale), ecstasy (11,1 % *vs* 0,5 %), champignons hallucinogènes (4,3 % *vs* 0,3 %), héroïne (5,4 % *vs* 0,1 %). Les femmes sont plus expérimentatrices que les hommes, contrairement à la population générale, ainsi que les plus de 25 ans (l'effet de l'âge et du sexe étant liés) : 15,4 % des femmes reçues ont consommé de l'ecstasy durant l'année passée (*vs* 0,2 % en population générale et 10,1 % des consultants masculins) et 14,2 % de la cocaïne (*vs* 0,3 % en population générale et 11,3 % des consultants masculins) [7].

Les expérimentateurs d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy sont plus souvent fumeurs réguliers ou quotidiens de cannabis (environ 75 % *vs* 55 % parmi les non-expérimentateurs) et

3. Aucun critère d'âge n'étant indiqué, ni dans le cahier des charges relatif à la mise en place des consultations « jeunes consommateurs » [2], ni dans la deuxième circulaire précisant leur cadre d'intervention CJC [3], le dispositif accueille depuis l'origine une part de consultants plus âgés, sous-évaluée dans la précédente enquête qui n'avait pas spécifié si l'âge était ou non un critère d'inclusion (13 % en 2005, 26 % en 2007).

4. Toutes les différences commentées dans ce paragraphe sont significatives (p<0.001).

plus précocement initiés (14,8 ans *vs* 15,5 ans), fumeurs quotidiens de cigarettes (94 % *vs* 87 %), buveurs quotidiens (10 % *vs* 4 à 5 %).

### Une demande majoritaire d'aide à l'arrêt de l'usage

Quelle que soit la fréquence d'usage, la demande d'aide majoritairement exprimée par les consultants est l'arrêt de la consommation (43,8 %). Au-delà, les attentes se différencient significativement selon le niveau d'usage et l'origine de la démarche ( $p < 0,001$ ) [8]. Ainsi, parmi les usagers quotidiens, les demandes d'aide à la réduction sans objectif d'arrêt complet arrivent en deuxième (22,0 %), devant l'absence de demande (17,6 %), liée à une pression judiciaire ou familiale, et les demandes d'information ou de conseil (13,8 %) ; les demandes de soutien psychologique ou psychiatrique sont plus fréquentes dans cette sous-population (2,8 % *vs* 2,3 %), ainsi que les demandes urgentes de sevrage immédiat (2,8 % *vs* 1,5 %), qui émanent souvent des demandeurs spontanés (à 41,9 %).

### Des usages plus occasionnels parmi les justiciables

La moitié des consommateurs viennent par la voie judiciaire (48 %), en général du fait d'une mesure alternative aux poursuites (66 %) : classement sous condition avec orientation sociosanitaire (33 %), injonction thérapeutique (18 %) ou rappel à la loi (15 %) – dont l'exécution entraîne une suspension des poursuites. Un quart relèvent à l'inverse du statut de condamnés, astreints à une obligation de soins (26 %) : mesure alternative à l'incarcération, le non-respect de l'obligation de soins expose à une mise en détention immédiate<sup>5</sup>.

L'orientation judiciaire est le premier motif de recours chez les garçons (55 % *vs* 21 % chez les filles). Le public justiciable comprend ainsi 4 fois plus de garçons (91,9 % *vs* 8,1 % de filles,  $OR=3,84$  ;  $p < 0,001$ ), ce qui reflète le *sex ratio* de la structure des interpellations pour usage de cannabis des statistiques du ministère de l'Intérieur (92,6 % des 97 460 usagers interpellés sont des hommes [6]).

L'analyse logistique<sup>6</sup> [8] confirme que les justiciables sont deux fois plus souvent des

jeunes majeurs (âgés de 18 à 25 ans) que des mineurs ( $OR=1,92$ ). Ils sont plus souvent déscolarisés ou sans emploi que scolarisés ( $OR=0,38$ ). Leur consommation de cannabis est plus souvent occasionnelle que régulière ( $OR=0,65$ ) ou quotidienne ( $OR=0,53$ ) et motivée par une recherche de plaisir et de convivialité ( $OR=1,59$ ) plutôt que par la gestion d'un mal-être psychologique ( $OR=0,63$ ). Il est moins probable que les consultants sous main de justice soient vus par un psychologue ( $OR=0,58$ ) et moins encore, par un médecin ( $OR=0,38$ ), et plus vraisemblable qu'ils soient reçus par un éducateur, un infirmier ou un travailleur social : en effet, 7 % seulement des consultants adressés par la justice sont vus par un médecin à la première consultation, contre 23 % des consultants venus spontanément et 21 % de ceux adressés par un professionnel de santé. Enfin, les justiciables font, plus souvent que les autres, l'objet d'évaluations limitées à une seule séance ( $OR=0,25$ ), conclue par la remise d'une attestation de présence, garantie d'exécution pénale opposable aux services judiciaires. Ils sont encore plus rarement orientés vers une autre structure ou un autre service ( $OR=0,16$ ).

### Les critères d'appréciation clinique de la dépendance

Plus d'un tiers des consultants sont jugés « dépendants » au cannabis (36 % en moyenne, cette proportion croissant avec l'âge des consultants pour atteindre 48 % parmi les plus de 25 ans), 25 % sont jugés en situation d'usage à risque, 22 % en situation d'usage simple et 17 % en situation d'usage nocif (ou abus) [Cf. figure].

L'enquête 2007 confirme que les deux variables orientent le plus fortement le diagnostic sont la fréquence d'usage (63 % des usagers quotidiens sont jugés dépendants) et le nombre de joints fumés qui toutefois, ne jouent pas comme critères univoques d'appréciation de la dépendance : ainsi, 5 % des usagers occasionnels sont jugés dépendants et plus d'un tiers des usagers quotidiens sont estimés en situation d'usage nocif (17 %), d'usage à risque (14 %) ou même d'usage simple (4 %), sans dépendance avérée au produit.

Les critères d'appréciation clinique de l'usage nocif et de la dépendance semblent mouvants.

Plus de 8 diagnostics sur 10 sont confirmés entre la première séance et la deuxième, en particulier la dépendance (84 %) et l'usage à risque (82 %). L'appréciation de l'usage nocif répond à des critères plus flous puisque ce diagnostic est révisé dans 67 % des cas à la deuxième séance (25 % sont tempérés en un diagnostic d'usage à risque et 8 % reformulés en un diagnostic de dépendance).

La sous-utilisation des tests de repérage des consommations problématiques limite la comparabilité des résultats : 32 % des consultants sont diagnostiqués sans référence à un test de dépistage connu et 20 % avec une grille clinique interne (en particulier quand ils sont vus par un psychologue, ce qui est le cas de 40 % d'entre eux). Parmi les outils connus, les plus uti-

lisés sont le CAST (pour 19 % des consultants, surtout vus par un médecin), l'ALAC (12 %), le DETC-CAGE (6 %), le DEP-ADO (5 %) et l'ADOSPA (3 %) [8].

L'analyse logistique<sup>7</sup> [8] montre que les consultants « dépendants » font plus fréquemment appel au dispositif pour réduire leur consommation de cannabis et ils expriment encore plus significativement un objectif d'arrêt complet. Les usagers dépendants se distinguent nettement par leurs motivations de consommation : ils sont plus nombreux que les autres à fumer pour lutter contre l'anxiété et, encore plus nettement, à ressentir une habitude et une dépendance au cannabis. En outre, ils sont plus souvent jugés dépendants quand un test de repérage tel que l'ADOSPA ou le DETC-CAGE est utilisé pour interroger leur consommation.

Les consultations uniques sont plus rares chez les consultants dépendants : il est trois fois plus fréquent que l'utilisateur dépendant soit incité à revenir pour une deuxième consultation, et quatre à cinq fois plus probable qu'il soit orienté vers un autre service au sein de la CJC ou vers une structure externe. Le dispositif joue donc bien son rôle de plate-forme de repérage des usages problématiques et d'orientation en conséquence vers des services spécialisés dans le traitement des addictions.

### Parcours de consommation et conditions d'efficacité

Parmi les consultants encouragés à revenir après la première visite, 30 % ne sont pas revus, ce qui confirme l'estimation du *drop out* faite en 2005. L'analyse montre en outre que toutes choses égales par ailleurs, les garçons décrochent plus souvent que les filles [8].

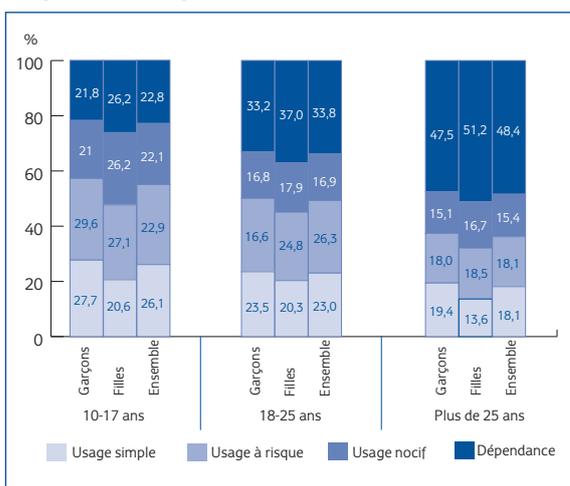
Parmi les consultants qui reviennent après la première visite ( $n=1 028$ ), la moitié déclare avoir réduit sa consommation dès la deuxième entretien ; 47 % l'ont stabilisée et 3 % l'ont augmentée. Les taux de réduction d'usage les plus élevés à court terme se retrouvent chez les consultants adressés par un professionnel de santé ou venus spontanément (56 % *vs* 43 % de consultants en phase de stabilisation), c'est-à-dire dans les deux populations déclarant, à la première visite, les plus fortes prévalences d'usage quotidien (respectivement 66 % et 59 % d'usagers quotidiens de cannabis *vs* moins de 50 % chez les autres primo-consultants).

5. Dans les 8 % de cas restants, la mesure judiciaire est une obligation de visite (3 %), une réparation pénale (1 %), un contrôle judiciaire (1 %) ou, dans respectivement moins de 1 % des cas, une composition pénale, un sursis avec mise à l'épreuve, une action éducative (AEMO), une consultation sur le conseil d'un avocat, une ordonnance judiciaire ou un suivi dans le cadre d'une peine aménagée.

6. Les variables de régression intégrées dans le modèle sont le sexe, l'âge, la situation actuelle, la fréquence d'usage du cannabis, les motivations d'usage, le diagnostic, le type de professionnel rencontré et la suite donnée à la consultation d'inclusion. Toutes les différences commentées dans ce paragraphe sont significatives ( $p < 0,001$ ).

7. Les variables de régression intégrées dans le modèle sont le sexe, l'âge, le fait d'être venu seul ou accompagné, l'ancienneté dans la CJC, la nature de la demande, la situation actuelle, le fait d'avoir expérimenté le cannabis avant 14 ans ou non, la fréquence d'usage du cannabis, la motivation d'usage, le professionnel rencontré, le fait d'avoir été diagnostiqué avec un test de repérage ou non et la suite donnée à la consultation d'inclusion.

Figure - Structure du public par âge, par sexe et par diagnostic d'usage ( $n=2726$ )



C'est parmi les consultants qui viennent pour une troisième ou une quatrième consultation que les taux de réduction de l'usage de cannabis sont les plus élevés (près de 60 %) : les usagers qui arrivent jusqu'à ce stade de consultation sont, logiquement, parmi les plus motivés. Cependant, ces taux de réussite chutent après la quatrième consultation et plafonnent autour de 40 %. Autrement dit, le nombre de séances influence favorablement les chances de diminuer la consommation de cannabis jusqu'à la quatrième : à partir de la cinquième, cette probabilité commence à décroître, ce qui peut traduire un changement de nature de la problématique, à ce stade du suivi (de l'enjeu d'une réduction à celui d'un sevrage).

Par ailleurs, le processus de réduction de la consommation de cannabis ne suit pas un mouvement linéaire : il est souvent ponctué par des rechutes. Si 50 % des consultants réduisent leur consommation après la première séance, parmi eux, 51 % seulement continuent de la faire baisser ; les autres déclarent une stabilisation de leur niveau de consommation lors de la séance suivante (13 %) et 35 % déclarent des niveaux d'usage en hausse qui annulent les effets de la première consultation.

Enfin, si l'usage de cannabis évolue, celui des autres produits psychoactifs fluctue lui aussi : un consultant sur dix en phase d'auto-restriction de cannabis augmente sa consommation de tabac. À l'inverse, un certain nombre réduisent, dans le même mouvement, leur consommation d'alcool (16 %). Malgré les taux de non-réponse relativement élevés (33,4 %) qui obèrent les possibilités d'analyse, il apparaît clairement que l'effet de ciseau (ou *switch* d'une substance à l'autre) est relativement limité à court terme parmi les consultants. La hausse du tabagisme est en revanche d'autant plus courante que la fréquence d'usage du cannabis est élevée au départ (12,5 % des usagers quotidiens *vs* 11,4 % des réguliers et 9,4 % des occasionnels ;  $p < 0.01$ ).

L'analyse logistique<sup>8</sup> [8] montre que le public qui parvient à réduire sa consommation de cannabis à court terme (sans que l'on puisse savoir si cette réduction est durable) est significativement plus masculin et plus âgé (plus de 25 ans *vs* mineurs). À profil égal, les individus qui diminuent leur consommation sont plus fortement scolarisés et/ou insérés professionnellement ; ils sont plus souvent usagers occasionnels au départ, plutôt que quotidiens (OR=0,59,  $p < 0.05$ ). Enfin, la capacité à diminuer est plus nettement associée aux débuts du parcours de consultation (jusqu'à la troisième séance) et à des usages déclarés auto-thérapeutiques (pour réguler l'anxiété).

## Discussion - Conclusion

Le dispositif, centré sur une clientèle-cible d'usagers de produits (80 %) principalement concernés par le cannabis (92 %), constitue un recours contraint pour la moitié du public qui sursoit ainsi à des poursuites pénales ou à une peine d'emprisonnement : c'est en particulier le cas des garçons qui, à tous les âges, sont majoritairement adressés par la justice (surtout entre 18 et 25 ans). Cette judiciarisation du dispositif semble s'être accentuée entre 2005 et 2007.

Les profils de consommation féminins apparemment plus sévères s'expliquent par des modalités différentes de recours au dispositif :

les filles viennent plus souvent spontanément (35 % *vs* 19 %). On pourrait déduire de la différenciation des profils d'usage par genre que les filles confrontées à des problèmes d'usage « légers » consultent ailleurs que dans les CJC, qu'elles ne consultent pas du tout [9] ou que leurs circonstances d'usage, moins souvent en public ou dans la rue, les prémunissent contre les interpellations policières qui fournissent aux CJC la majorité des contingents masculins [10].

L'enquête 2007 permet par ailleurs de conclure à l'influence significative de plusieurs variables favorisant les chances de voir s'abaisser la consommation de cannabis après la première consultation : le **sexe** (les filles étant moins enclines à réduire leur consommation) ; l'**âge** : les usagers de plus de 25 ans fréquentant ce type de structure ont une chance de diminuer leur consommation de 55 % supérieure aux mineurs, l'usage de cannabis étant sans doute associé à une étape de la vie adolescente ; à partir de 25 ans, les anciens fumeurs sortent du système scolaire, entrent dans la vie professionnelle, commencent une vie conjugale et/ou familiale, qui sont autant de facteurs incitant à la réduction de l'usage : les consultants **scolarisés ou actifs occupés** ont deux fois plus de chances de réduire leur usage de cannabis par rapport à ceux qui sont déscolarisés, sans activité ou au chômage ; le **nombre de visites** augmente également la probabilité d'une baisse de l'usage : c'est à la troisième séance que l'effet du nombre de visites est le plus significatif (ceux qui continuent sont ceux qui ont l'intention la plus vigoureuse d'arrêter), ce qui, en termes de prévention, traduit un besoin de soutien et d'encadrement dans la démarche d'auto-limitation – d'où l'importance de retenir les consultants dans le dispositif au-delà des deux premières consultations ; les **fréquences occasionnelles d'usage** de cannabis enfin, et le **motif d'usage**, sont eux aussi fortement associés à une plus grande probabilité de réduire l'usage : le fait de fumer pour lutter contre l'anxiété et le stress est associé à un léger sur-risque de diminuer la consommation de cannabis au-delà de la consultation d'inclusion. C'est donc au début du parcours de suivi dans le dispositif que se mettent en place les conditions favorables à une réduction de la consommation de cannabis et après la troisième consultation que l'enjeu d'un arrêt complet devient plausible.

L'intérêt de l'étude est de décrire le public reçu et la réponse qui lui est offerte, dans une réflexion plus globale sur les pratiques professionnelles. Il faut cependant se montrer prudent dans l'interprétation, qui repose sur le croisement de données déclaratives (fréquence ou motivations d'usage du cannabis), exposées au risque d'une dissimulation ou d'une sous-estimation (en particulier chez les consultants sous contrainte judiciaire), et de données hétéro-administrées (diagnostic, test utilisé). Le rapport complet [8] apportera des éclairages complémentaires sur les réponses offertes distinguées par profils de consultants.

8. Les variables de régression intégrées dans le modèle sont le sexe, l'âge, le fait d'être venu seul ou accompagné, l'ancienneté dans la CJC, la nature de la demande, la situation actuelle, le fait d'avoir expérimenté le cannabis avant 14 ans ou non, la fréquence d'usage du cannabis, la motivation d'usage, le professionnel rencontré, le fait d'avoir été diagnostiqué avec un test de repérage ou non et la suite donnée à la consultation d'inclusion.

## Références

- [1] Obradovic (I.), « Consultations cannabis ». *Enquête sur les personnes accueillies en 2005*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 109 p.
- [2] Circulaire n°DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille (NOR : SANP0430495C).
- [3] Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie (NOR : SJSP0830130C).
- [4] Obradovic (I.), « Les usagers des consultations cannabis en 2005 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°33, 2007.
- [5] Legleye (S.), Spilka (S.), Le Nézet (O.), *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France, Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 77 p.
- [6] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRITIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2007*, 2008, 119 p.
- [7] Beck (F.), Guilbert (P.), Gautier (A.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, INPES, 2007, 593 p.
- [8] Obradovic (I.), *Usagers des consultations jeunes consommateurs (2004-2007). Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, Saint-Denis, OFDT (à paraître en 2009).
- [9] Aliaga (C.), « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *INSEE Première*, n°869, 2002.
- [10] Peretti-Watel (P.), Beck (F.), Legleye (S.), « Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis », *Déviante et Société*, (28) n°3, 2004, pp.335-352.

## Remerciements

Eric Janssen, Anaëlle Coquelin, Stéphane Legleye

## Tendances

Directeur de la publication  
Jean-Michel Costes

Comité de rédaction  
Sylvain Dally, Alain Epelboin,  
Jean-Dominique Favre,  
Serge Karsenty, Annette Leclerc

Secrétariat de rédaction  
Julie-Émilie Adès

Maquettiste  
Frédérique Million

Impression  
Imprimerie Masson / 69, rue de Chabrol  
75010 Paris

ISSN 1295-6910  
Dépôt légal à parution

Observatoire français des drogues  
et des toxicomanies

3, avenue du Stade de France  
93218 Saint-Denis La Plaine cedex  
Tél : 01 41 62 77 16  
Fax : 01 41 62 77 00  
e-mail : ofdt@ofdt.fr