

BILAN DES ATELIERS

Docteur Alain Morel

Les ateliers ont été conçus par le Comité de Pilotage comme l'espace privilégié de rencontre et d'échange de ces journées. Au regard des fiches d'évaluation recueillies à la fin de chaque session, cet objectif semble avoir été rempli, même si tel ou tel atelier a rencontré plus de difficultés que les autres pour permettre aux débats de se développer de façon collective et approfondie.

Les ateliers ont été animés par des professionnels, 15 au total, issus de différentes associations impliquées dans le CP (ANIT, ANPAA, AFDEM, CUNEA). Chaque session d'atelier a porté sur les thèmes abordés précédemment en séance plénière. Une restitution a été réalisée à la fin de chacune des rencontres par l'un des animateurs après une préparation collective entre les cinq animateurs de la session, aidés par un membre du CP.

Voici la synthèse de ces restitutions.

Les structures porteuses des consultations

Si les consultations sont en majorité adossées à des CSST, il existe - dans ce domaine comme dans tous les autres - une très grande hétérogénéité des situations et une très grande disparité géographique.

Cette diversité se retrouve dans les ancrages institutionnels locaux. Elle liée à :

- > l'inégalité des moyens,
- > l'inégalité de l'offre de soins locale,
- > l'adaptation des pratiques aux données du terrain et à l'histoire des institutions et de leurs réseaux,
- > des « stratégies » institutionnelles de développement.

Ainsi, l'adéquation des réponses et de la nature de la structure porteuse aux besoins locaux ne paraît pas toujours réalisée ou seulement partiellement. Cela se répercute grandement sur l'application du cahier des charges.

l'application du cahier des charges

Ce cahier des charges des consultations a été diversement commentés, parfois durement comme lors de la troisième synthèse où le rapporteur des ateliers l'a présenté comme un thème de « décharge » pour certains participants... Pour d'autres, il s'agit d'un dispositif novateur qui a induit de la créativité. Sans doute y a-t-il une différence de génération dans cette divergence d'appréciation, les plus anciens dans le dispositif spécialisé en toxicomanie considérant parfois que leur pratique déjà ancienne n'est pas reconnue (« on n'a pas attendu qu'arrivent ces consultations pour rencontrer de jeunes usagers... ») alors que les professionnels plus récents trouvaient davantage d'innovation dans un dispositif qui les aide à formaliser et renforcer des pratiques, déjà existantes certes, mais pour une part seulement.

Une réticence a été plusieurs fois exprimée vis-à-vis de l'approche par produit qui sous-tendrait ces consultations dévolues au cannabis, pour d'autres ils n'y voient qu'une « accroche ».

« En fait, beaucoup font, dans les consultations, ce qu'ils faisaient déjà avant » concluait une synthèse.

D'autres réticences se sont manifestées à propos d'approches comme les entretiens motivationnels et surtout la TCC présentées pendant les rencontres et sentées, aux yeux de certains participants, traduire une volonté des organisateurs « d'imposer aux professionnels une façon de penser et de faire ».

Au-delà de ces différences de points de vue, les modalités d'application du cahier des charges sont très hétérogènes du fait :

- D'équipes plus ou moins pluridisciplinaires
- De structures et d'implantations très diverses des consultations (hôpital, CSST, CCAA, PAEJ, ...)
- De financements donc de temps disponibles très variables
- De formations techniques très disparates
- De réseaux de proximité et des partenaires plus ou moins étoffés
- De files actives très inégales.

Mais la disparité de ces situations n'est pas la seule raison des difficultés d'application du cahier des charges. Il y a aussi des problèmes de « positionnement » professionnel et de cohérence avec les modalités d'action déjà développées par les structures porteuses. Cette question sera récurrente et s'exprimera avec une certaine ambivalence : le cahier des charge est-il un « carcan », un « formatage » imposé d'en haut ou un facteur de nouvelles pratiques ? Cela reviendra principalement à propos des deux thèmes de la première journée : l'utilisation d'outils notamment pour l'évaluation clinique et le repérage, et le fait de vouloir limiter les interventions dans le temps. Moins lors de la seconde qui portait sur le partenariat et les publics spécifiques.

Evaluation clinique

Pour certains, l'utilisation d'« outils » destinés à objectiver « la clinique » fait craindre la perte du sens clinique, nuit à la qualité humaine de la relation et prive le professionnel de liberté dans son écoute. De plus, leur caractère innovant, ouvrant sur d'autres façons positives de travailler, est contestée.

Pour d'autres, au contraire, l'utilisation d'outils d'évaluation est très utile si elle s'accompagne d'une appropriation des questionnaires par les professionnels et s'ils ont la capacité et la possibilité de les adapter à la spécificité des personnes, de leurs conduites de consommation et du contexte de la rencontre.

Dans la pratique :

- La préférence va souvent à une grille de lecture de type « aide à l'auto-évaluation ».
- Ces outils d'évaluation sont importants pour certains, accessoires pour d'autres.
- Ils ne sont pas utilisés de façon systématique et pas du tout par bon nombre de consultations.
- Les outils actuels ne paraissent pas adaptés, et de nouveaux seraient à créer

L'accord est plus général sur l'intérêt d'évaluer la fonction de la consommation pour pouvoir orienter la prise en charge (indications) : « qu'est ce qui se cache derrière la cannabis, n'est-ce pas un prétexte à demander autre chose ? ».

Dans cette perspective, les questionnaires et autres « échelles » ont une fonction « d'outils de médiation », de « tiers objectif » et ils peuvent aider à la réduction des conséquences plus que de la consommation elle même.

La question de l'évaluation s'est trouvée souvent amalgamée à celle du repérage, et ce terme a été plusieurs fois assimilé à du « dépistage ». Ce qui semble traduire une faible pratique d'outils de repérage dans un réseau de partenaires.

interventions limitées dans le temps

Sur ce point aussi, des incompréhensions ou des critiques du cahier des charges ont été formulées par des participants. Plusieurs ont souligné les contradictions entre les notions de « prise en charge » et « d'intervention brève ». En fonction des produits et des usages, où les « range-t-on » : « consultations ou « CSST » a questionné l'une des synthèses ?

La synthèse de la première session a fait part d'un accord assez général sur le caractère

« fictif » de la limitation à 5 du nombre des entretiens, ce qui amènerait nombre d'équipes à « biaiser », notamment dans le recueil statistique. Tous s'accordent sur la nécessité, dans un certain nombre de cas (en particulier les plus difficiles) de ne pas « briser la relation établie ». Pour autant, le dispositif promu par le cahier des charges est perçu comme permettant de soulever la question de la différenciation des temps, des espaces et de ce qui légitime la rencontre entre un adolescent et un professionnel, en distinguant le temps de l'évaluation et du conseil de celui de la prise en charge.

Pour certains jeunes, la problématique ne justifie ni un temps long ni un dispositif clinique, pour d'autres il ne faut pas leur donner l'illusion que la simple évaluation va leur permettre de faire l'économie de questions plus fondamentales et les priver d'une aide à moyen ou long termes dont ils ont besoin.

La notion de rencontre précoce est jugée importante, mais il est parallèlement souligné que la relation autour de tels sujets avec un adulte n'est ni simple ni interchangeable, et que les notions de lien, de « cadre » voire d'« l'alliance thérapeutique » sont également importantes.

Partenariat

La pratique « en réseau » et de partenariats est elle aussi très diversement développée, mais elle est unanimement considérée comme très importante et insuffisamment prévue, soutenue, par le cahier des charges.

En amont les partenaires essentiels sont l'Éducation Nationale, les parents, la justice, parfois les CPAM, les CODES, la médecine générale, les intervenants sociaux,...

En aval ce sont les centres spécialisés, la psychiatrie et aussi les milieux scolaires, la médecine générale,...

Mais la mobilisation de la médecine générale semble être plutôt de l'ordre du vœu pieux : « comment mobiliser les médecins libéraux ? » demandait l'un des rapporteurs. Certaines consultations signalent de grosses difficultés d'orientation des jeunes « hors réseau constitué », par exemple pour des problèmes psychiatriques ou sociaux graves.

La vie d'un partenariat passe par des systèmes de communication et de collaboration larges et assez stables, mais cela exige du temps et des compétences qui paraissent manquer et conduire à demander un « soutien national ».

Le travail de « repérage » apparaît comme un moyen « donner une culture commune » au réseau et surtout de s'ouvrir vers d'autres publics rencontrés plus précocement.

Cela impliquerait pour les professionnels des consultations d'avoir les moyens d'« aller vers et de délocaliser la relation ».

« Il faut consacrer du temps et des moyens pour ce travail en amont, non prévu au cahier des charges des CS » ont répété les trois rapports.

Les consultations ont une place souvent originale et qui apparaît dynamisante entre la prévention et le soin. Cette place est différente selon les lieux, les structures porteuses, les moyens humains, la réalité du réseau local, mais elles sont toujours des éléments qui favorisent les coopérations, d'un point de vue général, « et notamment entre CSST et CCAA » a noté un rapporteur.

Le(s) public(s)

Les participants aux ateliers ont confirmé les données fournies par l'OFDT : les jeunes viennent rarement par eux-mêmes. Ils sont très généralement adressés dans le cadre de diverses mesures de pression ou d'obligation, par les établissements scolaires, la justice, la police, les parents. Pour autant, l'adhésion des jeunes à ce qui leur est proposé semble observée dans bon nombre de cas.

Mais certains remarquent que « le public ciblé par le cahier des charges » n'est pas toujours celui qui fréquente en réalité les consultations : il y a pas mal de consultants de plus de 25 ans et d'adolescents qui n'ont pas que ou pas du tout de problème de cannabis.

A contrario, parmi le public reçu, se trouvent de grands consommateurs de cannabis sans psychopathologie ni difficultés majeures, sociales ou autres.

Nombre de consultations ne fixent pas de limite d'âge et se situent plus ou moins explicitement comme « une porte d'entrée au CSST pour les jeunes ».

La diversité des publics et des demandes (mineurs, grands dépendants, parents en détresse...) posent des problèmes de compétences dans certaines structures peu pourvues en personnels et en expérience.

L'accueil des parents constitue un versant important voire majoritaire de la pratique : « nous jouons un rôle essentiel dans la médiation et dans la requalification des parents ».

Beaucoup s'interrogent sur cette fonction et ont été amenés à dissocier l'accueil des jeunes et des familles. D'autres le font dans le même espace.

Propositions

Quelques ateliers ont formulé des propositions répercutées dans les synthèses.

« La qualité innovante du dispositif dépend de sa capacité à ne pas s'enfermer sur le cannabis, mais comment maintenir un tel dispositif sur tous les produits, ne faudrait-il pas changer de nom ? » demandait par exemple un rapporteur.

Dans la plupart des ateliers a été soulevée la question du lien de ces consultations avec les actions de prévention. Ce lien apparaît indispensable à l'efficacité du dispositif. « Les intervenants des consultations sont demandeurs d'un travail en amont pour sensibiliser, former, informer, pour être connus et reconnus » a conclu l'un des rapports de synthèse. Ce qui nécessite que les structures porteuses et/ou les consultations elles mêmes bénéficient des moyens pour s'investir suffisamment dans le travail de réseau de prévention et impliquer notamment l'éducation nationale ; des moyens « quantitatifs et qualitatifs » de pérennisation de ce travail

Une autre demande porte sur la réduction des inégalités géographiques.

D'une manière générale, les professionnels présents souhaitent une liberté d'approche et d'adaptation des procédures sur la base des protocoles existants.

Cela signifie aussi la création d'outils « internes » en matière de repérage et d'évaluation.

Un besoin de formations et d'échanges entre professionnels s'est aussi exprimé, étant donné la diversité des savoir-faire et des techniques utiles à la pratique.

Tout cela pourrait faire l'objet de sortes de recherche-actions.