

ÉVALUATION DU DISPOSITIF DES « CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS » (2004-2007)

**PUBLICS, FILIÈRES DE RECRUTEMENT,
MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE**

Ivana Obradovic

REMERCIEMENTS

Les professionnels des « consultations jeunes consommateurs » qui ont répondu à l'enquête.

Stéphane LEGLEYE, pour son appui et ses conseils méthodologiques.

Eric JANSSEN pour la mise en forme des régressions logistiques.

Laure VAISSADE, Isabelle EVRARD et Anaëlle COQUELIN pour l'ensemble des données collectées dans le cadre du système de recueil SIMCCA.

Olivier PHAN et Jean-Pierre COUTERON qui ont accepté de tester le questionnaire 2007 dans leurs consultations respectives.

Nadine LANDREAU, Valérie MOUGINOT et Guillaume PRUNIER pour les relances téléphoniques des consultations jeunes consommateurs.

Frédérique MILLION (OFDT) et Jérôme TAIEB (MASSON) pour la conception graphique et la réalisation du questionnaire.

L'équipe de la société SMSI qui a effectué la saisie informatique des questionnaires et participé à l'exploitation statistique, en particulier Elisabeth JUISSHOMME, Marie-Liesse VERDIER et Alain GUIRAMAND.

Les relecteurs : Sylvain DALLY, Serge KARSENTY, Frédérique MILLION, Hassan BERBER.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE ET DE L'ÉCHANTILLON	10
L'ENQUÊTE ET LES MÉTHODES UTILISÉES	10
Présentation générale de l'enquête	10
Le questionnaire	11
Méthodes statistiques utilisées	12
Apports et limites	14
L'ÉCHANTILLON	16
Taux de réponse par département	17
Taux de réponse par région	17
Recodage des non-réponses et des incohérences	20
Structure de l'échantillon exploitable	22
PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE CONSULTANTS	28
PRODUIT MOTIVANT LE RECOURS AU DISPOSITIF	30
CIRCONSTANCES DE CONSULTATION (CONSOMMATEURS ET ENTOURAGE)	32
Les circonstances de consultation de l'entourage	33
Les circonstances de consultation des consommateurs	34
SITUATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE DES CONSOMMATEURS	37
Situation actuelle des consommateurs	37
Situation scolaire des consultants entre 16 et 25 ans	40
Comparaison de la situation scolaire des consultants avec la population générale (à 17 ans)	41
Comparaison avec le public reçu en 2005	43

PROFILS DE CONSOMMATION (CANNABIS ET AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS)	48
PRODUIT(S) À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION	48
CONSOMMATIONS DE CANNABIS DÉCLARÉES (HORS ENTOURAGE)	49
Six consultants sur dix déclarent un usage régulier ou quotidien de cannabis	49
Des demandes différenciées selon la fréquence de consommation du cannabis	50
Évolution des profils d'usage féminins et masculins entre 2005 et 2007	53
Des profils d'usage différenciés selon l'âge	57
Les usagers quotidiens fument en moyenne près de 6 joints par jour 30 % des consultants fument au moins 5 joints un jour typique de consommation	59
Des motifs d'usage multidimensionnels, dominés par la régulation de l'angoisse et la recherche de plaisir	61
Des usages auto-thérapeutiques sur-représentés parmi les filles	63
Des motivations d'usage qui se complexifient avec la hausse des fréquences d'usage	64
Des motivations d'usage fortement différenciées selon le genre	66
Motivations d'usage chez les usagers intensifs	67
EXPÉRIMENTATION DU CANNABIS	68
L'âge de la première prise de cannabis	68
Expérimentation du cannabis et usage actuel	70
USAGES DÉCLARÉS D'AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS	72
Un tabagisme très fréquent parmi les usagers de cannabis	72
FOCUS :	
LES MINEURS INITIÉS AU CANNABIS AVANT 14 ANS	72
Spécificités du public féminin en termes de comportement tabagique	74
Du tabac au cannabis...	75
Un quart des usagers de cannabis reçus sont des buveurs réguliers d'alcool	76
Autres substances illicites : une sur-expérimentation parmi les femmes et les consultants plus âgés	78
FOCUS :	
LES CONSULTANTS REÇUS POUR UN PROBLÈME LIÉ À LA COCAÏNE	82

MODALITÉS DE RECOURS AUX « CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS »	83
MODALITÉS DE RECOURS À LA CONSULTATION CHEZ LES CONSOMMATEURS	83
DES MODALITÉS DE RECOURS DIFFÉRENCIÉES SELON LE SEXE ET L'ÂGE	83
UN PUBLIC FÉMININ PLUS SPONTANÉMENT DEMANDEUR ET PLUS ÂGÉ	85
CONSULTANTS SOUS MAIN DE JUSTICE : LA PRÉVALENCE DES ALTERNATIVES AUX POURSUITES	86
PROFIL SPÉCIFIQUE DES CONSULTANTS SOUS MAIN DE JUSTICE (VS CONSULTANTS VENUS SPONTANÉMENT OU SUR SUGGESTION)	88
PROFIL DES CONSULTANTS SOUS MAIN DE JUSTICE SELON LE TYPE DE MESURE JUDICIAIRE	90
MODALITÉS DE RECOURS ET DIAGNOSTIC D'USAGE	93
FACTEURS ASSOCIÉS AU DIAGNOSTIC D'USAGE	95
STRUCTURE DES USAGERS SELON LE DIAGNOSTIC	95
TYPE D'USAGE DIAGNOSTIQUÉ, PAR TRANCHE D'ÂGE	97
PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES CONSULTANTS SELON LE DIAGNOSTIC D'USAGE	98
Profil spécifique des consultants diagnostiqués dépendants	100
LES CRITÈRES CLINIQUES D'APPRÉCIATION DE LA DÉPENDANCE	102
Une sur-représentation des dépendants parmi les usagers quotidiens et intensifs de plus de 25 ans	102
L'influence de l'âge d'expérimentation du cannabis sur le diagnostic	104
Un certain flou des critères diagnostiques	105
SUIVI OFFERT EN « CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS »	106
UNE PART DE PRIMO-CONSULTANTS DOMINANTE MAIS EN BAISSÉ	106
ORIENTATION SUIVANT LE DIAGNOSTIC	108
ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS	109
FOCUS :	
LES CONSULTANTS QUI RÉUSSISSENT À RÉDUIRE LEUR NIVEAU DE CONSOMMATION DE CANNABIS	115
DURÉE DU SUIVI EN « CONSULTATION CANNABIS » ET DÉLAIS D'ATTENTE	117
PERSONNEL D'ACCUEIL	120

ORIENTATION PROPOSÉE À L'ISSUE D'UNE PREMIÈRE CONSULTATION (NOUVEAUX CONSULTANTS)	122
Suites données à la 1 ^{ère} consultation	123
Estimation et déterminants du taux d'abandon (ou <i>drop out</i>) en 2007	124
Typologie du public reçu un mois donné	130
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES HÉTÉROGÈNES	133
Les pratiques de repérage des consommations nocives	133
Le filtrage du public à l'entrée dans le dispositif	136
SYNTHÈSE THÉMATIQUE 1 - LE PUBLIC FÉMININ DES CJC	137
SYNTHÈSE THÉMATIQUE 2 - LE PUBLIC MINEUR	140
ANALYSES RÉGIONALES	142
STRUCTURE RÉGIONALE DU PUBLIC CONSOMMATEUR	142
SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES DANS LES MOTIFS DE RECOURS AU DISPOSITIF	144
SYNTHÈSE GÉNÉRALE DES RÉSULTATS	146
CONCLUSION	154
ANNEXES	158
Questionnaire 2007	159
Nombre de réponses et taux de retour des consultations cannabis par département	163
Liste des tableaux et figures	167
Bibliographie	172
Références législatives et réglementaires	172

INTRODUCTION

Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus expérimenté et le plus consommé en France, en particulier chez les jeunes : en 2007, 5 % des garçons et 2 % des filles en faisaient, à 16 ans, un usage régulier (10 épisodes de consommation et plus dans le mois écoulé)¹. Partant de ce constat, le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont décidé de mettre en place, en février 2005, un programme de prévention de l'usage du cannabis, fondé sur une campagne de sensibilisation aux effets de cette consommation². En parallèle, un dispositif de « consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives » a vu le jour : communément appelées « consultations cannabis » ou « consultations jeunes consommateurs », elles ont progressivement ouvert dans tous les départements (à raison d'une structure au moins par département)³.

L'OFDT recensait 266 consultations jeunes consommateurs, gratuites et anonymes, en 2005 et 274 en 2007. Au cours de leur première année de fonctionnement, ces consultations ont accueilli environ 15 200 consommateurs de cannabis et 12 400 personnes de l'entourage d'un consommateur. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 adopté en juillet 2008 vise à « tripler le nombre de jeunes pouvant bénéficier de l'aide des consultations », en rendant plus visible le dispositif actuel par des actions de communication et en créant une cinquantaine de nouvelles consultations pour permettre une couverture

1. Source ESPAD 2007, OFDT.

2. Cette campagne d'information médiatique a été déclinée sous plusieurs formes : spots diffusés à la télévision et à la radio, messages dans la presse quotidienne nationale, brochures d'information, mise en service d'une ligne spécifique « Ecoute cannabis ».

3. 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).

territoriale adaptée (notamment en zone rurale)⁴. Le Plan prévoit également de renforcer la polyvalence des consultations en accueillant également les usagers problématiques de cocaïne (« mobiliser les consultations jeunes consommateurs pour repérer et prendre en charge les consommations à risque dans le cadre de la polyvalence de ces consultations », p.66).

Par ailleurs, le cadre institutionnel des consultations jeunes consommateurs a évolué depuis l'introduction de la circulaire relative aux CSAPA (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) en février 2008⁵ qui abroge le cahier des charges préexistant⁶. Les consultations relèvent donc du nouveau cadre constitué par les CSAPA (mesure 14 du Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011), désormais chargés d'assurer l'accueil, l'information, l'évaluation, l'orientation du consommateur ou de son entourage. Les missions dévolues aux consultations, leur public et les substances considérées ont ainsi été précisés :

■ L'objectif des consultations jeunes consommateurs est « d'agir dès les premiers stades de la consommation (usage, usage nocif) » et d'assurer « accueil, information, évaluation, prise en charge brève et orientation, si nécessaire ». Les consultations sont missionnées en particulier pour réaliser une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du consommateur et repérer un éventuel usage nocif ; offrir une information ou un conseil personnalisés, voire une prise en charge brève aux usagers à risque ; accompagner ou proposer une orientation aux personnes en difficulté lorsque la situation le justifie (complications somatiques ou psychiatriques, dépendance, prise en charge au long cours, etc.) ; offrir un accueil et une information à l'entourage en difficulté du fait de la consommation de leur proche ; proposer un accueil conjoint du consommateur et de son entourage ; susciter la motivation au changement en matière de comportements de consommation ; aller à la rencontre des personnes en difficultés potentielles et se faire connaître des partenaires et institutions telles que : éducation nationale, éducation spécialisée, professionnels de santé, notamment de ville ; recevoir les personnes adressées par la justice, dans le cadre d'une alternative aux poursuites ou d'une injonction thérapeutique en cas de poursuite ; éventuellement participer à des actions d'information et de prévention collective et les mettre en œuvre. Dans ces cas, ces actions ne sont pas financées par l'assurance-maladie.

4. Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie (NOR : SJSP0830130C). Voir en particulier l'annexe 4 : « Evolution du cadre des consultations jeunes consommateurs » (http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/addictions/08_79t0.pdf).

5. Cahier des charges des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leurs familles (<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-42/a0422800.htm>).

6. Cahier des charges des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leurs familles (<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-42/a0422800.htm>).

- Les consultations jeunes consommateurs « s'adressent, en priorité, aux jeunes, y compris les mineurs », et « une attention particulière doit être portée aux adolescents et aux jeunes adultes, sans pour autant totalement exclure des patients plus âgés pour lesquels ce type d'intervention s'avère utile » ou même l'entourage, qui « doit pouvoir trouver (...) une écoute et un soutien dans les difficultés qu'ils ressentent vis-à-vis des consommations ou comportements addictifs de leurs proches ».
- Les consultations jeunes consommateurs, initialement centrées sur les consommations de cannabis « au point qu'elles sont aujourd'hui le plus souvent appelées consultations cannabis », doivent « désormais répondre aux mêmes besoins pour l'ensemble du champ de l'addictologie, en insistant particulièrement sur les consommations d'alcool, de cannabis, de cocaïne et de psychostimulants, ainsi que sur les polyconsommations ». « Les personnes présentant une addiction à des comportements sans consommation de substance associée (jeux, internet, travail...) peuvent également être accueillies ».

Autrement dit, la spécificité de ces consultations tient à la double fonction qu'elles assurent : structures d'évaluation et d'accompagnement pour les usagers à risque, elles jouent également le rôle de plate-forme d'orientation vers des structures spécialisées plus ajustées aux besoins du consommateur, en cas d'usage nocif avéré ou de dépendance, non seulement au cannabis mais aussi à l'ensemble des autres substances psychoactives et comportements addictifs sans usage de substances. Ces consultations ad hoc, rattachées aux CSAPA ou aux consultations hospitalières d'addictologie, sont donc supposées contribuer à une meilleure visibilité de l'offre de soins disponible pour l'ensemble des personnes en situation problématique avec un usage de substance ou une pratique addictive. Elles doivent permettre un travail « motivationnel » avec ces usagers, leur fournir une information sur les risques et la dépendance et leur proposer, le cas échéant, une aide au sevrage.

Ces consultations d'évaluation ont fait l'objet d'une première enquête en 2005, au cours d'un mois donné. Ce sont les résultats de la seconde édition, en 2007, qui sont présentés ici. Celle-ci apporte des éclairages complémentaires sur les caractéristiques et les « trajectoires de consultation » des personnes reçues, sur la nature de l'offre proposée dans les consultations (nombre moyen de consultations, type de suivi offert, personnel d'accueil, orientations proposées) et les pratiques professionnelles développées (utilisation d'outils de repérage, orientations proposées, etc.).

Par rapport à l'édition 2005, l'enquête 2007 apporte également des éléments d'analyse sur les parcours amorcés en consultation jeunes consommateurs, et notamment sur l'évolution des consommations après le premier contact avec le dispositif. Elle décrit la façon dont le dispositif prend en charge le public demandeur, en interrogeant le rôle de passerelle entre prévention et prise en charge imparti à ce dispositif.

DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE ET DE L'ÉCHANTILLON

L'ENQUÊTE ET LES MÉTHODES UTILISÉES

Présentation générale de l'enquête

L'exercice 2007 est le deuxième exercice de l'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis. Cette enquête a pris le relais du système de suivi mensuel de l'activité des consultations cannabis, dit SIMCCA. Elle couvre la métropole et les départements d'outre-mer.

L'enquête 2007 s'appuie sur les réponses des professionnels qui ont reçu les patients (ou leur entourage) en consultation entre le 20 mars et le 20 avril 2007 : le questionnaire a ensuite été complété à chaque nouvelle visite, jusqu'au 30 juin 2007. Les données ainsi collectées permettent d'observer les parcours de suivi proposés aux consultants de ce dispositif.

La période d'inclusion retenue en 2007 est semblable à celle choisie en 2005 : elle a été limitée à un mois, au printemps (saison de forte activité). Elle s'est attachée à inclure un nombre identique de mercredis (jour d'ouverture dans 85 % des consultations) : la période d'inclusion de l'exercice 2007 s'est trouvée comprise entre le 20 mars et le 20 avril 2007, alors qu'en 2005, elle s'échelonnait du 15 mars au 15 avril. Dans les deux exercices, la population incluse dans l'étude a ensuite été suivie jusqu'au 30 juin 2007.

L'exercice 2007 permet de décrire des tendances sur trois ans, entre le lancement du dispositif en 2005 et l'atteinte de son « rythme de croisière » après deux années de fonctionnement ordinaire (2006/2007). Il intègre aussi des questions nouvelles portant sur la nature de la demande exprimée en consultation, les motifs d'usage du cannabis et l'évolution des consommations de consultation en consultation, à la fois pour le cannabis, l'alcool, le tabac ou d'autres substances.

La saisie des questionnaires a été sous-traitée par la société de prestation informatique SMSI. Elle s'est déroulée suivant le rythme de réception des questionnaires à l'OFDT, entre les mois de juillet et novembre 2007. La société SMSI a ensuite été sollicitée pour l'assistance à l'exploitation statistique, entre novembre 2007 et mars 2008.

Le questionnaire

Le questionnaire a été révisé pour l'édition 2007 de l'enquête (cf. annexe 1), en tenant compte des imperfections de la version initiale, construite en deux parties distinctes (données relatives au consommateur/données relatives à l'entourage familial).

Le nouveau questionnaire, subdivisé en 3 parties, a ainsi permis de recueillir des informations :

1. sur la nature de la demande du/de(s) consultant(s) (consommateur ou entourage) lors de la 1ère visite dans la période d'inclusion :

- Nombre et qualité (consommateur / non-consommateur) des personnes présentes à la consultation ;
- Lien de parenté (le cas échéant) entre les consultants (quand le consommateur vient accompagné) ;
- Produit principal à l'origine de la consultation (cannabis, tabac, alcool, autre) ;
- Type de demande (information, aide à la réduction ou à l'arrêt de la consommation, etc.) ;
- Nombre de visites antérieures.

2. sur le profil du consommateur :

- Sexe ;
- Date de naissance ;
- Situation actuelle (collégien/lycéen, étudiant, en activité, etc.),
- Situation scolaire (le cas échéant) ;
- Origine de la démarche (spontanée, injonction judiciaire, impulsion familiale, orientation par l'Education nationale ou par un professionnel de santé, etc.)
- Données relatives à la consommation de cannabis, d'alcool, de tabac et des autres substances (fréquence, âge d'expérimentation) ;
- Données spécifiques relatives au déroulement de la consultation d'inclusion (professionnel accueillant, diagnostic d'usage, outil de repérage utilisé par le professionnel, décision à l'issue de la consultation, motifs d'usage du consultant).

3. sur le suivi offert au consultant au-delà de la consultation d'inclusion (de la 2ème consultation à la dernière dans la période de suivi limitée au 30 juin 2007)

Les modifications du questionnaire 2007 par rapport au questionnaire 2005 portent sur le niveau de précision des questions liées au profil des consultants (notamment

sur l'origine de la démarche, détaillée par type de mesure judiciaire) et sur l'introduction d'items questionnant le parcours de consommation des consultants suivis dans le dispositif. Ces modifications n'empêchent pas la comparaison temporelle et la description des évolutions.

Comme en 2005, les items du questionnaire permettant de décrire la population des consultants (données sociodémographiques et fréquences de consommation de substances psychoactives) ont été calqués sur ceux de l'enquête ESCAPAD, afin de pouvoir comparer, terme à terme, le profil des usagers accueillis en consultation cannabis à celui des usagers adolescents (à 17-18 ans) en population générale. Le questionnaire a été envoyé en 40 exemplaires aux consultations cannabis désignées par les Préfets de région à la date du 21 février. Il était accompagné d'une note du Président de la MILDT présentant l'ensemble du système d'information développé pour suivre l'activité des consultations cannabis.

Méthodes statistiques utilisées

Pour la présentation des résultats, les tableaux distinguent presque toujours les garçons et les filles et, la plupart du temps, les populations sont décrites par classe d'âge (mineurs ; 18-25 ans ; plus de 25 ans).

L'échantillon étant constitué par l'ensemble des consultants qui ont été vus au cours d'un mois donné (puis suivis pendant 14 semaines), la question de la représentativité n'a pas lieu d'être posée. Les données présentées dans le rapport sont donc pour l'essentiel des tris à plat ou des tris croisés permettant d'établir un certain nombre de relations statistiques de base.

L'exploitation statistique se heurte toutefois à deux limites principales. La première tient à l'hétérogénéité des efforts accomplis pour renseigner les questionnaires : si certaines consultations cannabis ont correctement renseigné tous les champs, un grand nombre d'entre elles a laissé certaines rubriques vides ou incomplètes, ce qui a conduit à n'exploiter que les données des champs dûment complétés. Autrement dit, les non-réponses ont été laissées de côté et l'échantillon exploitable a été réduit aux seules consultations cannabis ayant correctement répondu à une question donnée.

Dans le cas des tris à plat, ce parti pris ne pose pas de problèmes particuliers, dès lors que le taux de non-réponse est clairement indiqué. En revanche, dans le cas des tris croisés multivariés, une partie non négligeable de l'échantillon a systématiquement été écartée : seuls les questionnaires où l'ensemble des variables retenues étaient renseignées ont été pris en compte dans l'analyse. Le fait d'exclure les questionnaires comportant des non-réponses à certaines questions produit inévitablement des biais de représentativité, qui sont difficiles à contrôler. Pour remédier à ce problème, la prochaine édition de l'enquête tentera de minimiser les non-répon-

ses grâce à une version améliorée du questionnaire et des consignes de remplissage plus précises.

La seconde limite est consubstantielle à la méthode de l'enquête : décrire une population (et les sous-populations qui la composent) sur la base d'un échantillon limité de cas. Par définition, toutes les fois où l'on ne s'intéresse qu'à une partie de l'échantillon en usant de variables-filtres, les effectifs qui soutiennent l'analyse s'amenuisent et deviennent parfois trop faibles pour produire une analyse statistiquement significative. Les tris croisés présentés sur des populations peu nombreuses sont donc à interpréter avec précaution.

La méthode de présentation des données en tableaux qui a été privilégiée ici met donc en évidence les liaisons statistiques multiples existant entre plusieurs variables. Cependant, comme un grand nombre des variables caractérisant la population des consultants sont liées entre elles (âge, sexe, situation scolaire ou professionnelle, motif de recours à la consultation, fréquences d'usage du cannabis, du tabac et de l'alcool, quantités consommées un jour donné), une méthode de régression logistique a été utilisée pour contrôler les « effets de structure » et mesurer l'impact propre de chacune d'entre elles. Précisons toutefois que ces régressions logistiques ont été effectuées sur un échantillon limité aux questionnaires qui ne contenaient pas de valeurs manquantes. Les résultats qui en ressortent sont donc partiels et doivent être, eux aussi, appréhendés avec prudence.

La méthode statistique des régressions permet ainsi de contrôler l'effet de chacune des variables du modèle, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en prenant en compte le niveau des autres variables introduites dans le modèle et en faisant disparaître les « effets de structure ». Par exemple, les consommateurs déclarant un usage régulier de cannabis ont essayé le cannabis plus précocement que les autres. Or l'usage régulier de cannabis et la précocité de d'expérimentation sont liés tous deux à des consommations plus intensives. Ces trois variables (fréquence d'usage du cannabis, âge d'expérimentation et intensité de consommation) sont donc positivement corrélées entre elles. Cependant, pour apprécier dans quelle mesure la fréquence d'usage est liée à l'intensité de la consommation, indépendamment de l'âge de la première prise de cannabis, il faut mesurer la relation entre ces variables en contrôlant l'âge de début de consommation, pour neutraliser les relations entre celui-ci et les quantités de cannabis consommées. Les méthodes de régression permettent ainsi de quantifier précisément les relations entre variables, pour voir par exemple si c'est l'âge d'expérimentation du cannabis ou la fréquence d'usage actuelle qui est le plus lié(e) à des consommations intensives.

Pour interpréter les résultats d'une régression logistique, la notion anglo-saxonne d'« odds ratio » est utilisée. Quand on examine par exemple l'influence de l'âge d'expérimentation sur l'intensité de la consommation, si l'odds ratio associé à la

modalité « âge d'expérimentation inférieur à 14 ans » vaut 2,95 pour les garçons (cet exemple est entièrement fictif), la convention d'interprétation utilisée sera la suivante : toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire une fois contrôlés les effets des autres variables de régression, un garçon qui a essayé le cannabis avant 14 ans a trois fois plus de chances de déclarer, lors de la visite en « consultation jeunes consommateurs », un usage intensif de cannabis. L'odds ratio n'est donc ni une probabilité, ni un rapport de probabilités : il décrit une relation statistique entre deux variables, en tendance, en contrôlant l'effet d'une série d'autres variables susceptibles d'influencer cette relation.

Apports et limites

L'enquête permet de caractériser le public reçu au cours d'un mois donné (consommateurs et entourage du consommateur) et de mesurer les déterminants de l'activité des « consultations jeunes consommateurs ». Elle constitue une précieuse source d'information sur l'effectivité du dispositif (par opposition à l'efficacité, qui ne saurait être établie qu'au terme d'une période de fonctionnement minimale et en référence à des niveaux de consommation globaux). Elle permet notamment de vérifier que le dispositif de « consultations jeunes consommateurs » touche bien son public-cible⁷.

Au-delà d'une simple description du profil des consultants et du suivi qui leur est offert (nombre moyen de consultations, type de prise en charge, personnel d'accueil, orientations proposées), l'enquête s'est également attachée à produire une caractérisation plus fine de sous-populations particulières parmi les consultants (usagers dépendants au cannabis ou déclarant une consommation abusive, usagers adressés par la justice, usagers faisant l'objet d'un suivi de plus de 5 consultations, etc.) en essayant de repérer d'éventuelles spécificités de profil ou de traitement.

Enfin, l'enquête propose des analyses complémentaires sur les pratiques professionnelles développées dans ces structures (orientation vers d'autres structures, dépistage des consommations nocives, critères de diagnostic d'un usage nocif ou d'une dépendance).

Ce travail se heurte toutefois aux limites de la méthode quantitative choisie : si elle parvient à produire des observations statistiques sur le profil du public reçu et la nature du « service » qui lui est rendu, elle n'est pas toujours en mesure d'expliquer les constats formulés. Le matériau quantitatif recueilli gagnerait donc à être

7. L'analyse des politiques publiques montre bien que les populations les plus problématiques sont souvent les plus difficilement saisies par les programmes qui les visent. Dans le cas des services de l'emploi par exemple, ce sont les personnes les moins éloignées de l'emploi qui ont le plus de rendez-vous avec un conseiller mission locale, la capacité même d'honorer un rendez-vous étant un élément de l'employabilité. Ne partant pas a priori sur la « rationalité de l'action publique », le choix a été fait de présenter les éléments objectifs qui ressortent de l'enquête, dont la raison d'être est bien d'établir (ou non) ce qu'avance le sens commun.

complété par des études qualitatives, seules capables de rendre compte des « logiques » de fréquentation des « consultations jeunes consommateurs » qui déterminent le comportement des consultants.

Par ailleurs, l'enquête n'interroge que l'effectivité des « consultations jeunes consommateurs », sans en mesurer la valeur ajoutée. La « consultation jeunes consommateurs » émanant, par nature, d'une structure de soins existante (CSAPA depuis l'introduction de la circulaire du Ministère de la Santé transformant les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en centres de soins en addictologie⁸), il faudrait pouvoir comparer l'activité de prise en charge qui était déjà assurée dans le fonctionnement ordinaire de la structure, à l'activité spécifique développée depuis l'ouverture de la « consultation jeunes consommateurs ». Une analyse globale de l'apport propre du dispositif pourrait néanmoins être menée après cinq années de fonctionnement des consultations pour mesurer les mécanismes de sélection de certains types de clientèle.

L'enquête, telle qu'elle a été conçue, ne permet pas davantage de trancher sur l'efficacité du dispositif, définie comme un résultat global en termes de baisse de la consommation de cannabis : pour documenter cette question, il faudrait recourir à une méthode différente en procédant, par exemple, à une étude de cohorte. Enfin, il faut souligner que le questionnaire a été rempli par les professionnels faisant l'accueil des consommateurs (ou de leur famille). Par conséquent, le point de vue de l'utilisateur sur le dispositif des « consultations cannabis » n'a pas fait l'objet d'un questionnement dans le cadre de cette enquête.

Enfin, s'agissant de l'exploitation statistique elle-même, il faut préciser ici que l'analyse a dû être limitée aux cas où l'échantillon de consultants était suffisant pour pouvoir conclure à une corrélation statistique. L'échantillon des consultants étant de 3 788 personnes, il est difficile de multiplier les filtres au-delà d'un certain stade : ainsi par exemple, une analyse par tranche d'âges qui voudrait proposer également une différenciation par motif de consultation, fréquence de consommation de cannabis et intensité de l'usage perdrait en fiabilité compte tenu de la faible taille de l'échantillon final. Seules les exploitations probantes du point de vue de la puissance statistique sont présentées dans ce rapport.

8. Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie (NOR : SJSP0830130C).

L'ÉCHANTILLON

On comptait au printemps 2007, au moment du lancement de la seconde édition de l'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis, 274 « consultations jeunes consommateurs » labellisées en tant que telles par les Préfets de région et effectivement ouvertes, contre 266 lors de l'édition précédente (2005). Parmi les 266 points de consultation interrogés en 2005, 4 % environ (soit 12 antennes de consultation), répartis dans 7 départements, étaient fermés lors de l'édition 2007 de l'enquête : à Périgueux (24), Mont-de-Marsan / association La Source (40), Avranches et Granville (50), Dax / la Source et Le Mans / (72), les consultations rattachées aux centres hospitaliers de Poissy et Saint-Germain-en-Laye (78), Figeac, Châtelleraut et Poitiers / Le Tourniquet (86), Boulogne-Billancourt / Point accueil (92).

À l'inverse, 20 nouvelles structures étaient ouvertes en 2007, dans 15 départements : à Méximieux (01), Antibes (06), Alès (30), Reims (51), Calais, Lens et Saint-Omer (62), Haguenau (67), La Flèche (72) et Le Mans avec l'association Montjoie/AID 72 (72), Paris 10 (75), Rambouillet et Trappes (78), Vaison-la-Romaine / Bollène (94), Limoges (87), Issy-les-Moulineaux (92), Bondy (93), Créteil et Villeneuve-Saint-Georges (94), Pointe-à-Pitre (971).

On peut ainsi noter, par rapport à l'objectif d'institutionnel d'au moins une consultation spécialisée par département, qu'entre 2005 et 2007, deux départements, la Dordogne et la Vienne, ont vu fermer la seule consultation qui existait sur leur ressort (respectivement à Périgueux et Châtelleraut), tandis qu'un autre, la Guadeloupe, qui était dépourvu de toute activité de consultation cannabis, comprend aujourd'hui un point de consultation à Pointe-à-Pitre.

Le **taux de participation à l'enquête** a été de 82 % (sur 274 consultations labellisées par les Préfets de région et effectivement ouvertes à la date de lancement de l'enquête). Le taux de réponse exploitable, si l'on déduit les consultations qui n'ont déclaré aucune activité pendant la période de l'enquête, est de 78 % (soit 214 consultations).

Parmi les 274 consultations ciblées par l'édition 2007 de l'enquête, 20 étaient nouvellement labellisées et ne figuraient donc pas dans l'échantillon d'enquête de 2005. La plupart de ces « nouvelles consultations » (16 sur 20) ont participé à l'enquête, même si 3 d'entre elles n'ont reçu aucun patient dans la période d'inclusion.

Parmi les **274 consultations** qui formaient l'**échantillon de base** de l'enquête, 49 n'ont pas participé à l'enquête (soit 18 %). Ce taux de non-réponse est trois fois plus élevé qu'en 2005 (mais les résultats d'étude sont globalement mieux exploitables, car les questionnaires ont été plus rigoureusement remplis), du fait des refus (souvent motivés par le manque de personnel ou la lassitude à l'égard du travail

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

« administratif » – auquel est assimilée la participation à diverses enquêtes) et de la difficulté de joindre certaines antennes de consultation :

- un grand nombre de consultations, par rapport à 2005, n'ont pu être contactées malgré plusieurs relances par téléphone et/ou par mail (48 consultations, soit 17 % des structures sollicitées),
- 6 consultations ont invoqué l'impossibilité de répondre à l'enquête, pour des raisons de disponibilité (2 %).

Parmi les 226 répondants, 12 consultations (4 %) ont déclaré qu'aucun patient n'avait été accueilli dans la période d'inclusion du 20 mars au 20 avril: il s'agit des consultations de Bellegarde-sur-Valserine et Méximieux (01), Auxonne (21), Commercy, Etain, Stenay et Vaucouleurs (55), Argentan (61), Calais et Saint-Omer (62), Evry (91) et La Varenne Saint Hilaire (94) ;

L'échantillon effectif comprend donc **214 consultations jeunes consommateurs** en activité à la date de l'enquête (vs 229 dans l'édition 2005 de l'enquête), qui ont bien reçu des patients dans la période d'inclusion et qui ont convenablement rempli les questionnaires, sur les 274 consultations ouvertes que l'on pouvait inclure à cette date dans le champ de l'enquête. Elles sont réparties dans 90 départements (sur 99).

Consultations désignées par les Préfets de région à la date de lancement de l'enquête (février 2007)	274	Base 100
Consultations qui n'ont pas répondu à l'enquête	48	17 %
N'ont pas pu être contactées	42	15 %
Indisponibilité pour répondre à l'enquête (manque de personnel, « lassitude », etc.)	6	2 %
Consultations qui ont participé à l'enquête	226	82 %
Taux de participation à l'enquête		
Consultations n'ayant accueilli aucun patient entre le 20 mars et le 20 avril 2007	12	4 %
Consultations ayant retourné une réponse exploitable	214	78 %
Taux de réponse exploitable		

Taux de réponse par département

Sur 100 départements (métropole + DOM)⁹ :

- 2 n'ont aucune consultation jeunes consommateurs sur leur ressort (la Dordogne et la Vienne) ;
- 64 ont renvoyé des informations exploitables concernant la totalité des consultations de leur ressort (ce qui représente 130 consultations jeunes consommateurs) ;
- 23 ont fourni des réponses pour au moins la moitié des consultations de leur ressort (mais pas la totalité), soit 80 consultations ;
- 2 départements ont renvoyé des informations pour au moins une consultation sur trois de leur ressort (Meuse et Martinique).
- 9 départements, qui comptent sur leur ressort une ou deux consultations jeunes consommateurs, n'ont rien renvoyé (Ardèche, Corrèze, Corse-du-Sud, Haute-Loire, Manche, Haute-Marne, Savoie, Tarn-et-Garonne, Réunion), ce qui signifie qu'aucune information n'est disponible pour ces 9 départements. Deux de ces départements n'avaient pas non plus participé à l'enquête en 2005.

Autrement dit, les deux tiers des départements ont fourni une réponse complète pour l'ensemble des consultations jeunes consommateurs du département.

Taux de réponse par région

Le taux de réponse moyen, par région, avoisine les 86 %. Sept régions, sur 23 incluses dans l'enquête, ont renvoyé une information complète pour l'ensemble des consultations de leur ressort : Alsace, Auvergne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon et Picardie.

Le taux de réponse par région n'est jamais inférieur à 60 %, sauf pour la Corse qui ne compte que deux consultations - dont une n'a pas répondu à l'enquête.

Par rapport à l'ensemble des questionnaires collectés, les files actives les plus importantes ont été enregistrées en Ile-de-France (14 % des questionnaires exploitables), en Bretagne (8 %), en région Rhône-Alpes (7 %), dans les Pays de la Loire (7 %) et dans le Nord-Pas-Calais (7 %), en soulignant de surcroît que dans aucune de ces 5 régions, le taux de réponse n'a été de 100 %.

9. Cf. annexe 2 pour le tableau complet par département.

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 1 - Taux de réponse à l'enquête, par région (taux de réponse global = 78 %)

RÉGION	Nombre total de lieux de consultations	Nombre de consultations ayant retourné une réponse	Nombre de questionnaires reçus	% de l'échantillon
Alsace	6	4	56	1,7 %
<i>Aquitaine</i>	8	8	161	5,0 %
Auvergne	4	3	101	3,1 %
Basse-Normandie	7	4	57	1,8 %
Bourgogne	12	10	146	4,5 %
Bretagne	18	13	193	6,0 %
Centre	9	8	162	5,0 %
Champagne-Ardennes	6	5	59	1,8 %
Corse	2	1	8	0,2 %
Départements d'Outre-Mer	6	3	33	1,0 %
Franche-Comté	7	6	63	1,9 %
<i>Haute-Normandie</i>	1	1	115	3,6 %
Ile-de-France	43	36	425	13,1 %
Languedoc-Roussillon	11	10	97	3,0 %
<i>Limousin</i>	3	3	43	1,3 %
Lorraine	17	12	109	3,4 %
Midi-Pyrénées	10	9	94	2,9 %
Nord-Pas-de-Calais	22	18	428	13,2 %
Pays de la Loire	20	12	82	2,5 %
<i>Picardie</i>	4	4	86	2,7 %
<i>Poitou-Charentes</i>	7	7	200	6,2 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	19	16	295	9,1 %
Rhône-Alpes	32	21	218	6,7 %
Total régions	274	214	3 231	100 %

N.B. : les régions marquées par un taux de réponse de 100 % (toutes les consultations ont répondu à l'enquête) sont indiquées en italique.

Recodage des non-réponses et des incohérences

Parmi les 3 231 questionnaires reçus à la fin de la période d'enquête, 133 (4 %) ont été écartés, soit parce qu'ils ne contenaient pas d'indication sur le sexe ou l'année de naissance du consommateur, marqué comme présent à la consultation (125 questionnaires), soit parce qu'ils comportaient moins d'une dizaine de réponses exploitables, sur un socle de 23 questions à remplir a minima (8 questionnaires), sachant que les réponses exploitables des questionnaires exclus ne concernaient ni les modalités de consommation de cannabis (fréquence d'usage, quantité consommée un jour typique, âge d'expérimentation), ni les fréquences d'usage d'alcool, de cigarettes ou d'autres drogues, ni même les questions d'identification du consultant (situation actuelle, situation scolaire, etc.). D'où un échantillon final valide de 3098 questionnaires qui se décomposent ainsi : 2 938 comportant des observations directement collectées auprès des consommateurs de substances et 160 questionnaires de proches venus sans le consommateur.

Pour le recodage des non-réponses ou des incohérences, les règles suivantes ont été appliquées.

D'abord pour les non-réponses :

- Si la question du produit principal à l'origine de la consultation n'a pas été renseignée, la non-réponse a été recodée en « cannabis » si la question de l'évaluation de l'usage de cannabis a été renseignée et si la fréquence d'usage du cannabis mentionnée était supérieure à la fréquence d'usage d'alcool ou de tabac (10 observations).
- Si l'âge déclaré lors de la 1^{ère} cigarette est 0 (le sujet n'a jamais fumé) mais que la question de la consommation de cigarettes au cours des 30 derniers jours n'a pas été documentée, cette non-réponse est recodée en une consommation de cigarettes nulle au cours des trente derniers jours (5 observations).
- Si la question ouverte du type de demande « autre, précisez » a été renseignée et que la case « autre » n'a pas été cochée, la non-réponse a été recodée en « autre type de demande » : oui (13 questionnaires).
- Si la question du type de demande n'a pas été renseignée mais que le consommateur est adressé par la justice, le type de demande a été recodé en « autre, injonction de la police ou de la justice » (332 questionnaires).
- Si la question sur l'expérimentation d'ecstasy au cours de la vie n'a pas été renseignée ou a été marquée par une réponse négative et que la question ouverte « expérimentation d'une autre drogue, précisez » a été renseignée avec la mention MDMA, l'expérimentation d'ecstasy au cours de la vie a été recodée en « oui » (6 observations).
- Si un ou plusieurs champs ont été complétés dans la 2^{ème} consultation (au-delà de la consultation d'inclusion), les non-réponses à la question de la décision prise à l'issue de la consultation d'inclusion ont été recodées en « poursuite de l'évaluation au sein de la consultation cannabis » (62 observations). De la même manière, quand une 3^{ème} consultation a eu lieu dans la période d'enquête, les non-réponses à

la question d'une poursuite de l'évaluation après la 2ème consultation ont été recodées (31 observations). Idem avec la mention d'une date de 4è consultation induisant un recodage de la variable relative à une poursuite ou non de l'évaluation au sein de la consultation cannabis (23 observations) et la date d'une 5è consultation induisant un recodage de la variable (13 observations).

■ Si une réponse a été apportée à la question de l'évaluation de l'usage lors d'une 2ème consultation après l'inclusion et que le consommateur n'était pas indiqué comme présent à cette 2ème consultation, le recodage a consisté à indiquer que le consommateur était présent (après la consultation d'inclusion) = 35 observations. Idem à la 3ème consultation (14 observations), à la 4ème (11 observations) et à la 5ème (4 observations).

Ensuite pour les incohérences :

■ Si un individu est déclaré inscrit en CAP ou en BEP (situation scolaire de l'année en cours) mais identifié comme « lycéen ou collégien » (situation actuelle du consommateur) plutôt que comme élève « en apprentissage », la situation actuelle a été recodée en « élève en apprentissage » (113 observations).

■ Si un individu est déclaré inscrit dans l'enseignement supérieur (situation scolaire de l'année en cours) mais qu'il est identifié comme « lycéen ou collégien » (situation actuelle du consommateur), et qu'il est âgé de 17 ans au moins, la situation actuelle a été recodée en « étudiant » (5 observations).

■ Si un individu est déclaré inscrit en CAP ou en BEP (situation scolaire de l'année en cours) mais identifié comme « étudiant » (situation actuelle du consommateur), la situation actuelle a été recodée en « élève en apprentissage » (36 observations).

■ Si un individu est déclaré inscrit en « 6è, 5è, 4è, 3ème » mais qu'il est identifié comme élève « en apprentissage », la situation actuelle a été recodée en « lycéen/collégien » (17 observations).

■ Si l'âge actuel est inférieur à l'âge d'expérimentation du cannabis et que cette différence est de moins d'un an, l'âge d'expérimentation du cannabis a été recodé en âge actuel (4 observations).

■ Dans les blocs de consultation suivant l'inclusion : si la question de l'évaluation de l'usage et/ou la question de l'évolution de l'usage de cannabis, d'alcool, de tabac ou d'une autre drogue ont été renseignées, alors le consommateur est recodé comme étant présent à la consultation (12 observations).

Les incohérences les plus fréquentes portaient sur la situation actuelle des consultants (où plusieurs réponses étaient possibles), en lien avec la situation scolaire de l'année en cours.

Malgré ces recodages, le taux de non-réponse à certaines questions demeure important, notamment sur les fréquences d'usage des produits autres que le cannabis. Tout se passe comme si les répondants avaient interprété le questionnaire comme uniquement centré sur les questions liées à l'usage du cannabis. On peut l'interpréter comme un effet induit par l'intitulé de l'enquête, qui faisait mention des « consultations cannabis ».

Les quantités consommées un jour de consommation ont été bridées à 40 joints pour le cannabis et à 30 verres pour l'alcool, de façon à écarter les réponses surestimées ou fantaisistes.

Structure de l'échantillon exploitable

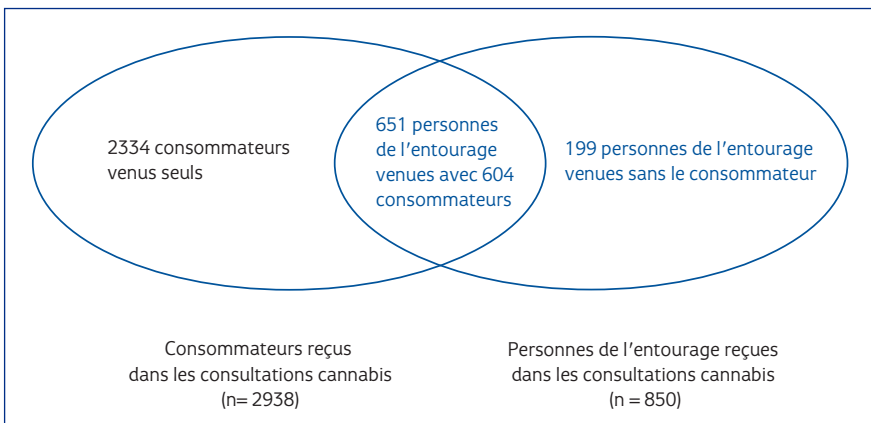
L'échantillon analysé comprend 3 098 questionnaires exploitables. Sur 229 consultations cannabis, 14 questionnaires ont été reçus en moyenne (par point de consultation). Le nombre minimal était un seul questionnaire ; le maximum était de 77 questionnaires.

Le protocole de l'enquête précisait qu'un nouveau questionnaire devait être rempli pour toute personne reçue en consultation entre le 20 mars et le 20 avril 2007, qu'il s'agisse d'un consommateur venu consulter en son nom propre ou d'un tiers venu évoquer l'usage de cannabis d'un proche (enfant ou autre). Certains questionnaires comportent à la fois des données relatives au consommateur et des données ayant trait à une (ou plusieurs) personne(s) de son entourage.

Parmi les 3 098 questionnaires collectés (renvoyant parfois à plusieurs personnes), l'enquête permet de distinguer trois profils de questionnaires :

- les questionnaires comprenant uniquement des données relatives au consommateur de cannabis venu consulter en son nom propre (n = 2 334) ;
- les questionnaires comprenant uniquement des données relatives à l'entourage (une ou deux personnes) du consommateur (n = 160) ;
- les questionnaires comprenant, à la fois, des données relatives au consommateur et des données relatives à l'entourage (une à quatre personnes) du consommateur (n = 604).

Figure 1 - Nombre et statut de consultation des personnes décrites par le questionnaire (n = 3 788)

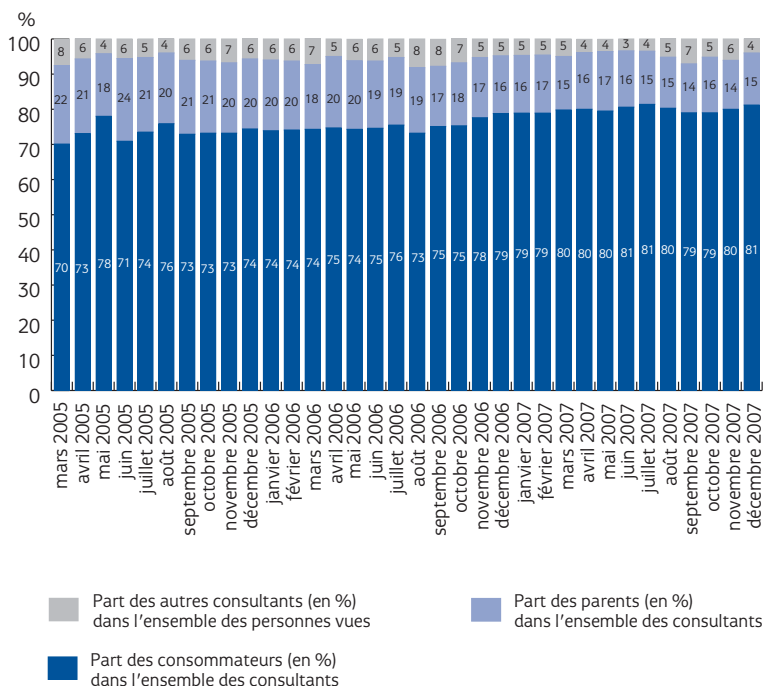


**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Le public capté par l'enquête en 2007 comprend 3 788 consultants (au sens de : personnes vues), répartis comme suit :

- 2 938 consommateurs de cannabis ou d'autres substances (78 % du public un mois donné, contre 72 % en 2005) - dont 2 334 (79 %) ont consulté seuls et 604 (21 %) accompagnés d'une ou plusieurs personnes de leur entourage : ces chiffres sont proches de ceux trouvés en 2005 (78 % d'utilisateurs venus seuls et 22 % accompagnés) ;
- 850 personnes de l'entourage du consommateur (22 % du total des consultants, vs 28 % en 2005), venues évoquer la consommation d'un tiers. Une large majorité des personnes de l'entourage sont venues accompagnées du tiers consommateur (77 %). Quand l'entourage était présent sans le consommateur (5 % des consultations un mois donné¹⁰), dans près de deux tiers des cas (75 %), il s'agissait d'une seule personne ou, dans 25 % de situations, de deux personnes de l'entourage (dans la quasi-totalité des cas, le père et la mère du consommateur).

Figure 2 - Structure du public accueilli en consultation entre mars 2005 et décembre 2007



Source : recueil mensuel SIMCCA, OFDT

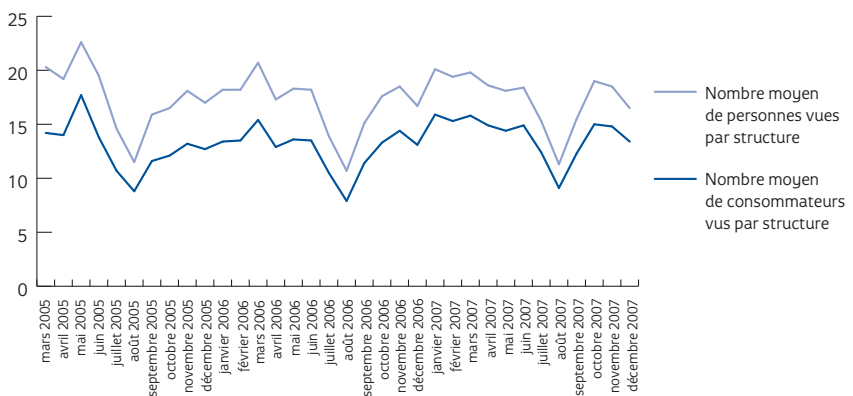
10. Sur 3231 questionnaires exploitables, 160 ont été remplis pour rendre compte de la venue de l'entourage sans le consommateur (5,0 %).

La structure du public a peu évolué entre l'ouverture du dispositif en 2005 et son niveau d'activité d'équilibre, 3 ans plus tard, en 2007. On observe néanmoins un léger renforcement de la part des consommateurs (78 % en 2007, vs 72 % en 2005) au détriment de l'entourage, et notamment des parents de consommateurs (dont la part s'abaisse, entre 2005 et 2007, de 25 % à 17 % du public reçu au cours du mois d'inclusion).

Ces résultats sont parfaitement concordants avec les chiffres d'activité collectés dans le cadre du recueil mensuel, qui montrent une progression de la part des consommateurs dans l'ensemble du public. En 2005, le public comprenait environ 70 % de consommateurs et 30 % de personnes de l'entourage ; en 2007, plus de 80 % du public est formé de consommateurs.

Il faut rappeler ici que le volume global d'activité des consultations cannabis a légèrement baissé entre mars 2005 et décembre 2007 : le nombre moyen de personnes (consommateurs + entourage) vues par structure s'est abaissé de 20,3 à 16,5. Mais ce sont surtout les personnes de l'entourage d'un consommateur qui se sont détournées du dispositif : le nombre de consommateurs reçus chaque mois, quant à lui, s'est légèrement élevé, passant de 14,2 usagers par mois et par structure en mars 2005 à 14,4 entre octobre et décembre 2007 ; ces deux tendances produisant une augmentation de plus de 10 points de la part des consommateurs dans l'ensemble du public (de 70,1 % à 81,2 %). Le dispositif s'est donc recentré sur sa clientèle-cible : les usagers de cannabis, qui formaient 80 % du public reçu un mois donné en 2007.

Figure 3 - Fréquentation moyenne des consultations cannabis entre mars 2005 et décembre 2007



Source : recueil mensuel SIMCCA, OFDT

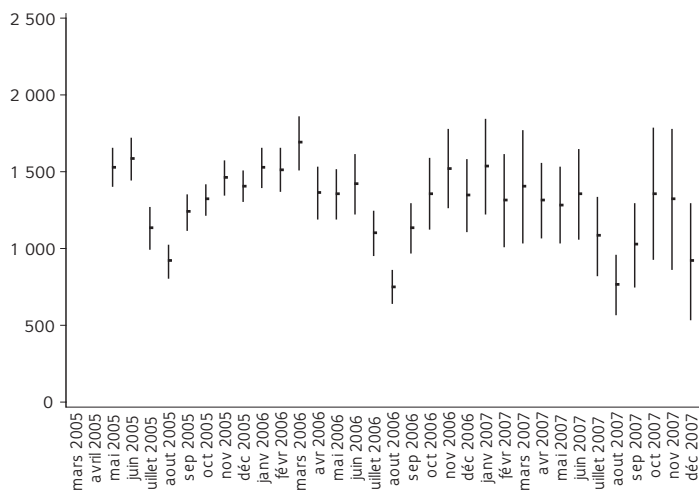
N.B. : On identifie sur ce graphique un schéma d'évolution saisonnière de la fréquentation de ce type de structures : en début d'année civile (de janvier à mai), l'activité est relativement stable ; elle ralentit logiquement durant la période estivale, puis reprend progressivement à partir de la rentrée de septembre et diminue légèrement pour les fêtes de fin d'année.

Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs» (2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge

Toutefois, si le nombre de consommateurs accueillis en consultation cannabis a globalement augmenté, la part des nouveaux consultants a considérablement baissé, passant de 51,7 % à 34,4 % entre mars 2005 et décembre 2007, alors que l'accessibilité horaire des consultations cannabis s'est améliorée : le nombre d'heures d'ouverture par structure est passé de 61,6 heures par mois à 64,1 heures en moyenne¹¹. Autrement dit, les bons chiffres de fréquentation du dispositif par les consommateurs s'expliquent par la capacité du dispositif à fidéliser une patientèle plus que par le renouvellement du public¹².

D'après les estimations faites à partir du recueil d'information SIMCCA à l'issue de deux années de fonctionnement du dispositif, le nombre de nouveaux consommateurs reçus en consultation cannabis était compris entre 535 et 1295 personnes par mois en décembre 2007.

Figure 4 - Estimation du nombre des consommateurs vus pour la première fois, par mois et par structure, en fourchette



Source : recueil mensuel SIMCCA, OFDT

N.B. : Les fourchettes d'estimation sont d'autant plus étendues que le taux de réponse au système d'information est faible : en mars 2005, 86 % des consultations cannabis avaient communiqué leurs chiffres d'activité ; en décembre 2007, elles n'étaient plus que 41 % à avoir retourné leur bilan.

11. L'accessibilité horaire connaît d'importantes variations selon les structures : près de trois consultations cannabis sur dix (28 %) sont ouvertes 4 heures par semaine (ou moins) et plus de la moitié le sont 8 heures (ou moins) par semaine. Seulement 12 % des structures sont ouvertes 35 heures ou plus par semaine (source : SIMCCA, http://www.ofdt.fr/BDD_len/cannabis/Simcca20052007.pdf).

12. Cette tendance moyenne ne doit pas éluder les variations régionales. Certaines régions enregistrent ainsi des taux de primo-consultants particulièrement élevés en moyenne depuis 2005 : l'Aquitaine, la Franche-Comté, la Bourgogne, la Corse, la Bretagne, la région PACA et la Lorraine. Dans ces régions, plus de la moitié des consommateurs reçus viennent pour la première fois (source : SIMCCA, http://www.ofdt.fr/BDD_len/cannabis/Simcca20052007.pdf).

Modalités de calcul de l'estimation du nombre de nouveaux consommateurs reçus par mois et par structure

L'estimation du nombre de jeunes consommateurs reçus pour la première fois par l'ensemble des consultations cannabis ouvertes en France est calculée selon deux hypothèses :

Estimation basse du nombre de nouveaux consultants : les consultations cannabis qui ne transmettent pas leurs données mensuelles d'activité n'ont pas encore reçu de jeune consommateur. Estimation = nombre de jeunes consommateurs accueillis par l'ensemble des structures qui ont participé à SIMCCA multiplié par la proportion des consultants venus pour la première fois.

Estimation haute du nombre de nouveaux consultants : les consultations cannabis qui n'ont pas participé à SIMCCA ont une activité équivalente à l'activité moyenne de celles qui transmettent leurs données mensuelles. Estimation = extrapolation à l'ensemble des structures ouvertes de la file active moyenne des structures qui participent à SIMCCA.

Ces deux estimations permettent d'avoir un ordre de grandeur du nombre de nouveaux consommateurs de cannabis qui ont recours aux consultations jeunes consommateurs chaque mois en France.

Ces estimations s'appuient sur des moyennes d'activité qui masquent les disparités entre structures. La moitié des consultations cannabis reçoivent en effet moins de 10 consommateurs par mois (ou un mois donné).

Si l'on observe une remarquable stabilité de la part des consultations à très forte activité (=50 consommateurs par mois), la tendance globale est celle d'un **recul des consultations à activité moyenne ou forte (20 à 49 consommateurs par mois)**, compensé par le **renforcement des consultations d'activité plus modeste (moins de 20 consommateurs par mois)**. On observe par ailleurs que les consultations cannabis à faible activité la première année (moins de 10 consommateurs par mois) ont la plupart du temps augmenté leur activité à partir de la deuxième année de fonctionnement (mars 2006) : plus de la moitié (52 %) ont reçu un plus grand nombre de

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

consommateurs et 17 % d'entre elles sont passées dans la catégorie des structures « moyennes ». Au contraire, les consultations cannabis qui avaient une activité « moyenne », « élevée » ou « très élevée » durant la première année ont plus souvent connu une baisse de fréquentation la deuxième année ¹³.

Tableau 2 - Répartition des CJC selon le nombre de consommateurs reçus un mois donné - comparaison des sources (% en ligne)

	0-9	10-19	20-49	50 et plus	Nombre de CJC répondantes
Données de l'enquête un mois donné					
Mars-avril 2005	50 %	26 %	23 %	2 %	229
Mars-avril 2007	49 %	29 %	20 %	2 %	214
Données du recueil mensuel					
Avril 2005	49 %	25 %	24 %	3 %	210
Avril 2007	52 %	26 %	18 %	3 %	193

13. Cette diminution d'activité concerne respectivement 59 %, 63 % et 83 % des consultations à activité « moyenne », « élevée » et « très élevée » (source : SIMCCA, http://www.ofdt.fr/BDD_len/cannabis/Simcca20052007.pdf).

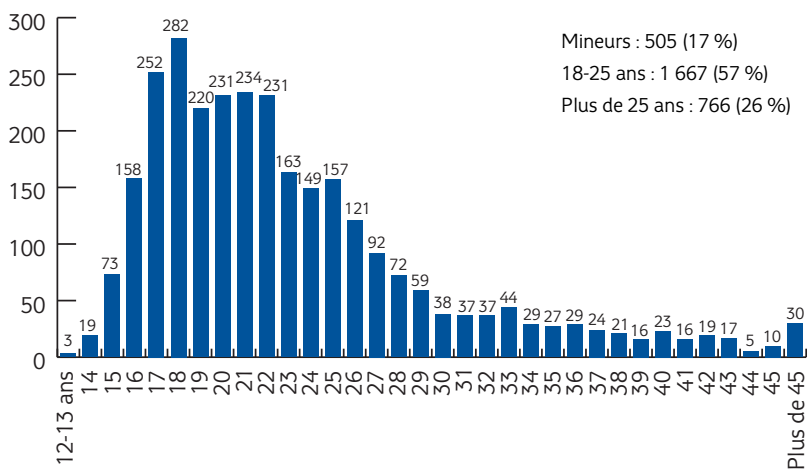
PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES CONSULTANTS

Cette partie vise à décrire le profil sociodémographique du public, en mettant l'accent sur la cible prioritaire du dispositif : les jeunes consommateurs, de cannabis mais également d'autres produits.

Les données relatives à l'entourage, plus sommaires, sont traitées en référence aux consommateurs faisant l'objet de leurs préoccupations.

Les consommateurs accueillis un mois donné forment 78 % du public (soit 2 938 personnes), vs 22 % de personnes de l'entourage (soit 850 personnes).

Figure 5 - Distribution des effectifs de consultants (consommateurs) par âge (n = 2 938)



**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Comme en 2005, la majorité des consommateurs reçus en consultation sont des jeunes majeurs, âgés de 18 à 25 ans (57 %). Un quart (26 %) ont plus de 25 ans. Les mineurs (âgés de 12 à 17 ans) représentent 17 % des consommateurs reçus, soit une proportion sensiblement moindre trois ans après le lancement du dispositif (25 % en 2005), ce qui s'explique par les consignes données lors du remplissage¹⁴. À l'aide de ces données actualisées et aussi plus représentatives, on peut observer que **moins d'un consultant sur cinq est mineur**.

L'âge moyen des consommateurs est de 23,2 ans : le plus jeune a 12 ans, le plus âgé a 62 ans.

Les garçons sont nettement majoritaires (à 81 %, vs 19 % de filles). Si les filles apparaissent plus âgées en moyenne (24,2 ans vs 23,0 ans chez les garçons), la diversité des profils est plus nette que chez les garçons (écart-type de 8,2 ans vs 6,4 ans chez les garçons) : la part des classes d'âge extrêmes (mineurs et plus de 25 ans) y est ainsi plus importante que chez les garçons.

Tableau 3 - Distribution des consultants par âge et par sexe

	N	Âge minimum	Âge maximum	Âge moyen (en années)	Écart type	Âge médian (en années)
Ensemble	2938	12	62	23,20	6,788	21
Garçons	2382 (81,1 %)	12	56	22,97	6,40	21
Filles	556 (18,9 %)	12	62	24,17	8,18	22

Parallèlement, chez les garçons, le public majoritaire est constitué de jeunes majeurs (60 %) : c'est dans cette classe d'âge que la différence entre les sexes est la plus marquée en faveur des garçons (sex ratio de 5,3 entre 18 et 25 ans vs 3,5 parmi les mineurs et 3,3 parmi les consultants de plus de 25 ans¹⁵).

14. Plus explicites lors de la 2nde édition de l'enquête qui recommandait de compléter un questionnaire pour tout consultant quel que soit son âge, les consignes de remplissage ont contribué à majorer la part des consommateurs plus âgés. L'intitulé du dispositif « consultations jeunes consommateurs » avait en effet été interprété stricto sensu par certaines structures en 2005, qui avaient exclu d'office les consultants de plus de 25 ans (cf. cahier des charges de 2005).

15. Parmi les mineurs, on compte 77,8 % de garçons et 22,2 % de filles (soit un sex ratio de 3,5). Parmi les consultants âgés de 18 à 25 ans, 84,1 % sont des garçons et 15,9 % des filles (sex ratio de 5,3). Enfin, parmi les consultants âgés de plus de 25 ans, 76,8 % sont des garçons et 23,2 % des filles (sex ratio de 3,3).

Tableau 4 - Répartition des consommateurs reçus en consultation de diagnostic un mois donné par sexe et par classe d'âge (% en colonne)

	Garçons		Filles		Ensemble	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007
n =	2241	2382	548	556	2828	2938
Mineurs	23	16	30 %	20	25	17
Majeurs 18-25 ans	63	59	58 %	48	62	57
Majeurs de plus de 25 ans	14	25	12 %	32	13	26

PRODUIT MOTIVANT LE RECOURS AU DISPOSITIF

Le produit principal motivant la venue en consultation spécialisée est le cannabis dans 92 % des cas (soit 2702 consommateurs sur 2938, au cours du mois d'inclusion dans l'enquête). Parmi ces consultants, 81 % ne déclarent que le cannabis, alors que 11 % (n = 331) évoquent un usage de cannabis associé à un 2ème ou à plusieurs autres produit(s) - le plus fréquemment l'alcool.

Tableau 5- Produit principal motivant la venue en consultation cannabis

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé pour le cannabis
Cannabis seul	2371	80,7	80,7
Cannabis + 1 produit	275	9,4	90,1
Cannabis + 2 produits	47	1,6	91,7
Cannabis + 3 produits ou plus	9	0,3	92,0
Autre(s) que cannabis	236	8,0	
Total	2938	100,0	

Pour 8 % des consultants toutefois (soit 236 personnes), le produit principal motivant la venue en consultation n'est pas le cannabis : alcool (3,0 %), héroïne (2,7 %), cocaïne (0,7 %), tabac (0,6 %), ecstasy (0,2 %), amphétamines/speed (0,2 %), les

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

autres produits représentant moins de 0,2 % d'occurrences (benzodiazépines/Rohypnol®, médicaments psychotropes, Subutex®, méthadone, antalgiques/Di-Antalvic®/Topagic®, etc.). Une frange négligeable du public (0,1 %) s'est tournée vers le dispositif pour évoquer une addiction sans produit : jeux vidéo ou en réseau, Internet, etc.

Globalement, 92 % des consultants citent au moins le cannabis, 10 % mentionnent l'alcool (à titre principal ou secondaire), près de 8 % un autre produit illicite et 4 % le tabac¹⁶. Les consultants qui viennent pour évoquer au moins le cannabis (23,0 ans) sont plus jeunes en moyenne que les consultants qui viennent pour évoquer un autre produit (25,5 ans).

Tableau 6 - Produit motivant la venue en consultation (n = 2 938)

	Seul ou associé (total)		Comme produit seul		Comme produit associé	
	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %
Au moins cannabis	2702	92,0 %	2371	80,7 %	331	11,3 %
Au moins alcool	288	9,8 %	89	3,0 %	199	6,8 %
Au moins tabac	122	4,2 %	17	0,6 %	105	3,6 %
Au moins un autre produit	221	7,5 %	123	4,2 %	98	3,3 %
Dont : Héroïne /opiacé(s)	106	3,7 %	78	2,7 %	28	1,0 %
Dont : Cocaïne	52	1,8 %	22	0,7 %	30	1,0 %
Dont : Ecstasy	30	1,0 %	7	0,2 %	23	0,8 %
Dont : Amphétamines, speed	15	0,5 %	7	0,2 %	8	0,3 %
Pas de produit	4	0,1 %	-	-	-	-
Dont : Jeux vidéo / en réseau	2	0,0 %	-	-	2	0,0 %

Les polyconsommations les plus fréquentes concernent le mélange de cannabis et d'alcool (7 % des consultants) et de cannabis et de tabac (presque 4 %) : dans ce cas, il s'agit de tabagisme quotidien associé à un usage de cannabis. Environ 3 % des consultants « poly-consomment » du cannabis et une autre drogue illicite (n = 96), plus fréquemment chez les filles (4,3 % d'entre elles, vs 3,0 % parmi les garçons) et chez les consultants de plus de 25 ans (4,6 %, vs 2,8 % entre 18 et 25 ans et 3,0 % chez les mineurs).

¹⁶ La somme des pourcentages de la dernière colonne est supérieure à 100 car certains consommateurs citent plusieurs produits.

Tableau 7 - Prévalence des polyconsommations motivant la venue en consultation (n = 2 938)

	N =	% consultants
Cannabis + alcool au moins	196	6,7 %
Cannabis + tabac au moins	104	3,5 %
Cannabis-alcool-tabac au moins	41	1,4 %
Cannabis + autre(s) au moins	96	3,3 %
<i>Dont : Cannabis + héroïne</i>	35	1,2 %
<i>Dont : Cannabis + cocaïne</i>	29	0,1 %
Alcool + tabac au moins	42	1,4 %
Alcool + d.illicite au moins (autre que cannabis)	16	0,5 %
<i>Dont : Alcool + cocaïne</i>	7	0,0 %
<i>Dont : Alcool + héroïne</i>	5	0,0 %

CIRCONSTANCES DE CONSULTATION (CONSOMMATEURS ET ENTOURAGE)

Près de 80 % des consommateurs viennent seuls en consultation (79 %, soit 2 334 personnes) et 21 % viennent accompagnés d'une ou plusieurs personnes (soit 604 personnes).

Les usagers qui viennent accompagnés sont plus jeunes que ceux qui viennent seuls (19,5 ans en moyenne vs 24,1 ans).

Tableau 8 - Statut de consultation selon l'âge moyen et le sexe (% en ligne)

	Âge moyen (en années)	Garçons	Âge moyen (en années)	Filles	Âge moyen (en années)
Consommateurs venus seuls (n = 2 334)	24,1	82,0 %	23,9	18,0 %	25,3
Consommateurs venus accompagnés (n = 604)	19,5	77,5 %	19,2	22,5 %	20,8
Consommateurs absents (entourage venu seul) (n = 115)	20,5	87,0 %	20,7	13,0 %	19,5

Les circonstances de consultation de l'entourage

Quand l'entourage se déplace en consultation, il s'agit le plus souvent des parents (92,5 %), *a minima* de la mère (62,7 % de l'entourage). L'entourage qui s'adresse au dispositif en l'absence de l'usager concerné vient pour évoquer la consommation d'usagers en moyenne plus jeunes que ceux qui décident de venir par eux-mêmes (20,5 ans vs 24,1 ans). Ce sont plus souvent des garçons qui occasionnent une préoccupation de l'entourage - qui recherche un conseil auprès des professionnels des « consultations jeunes consommateurs ».

Tableau 9 - Statut de l'entourage venu en « consultation jeunes consommateurs » (avec ou sans le consommateur lui-même)

	Effectifs	Pourcentage
Mère du consommateur	459	62,7
Père du consommateur	218	29,8
Frère ou sœur/ demi-frère ou demi-sœur	28	3,8
Ami / Amie	31	4,2
Autre	108	14,8
<i>Autre (tiers intra-familial)</i>	51	7,0
Conjoint(e) / Epoux/se	22	3,0
Beau-père / Belle-mère	12	1,7
Grand-parent	6	0,8
Enfant(s)	4	0,5
Oncle / Tante	4	0,5
Beau-frère / Belle-soeur	2	0,2
Famille d'accueil	1	0,1
<i>Autre (tiers extra-familial)</i>	53	7,2
Educateur/trice	39	5,3
Professeur principal / Infirmière scolaire /CPE	3	0,4
Psychologue d'un centre d'accueil /		
Conseiller Mission locale	3	0,4
Parrain / Ami de la famille / Mère d'un(e) ami(e)	3	0,4
Assistant(e) social(e) / Travailleuse familiale	3	0,4
Infirmière / Infirmier du foyer	2	0,3
Total	732	100,0

Les circonstances de consultation des consommateurs

La plupart des consommateurs viennent donc seuls en consultation (79 % d'entre eux). S'ils sont majoritairement concernés par un usage de cannabis plutôt que d'autres substances, les consultants solitaires viennent significativement plus souvent pour évoquer une consommation d'alcool ou de drogue illicite (autre que le cannabis) et moins souvent pour des poly-usages comprenant le cannabis (cannabis/alcool, cannabis/alcool/tabac ou cannabis/alcool/autre drogue illicite), qui sont plus fréquemment le fait des consultants venus accompagnés ($p=0.004$).

Tableau 10 - Produit motivant la venue en CJC parmi les consommateurs venus seuls ou accompagnés, % en ligne

	Cannabis-alcool	Cannabis	Cannabis-alcool-tabac	Cannabis-alcool-tabac- autre DI	Cannabis-alcool-autre DI	Cannabis-tabac	Cannabis-tabac-autre	Cannabis-tabac-autre DI	Alcool	Alcool-tabac	Alcool-autre DI	Tabac	Autre DI	P
Seuls	80,7	4,7	0,9	0,3	0,3	1,8	0,0	2,5	3,2	0,0	0,0	0,5	4,9	0.004
Accompagnés	80,5	5,3	2,0	0,3	1,0	3,1	0,0	2,2	2,5	0,2	0,2	0,8	2,0	0.004

DI : drogue illicite

Corrélativement, les consultants solitaires sont plus souvent des consultants qui reviennent pour une 2ème, une 3ème consultation ou plus : plus ils sont familiers du dispositif, moins ils ont de chances de venir accompagnés ($p=0.000$). C'est donc à la 1ère visite que le rôle d'impulsion ou de réassurance de l'entourage joue le plus nettement, en particulier chez les moins de 25 ans : parmi les primo-consultants, la part des mineurs au sein des consultants venus accompagnés est de 47,2 % vs 10,8 % parmi les consultants solitaires ($p=0.000$).

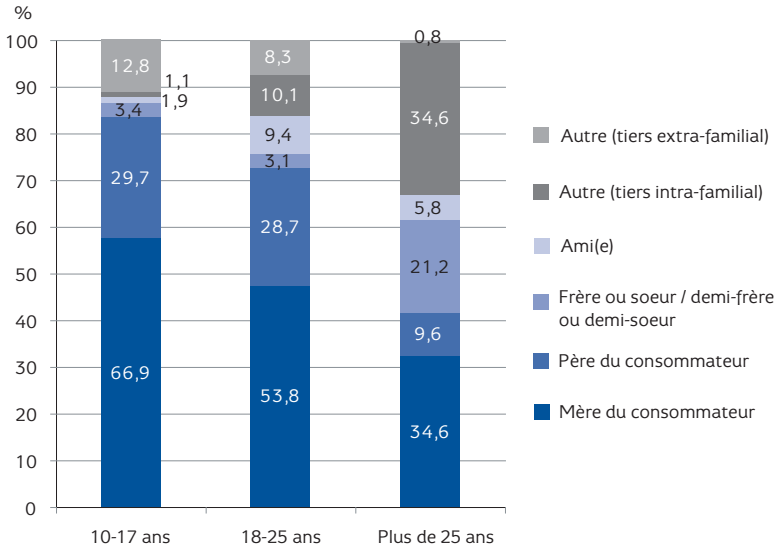
Tableau 11 - Circonstances de consultation parmi les consommateurs venus seuls ou accompagnés, % en ligne

	Le consultant vient :						Nature de la demande					
	Pour la 1ère fois	Pour la 2ème fois	Pour la 3ème fois	Pour la 4ème fois	Pour la 5ème fois	P	Information-conseil	Aide à l'arrêt	Aide à la réduction	Sevrage immédiat	Autre	P
Seuls	48,8	14,6	9,7	5,2	21,7	0.000	17,5	44,7	13,8	2,1	21,9	0.004
Accompagnés	67,1	12,4	6,9	4,5	9,1	0.000	23,8	39,8	14,7	2,8	18,8	0.004

En outre, les consultants solitaires formulent plus souvent une demande d'aide à l'arrêt de la consommation ou une demande autre et moins souvent une simple demande d'information ($p=0.004$), qui est davantage le fait des consultants venus accompagnés.

Parmi les 21 % de consommateurs qui viennent accompagnés, 80 % sont accompagnés d'une seule personne de leur entourage, en général la mère (52 %) et/ou le père (18 %), l'époux/se ou le conjoint pour les consultants plus âgés (23 % de l'ensemble des consultants accompagnés, 29 % chez les plus de 25 ans). Il peut aussi s'agir d'une personne de l'entourage extra-familial : éducateur (8 % des cas), ami(e) (7 %), intervenant du milieu scolaire ou travailleur social (10 %). A cette majorité de consommateurs venus en compagnie d'un seul proche s'ajoutent environ 15 % de consommateurs venus avec deux personnes, souvent les deux parents (dans 69 cas sur 88) et a minima, la mère (sauf pour 2 consommateurs, sur 88). Le restant des consommateurs venus accompagnés (5 %) sont venus avec 3 ou 4 personnes (10 occurrences) : il s'agit soit de groupes de mineurs, soit de consultants âgés de plus de 25 ans venus en famille (avec une présence maternelle systématique). La présence de la mère caractérise donc nettement les consultations accompagnées (58 %) : elle est d'autant plus fréquente que le consommateur est jeune (67 % chez les mineurs, 54 % à 18-25 ans, 35 % à plus de 25 ans).

Figure 6 - Statut de l'entourage venu en accompagnement selon l'âge des consommateurs venus accompagnés (n = 604)



La part des accompagnateurs hors du cercle familial est relativement importante parmi les mineurs (13 %) : la plupart sont éducateurs, en tête devant les amis (personnels ou de famille), les agents de l'Éducation nationale (professeurs, infirmiers scolaires, conseillers d'éducation), les psychologues et travailleurs sociaux.

Par rapport au public reçu en 2005, la part des consultants accompagnés semblait en hausse en 2007, en particulier chez les consultants de moins de 20 ans (54 % en 2007 vs 46 % en 2005 entre 14 et 16 ans, 37 % en 2007 vs 30 % en 2005 entre 17 et 19 ans). En effet, le public du dispositif se renouvelle davantage grâce aux consommateurs venus accompagnés qu'à ceux venus seuls : 26,2 % des primo-consultants sont accompagnés, alors que leur part est bien moindre parmi les autres catégories de consultants : 18,0 % des consultants qui viennent pour la 2ème fois, 15,5 % de ceux qui viennent pour la 3ème fois, etc. (p=0.000).

Par ailleurs, contrairement aux observations faites en 2005, les garçons ne sont pas significativement plus nombreux que les filles à venir accompagnés avant 20 ans (44 % des garçons vs 53 % des filles entre 14 et 16 ans en 2005 / 55 % des garçons et 52 % des filles en 2007, 31 % des garçons vs 26 % des filles entre 17 et 19 ans / 37 % des garçons comme des filles en 2007).

Tableau 12 - Statut des accompagnateurs selon l'âge des consultants venus accompagnés, % en ligne

	Accompagnateurs issus de l'entourage familial	Ami(e) personnel ou de la famille	Éducateur/trice	Professeur principal/infirmier scolaire/CPE	Psychologue du centre d'accueil/Conseiller Mission locale	Assistant(e)/Travailleuse familiale	Infirmier(ère)/ Infirmier du foyer P	
10-17 ans	85,3	1,9	9,8	1,5	0,8	0,4	0,4	0.000
18-25 ans	82,9	10,1	4,5	1,0	0,3	0,3	0,7	0.000
Plus de 25 ans	90,4	5,8	1,9	0,0	0,0	1,9	0,0	0.000

SITUATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE DES CONSOMMATEURS

Situation actuelle des consommateurs

La structure du public des consommateurs selon la situation actuelle étant fort similaire à celle observée en 2005, seuls les éléments d'analyse nouveaux sont détaillés ici.

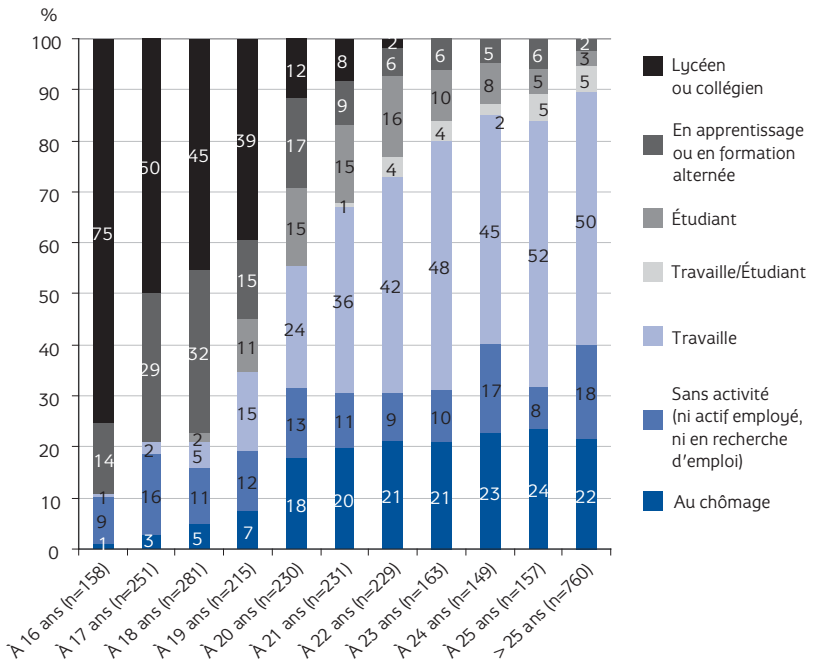
En 2007 comme en 2005, les consultants scolarisés prédominent dans le public (38 %), devant les actifs (62 %), employés (33 %) ou non (29 %). Selon l'âge des consultants, ce sont les élèves et lycéens (en filière générale ou professionnelle) ou les actifs qui sont majoritaires dans le public.

- Avant 20 ans, le public se caractérise par une majorité de consommateurs scolarisés, (entre 91 % et 93 % des consommateurs de 14-16 ans et 77 % des 17-19 ans), qui sont élèves en filière générale ou en apprentissage et formation alternée et étudiants.
- A partir de 20 ans, les consultants actifs (c'est-à-dire les individus présents sur le marché du travail, qu'ils occupent un emploi ou qu'ils en cherchent un) sont les

plus nombreux, leur proportion croissant logiquement avec l'âge (56 % du public à 20-22 ans, 75 % entre 23 et 28 ans, 77 % après 28 ans) et la part des personnes sans activité ou au chômage par classe d'âge dépasse 30 %.

Il n'y a pas de différence de profil significative selon le genre, sauf entre 18 et 25 ans ($p=0.000$). Dans cette classe d'âge, les garçons ont plus souvent quitté le système scolaire et se trouvent sur le marché des actifs, où ils sont aussi plus souvent insérés (35 % travaillent, vs 23 % des femmes).

Figure 7 - Structure socio-professionnelle ou scolaire des consultants selon l'âge



Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge

Figure 8 - Structure socio-professionnelle ou scolaire des consultants selon le sexe et la classe d'âge



Situation scolaire des consultants entre 16 et 25 ans

Le taux de scolarisation des consultants (en filière d'enseignement général et professionnel ou dans l'enseignement supérieur) est inférieur à la population générale, sauf à 18 ans et après 23 ans, ce qui témoigne d'une sur-représentation, dans le public des consultations, de jeunes sortis du système scolaire avant 18 ans et de profils étudiants après 23 ans.

Tableau 13 - Taux de scolarisation des consultants entre 16 et 25 ans, par rapport à la population générale (en %)

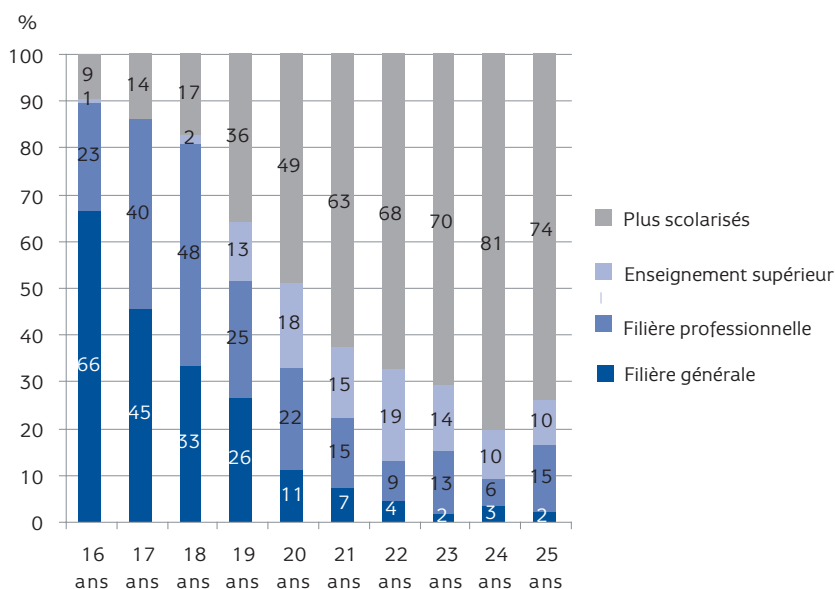
	Public des consultations jeunes consommateurs	Population scolarisée INSEE (source RERS 2006 - chiffres 2004-2005)
À 16 ans (n = 157)	91	97
À 17 ans (n = 247)	86	92
À 18 ans (n = 267)	83	80
À 19 ans (n = 203)	64	66
À 20 ans (n = 206)	51	53
À 21 ans (n = 201)	37	42
À 22 ans (n = 198)	32	33
À 23 ans (n = 144)	29	24
À 24 ans (n = 120)	19	17
À 25 ans (n = 133)	26	12

Avant 18 ans, les consultants sont scolarisés pour plus de 80 % d'entre eux.

- À 16 ans, deux tiers des consultants sont scolarisés en filière générale (66 %) et près d'un quart en filière professionnelle (23 %) ; 9 % sont déscolarisés.
- À 17 ans, la part des adolescents en filière générale s'abaisse dans le public des consultations jeunes consommateurs à moins de la moitié des consultants de cet âge (45 %), soit une proportion presque équivalente de celle des adolescents inscrits dans une filière professionnelle (40 %).
- À 18 ans, la part des apprentis dépasse celle des élèves scolarisés dans l'enseignement général (48 % vs 33 %).

Le public des consultations cannabis après 18 ans comprend une part importante de majeurs intégrés dans le système scolaire et universitaire (13 % d'étudiants à 19 ans, 18 % à 20, 15 % à 21 ans, 19 % à 22 ans, 14 % à 23 ans, 10 % à 24-25 ans). Entre 23 et 25 ans, un quart des consultants sont encore scolarisés, surtout dans l'enseignement professionnel (11 %) et 10 % sont étudiants. Les deux tiers des consultants de 25 ans ne sont plus scolarisés.

Figure 9 - Situation scolaire ajustée (année en cours) des consultants entre 16 et 25 ans (n = 2077)



Comparaison de la situation scolaire des consultants avec la population générale (à 17 ans)

Les données 2007 confirment que le profil scolaire des adolescents reçus en consultation cannabis diffère de celui des jeunes en population générale¹⁷ : à 17 ans, ils sont plus souvent déscolarisés (12,1 % vs 4,4 % en population générale) et moins souvent scolarisés en filière générale (46,6 % des consultants de 17 ans vs 84,2 % en population générale). Quand ils le sont, c'est plus souvent dans des filières d'apprentissage ou de formation alternée (41,3 % des consultants, vs 11,4 % en popu-

17. Source ESCAPAD 2005, OFDT.

lation générale). L'écart entre la part de consultants en apprentissage ou en formation alternée, dans le public des CJC ou en population générale, est de 27 points, chez les garçons comme chez les filles. Le sex ratio du point de vue des taux d'apprentissage est moins marqué dans la population des consultants qu'en population générale : les filles accueillies en CJC semblent donc présenter des profils plus « masculins » du point de vue des orientations scolaires.

Il faut préciser toutefois que les réponses au questionnaire apparaissent parfois ambiguës, avec des incohérences entre situation scolaire et situation professionnelle (jeunes scolarisés indiqués comme étant au chômage ou sans activité, lycéens ou apprentis en situation d'emploi, etc.) : ce que l'on peut déduire de cette difficulté à répondre au questionnaire de façon cohérente, c'est une certaine complexité des situations individuelles. Par exemple, les adolescents indiqués comme étant scolarisés en 6^e, 5^e, 4^e ou 3^e mais néanmoins sans activité peuvent être des adolescents dont la rupture scolaire est en cours (c'est-à-dire qu'elle concerne l'année courante, l'enquête ayant été passée au printemps, c'est-à-dire en cours d'année scolaire)¹⁸.

Néanmoins, la sur-représentation des consultants dans l'enseignement professionnel et la particularité du public féminin (du point de vue du parcours scolaire, par comparaison avec la population générale), méritent d'être soulignées.

Tableau 14 - Situation scolaire ou professionnelle des consultants âgés de 17 ans, % en colonne

Situation scolaire ou professionnelle	Données de l'enquête un mois donné 2007			Données ESCAPAD 2005		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Élève (lycéen ou collégien) ou étudiant	43,0	61,7	46,6	78,8	89,8	84,2
En apprentissage ou en formation alternée	43,0	34,0	41,3	15,9	6,8	11,4
Déscolarisés (en situation d'emploi ou de chômage ou sans activité)	14,0	4,3	12,1	5,3	3,4	4,4

18. Les recodages ont été faits à partir de la situation scolaire de l'année courante.

Comparaison avec le public reçu en 2005

Par rapport à 2005, dans la population majeure, on relève trois évolutions significatives, qui concernent la frange des 18-25 ans.

- La part des actifs augmente (qu'ils soient occupés ou au chômage), alors que celle des consultants encore scolarisés (lycéens et étudiants) baisse, ainsi que celle des consultants sans activité. Les jeunes majeurs reçus en 2007 sont donc plus fortement présents sur le marché du travail, qu'ils soient employés ou non.
- Parmi les hommes reçus dans le dispositif entre 18 et 25 ans, on trouve plus d'actifs employés (34,9 % en 2007 vs 28,3 % en 2005).
- Parmi les femmes venues consulter en revanche, on trouve moins de personnes au chômage ou sans activité avant 20 ans (14 % en 2007 vs 20 % en 2005) mais légèrement plus chez les consultantes plus âgées, à partir de 23 ans (39 % vs 30 %).

Tableau 15 - Situation actuelle des consultants entre 18 et 25 ans, en 2005 et en 2007, % en colonne

	2005 (n = 1 667)	2007 (n = 1 756)
Travaille	27,4	32,9
Au chômage	13,1	16,4
Étudiant	13,7	12,6
Lycéen, collégien	19,3	16,5
En apprentissage ou en formation alternée	12,8	12,0
Sans activité	13,7	9,9

Globalement donc, en 2007, le groupe des actifs occupés est plus masculin (85 % vs 79 % parmi les consultants scolarisés ou étudiants et 80 % parmi les déscolarisés et/ou sans emploi) et plus âgé (26,5 ans en moyenne). À l'inverse, les consultants scolarisés ou étudiants sont plus féminisés (21 % de filles, vs 20 % parmi les sans activité et 15 % parmi les actifs employés) et plus jeunes en moyenne (18,7 ans).

Tableau 16 - Structure socio-professionnelle ou scolaire des consultants selon le sexe et l'âge

	N % en colonne	Garçons	Filles % en ligne	Âge moyen en années	Écart- type	Âge médian en années
Déscolarisé et/ou sans emploi	834 (28,6 %)	668 (80,1 %)	166 (19,9 %)	25,4	7,40	24,0
Scolarisé	1113 (38,2 %)	878 (78,9 %)	235 (21,1 %)	18,7	3,08	18,0
Actif employé	969 (33,2 %)	820 (84,6 %)	149 (15,4 %)	26,5	6,54	25,0
Total	2916 (100,0 %)	2366 (81,1 %)	550 (18,9 %)	23,2	6,80	21,0

Dans la population scolarisée, on observe une différence significative, par rapport à 2005, dans le profil des consultantes scolarisées entre 17 et 25 ans. La part des élèves en apprentissage est plus importante (14 % vs 8 % entre 17 et 19 ans, 9 % vs 7 % entre 20 et 22 ans, 7 % vs 1 % entre 23 et 25 ans), et corrélativement, celle des filles dans l'enseignement général est en baisse. Parallèlement, entre 20 et 22 ans, on compte moins de lycéennes ou d'étudiantes (48 % vs 57 %).

Comme en 2005, le profil scolaire ou professionnel des consommateurs venus en consultation est relativement différencié par sexe :

- Les taux de scolarisation sont plus élevés chez les filles jusqu'à 25 ans.
- La proportion d'apprentis parmi les filles rattrape celle des garçons à partir de 20 ans : entre 17 et 19 ans, la part des élèves en apprentissage est de 14,2 % chez les filles (vs 21,3 % chez les garçons) ; entre 20 et 25 ans, les parts d'élèves en apprentissage sont quasi-identiques chez les garçons et chez les filles (entre 9 et 10 %). Les filles reçues en consultation se distinguent donc, par rapport à la population générale, par des taux de scolarisation plus importants en filière professionnelle, dans un contexte où l'on relève une tendance générale à la féminisation dans l'accès aux filières d'apprentissage¹⁹.
- La part des garçons qui travaillent est deux fois plus importante que celle des filles entre 17 et 22 ans, pour s'aligner ensuite entre 23 et 25 ans. Corrélativement, la part des personnes au chômage ou sans activité est plus forte parmi les filles entre 20 et 22 ans.

Tableau 17 - Situation scolaire ou professionnelle des consultants en 2007, par sexe, entre 17 et 25 ans, % en ligne

	Elève ou étudiant	Dont en apprentissage	Sans activité	Au chômage	Occupe un emploi	Effectifs (base 100)
Garçons						
17 - 19 ans	75,3	21,3	11,5	5,0	8,5	615
20 - 22 ans	32,3	9,8	8,8	19,9	39,4	589
23 - 25 ans	14,9	8,2	8,5	23,7	53,1	388
Filles						
17 - 19 ans	83,6	14,2	9,7	4,5	2,2	134
20 - 22 ans	47,5	9,1	16,2	19,2	17,2	99
23 - 25 ans	19,5	6,5	13,0	16,9	51,9	77

N.B. : La somme des pourcentages en ligne est supérieure à 100 car les consultants peuvent, par exemple, à la fois être étudiants et travailler, travailler dans le cadre d'un stage d'apprentissage, etc.

19. Demongeot (A.), Leprévost (E.), « L'apprentissage : une voie de formation attractive, entre tradition et mutation », Note d'information, DEPP, n°33, décembre 2008.

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 18 - Profil comparé des consultants selon l'âge

	12-15 ans (n = 95)	16-17 ans (n = 410)	18-25 ans (n = 1667)	Plus de 25 ans (n = 766)
Part dans l'échantillon	32 %	14 %	57 %	26 %
Sexe	70 % garçons 30 % filles	79 % garçons 21 % filles	84 % garçons 16 % filles	77 % garçons 23 % filles
Présents à la 1ère consultation (acc : accompagnés)	36 % seuls vs 64 acc	50 % seuls vs 50 % acc	83 % seuls vs 17 % acc	93 % seuls vs 7 % acc
Produit(s) à l'origine du recours au dispositif (c : cannabis)	80 % cannabis seul 16 % c + 1 pdt ou + 4 % autre produit	84 % cannabis seul 10 % c + 1 pdt ou + 6 % autre produit	83 % cannabis seul 10 % c + 1 pdt ou + 7 % autre produit	74 % cannabis seul 15 % c + 1 pdt ou + 11 % autre produit
Type de demande	35 % info-conseil 30 % aide à l'arrêt 12 % aide à la réduction 2 % sevrage 21 % autre	26 % info-conseil 34 % aide à l'arrêt 18 % aide à la réduction 2 % sevrage 20 % autre	19 % info-conseil 42 % aide à l'arrêt 13 % aide à la réduction 2 % sevrage 24 % autre (justice)	12 % info-conseil 54 % aide à l'arrêt 14 % aide à la réduction 3 % sevrage 17 % autre
Situation actuelle (scolaire ou professionnelle)	9 % déscolarisés/ss empl. 92 % scolarisés	11 % déscolarisés/ss empl. 88 % scolarisés (dont 1 % d'étudiants)	27 % déscolarisés/ss empl. 40 % scolarisés (28 % lycéens + 12 % d'étudiants)	41 % sans emploi 4 % scolarisés (étudiants) 55 % actifs employés
Année scolaire en cours (parmi scolarisés)	93 % filière générale : 84 % en 6 ^e , 5 ^e , 4 ^e , 3 ^e 9 % en 2 ^{de} 7 % filière pro : 3 % en CAP 2 % en BEP 1 % en 1 ^{ère} ou Terminale bac pro	61 % filière générale : 20 % en 6 ^e , 5 ^e , 4 ^e , 3 ^e 23 % en 2 ^{de} 18 % en 1 ^{ère} ou Terminale 38 % filière pro : 18 % en CAP 2 % en 1 ^{ère} ou Terminale bac pro	45 % scolarisés en filière pro 28 % lycéens en filière générale 27 % étudiants 18 % en BEP	Etudiants uniquement

	12-15 ans (n = 95)	16-17 ans (n = 410)	18-25 ans (n = 1667)	Plus de 25 ans (n = 766)
Origine de la démarche	10 % spontanés 23 % justice 35 % famille 20 % Educ nat 4 % méd/pro de santé 7 % mil.socioéducatif 1 % autre	8 % spontanés 38 % justice 32 % famille 8 % Educ nat 8 % méd/pro de santé 5 % mil.socioéducatif 1 % autre	18 % spontanés 56 % justice 13 % famille 4 % Educ nat 6 % méd/pro de santé 3 % mil.socioéducatif 1 % autre	40 % spontanés 40 % justice 4 % famille 12 % méd/pro santé 2 % mil.socioéducatif 2 % autre/amis
Fréquence d'usage du cannabis	54 % occasionnels 23 % réguliers 23 % quotidiens	45 % occasionnels 21 % réguliers 34 % quotidiens	44 % occasionnels 19 % réguliers 37 % quotidiens	38 % occasionnels 16 % réguliers 46 % quotidiens
Nombre moyen de joints fumés un jour typique	2,8 (n = 77) : 1,4 us.occasionnels 3,0 us.réguliers 5,1 us.quotidiens	3,6 (n = 366) : 1,9 us.occasionnels 3,2 us.réguliers 5,9 us.quotidiens	3,9 (n = 1441) : 2,4 us.occasionnels 3,2 us.réguliers 5,7 us.quotidiens	4,6 (n = 670) : 2,7 us.occasionnels 4,2 us.réguliers 6,0 us.quotidiens
Part d'usagers ayant fumé 5 joints ou plus lors du dernier épisode	20 %	27 %	29 %	35 %
Âge moyen lors de la 1ère consommation de cannabis	13,2 ans (n = 86) Ecart-type : 1,2	14,3 ans (n = 377) Ecart-type : 1,4	15,3 ans (n = 1553) Ecart-type : 2,0	16,7 ans (n = 703) Ecart-type : 3,8
Part d'usagers ayant essayé le cannabis avant 14 ans	54 %	25 %	18 %	12 %
Tabagisme quotidien	79 % (n = 81)	83 % (n = 363)	86 % (n = 1446)	88 % (n = 674)
Âge moyen lors de la 1ère cigarette	12,0 ans Ecart-type : 2,7	12,8 ans Ecart-type : 3,0	13,6 ans Ecart-type : 3,2	14,3 ans Ecart-type : 3,5

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

	12-15 ans (n = 95)	16-17 ans (n = 410)	18-25 ans (n = 1667)	Plus de 25 ans (n = 766)
Usagers réguliers d'alcool (au moins 10 fois dans le mois)	19 % (n = 52)	16 % (n = 245)	19 % (n = 1069)	35 % (n = 476)
Expérimentateurs d'autres drogues illicites (parmi les répondants)	(n = 79, soit 83 %) M.psychotropes : 18 % Ecstasy : 16 % Cocaïne : 11 % Poppers : 5 % Héroïne : 4 % Champ.hall : 3 %	(n = 351, soit 86 %) Ecstasy : 15 % Cocaïne : 10 % M.psychotropes : 8 % Champ.hall : 5 % Poppers : 3 % Héroïne : 3 %	(n = 1419, soit 85 %) Cocaïne : 15 % Ecstasy : 14 % Héroïne : 9 % M.psychotropes : 6 % Champ.hall : 6 % Poppers : 2 %	(n = 673, soit 88 %) Cocaïne : 18 % Ecstasy : 12 % Héroïne : 12 % M.psychotropes : 12 % Champ.hall : 3 % Poppers : 2 %
Motivations de consommation du cannabis	34 % pour lutter contre l'angoisse et le stress/ mieux dormir 62 % pour le plaisir, la convivialité 13 % par habitude, avec un sentiment de dépendance	48 % pour lutter contre l'angoisse et le stress/ mieux dormir 55 % pour le plaisir, la convivialité 20 % par habitude, avec un sentiment de dépendance	48 % pour lutter contre l'angoisse et le stress/ mieux dormir 49 % pour le plaisir, la convivialité 30 % par habitude, avec un sentiment de dépendance	60 % pour lutter contre l'angoisse et le stress/ mieux dormir 33 % pour le plaisir, la convivialité 39 % par habitude, avec un sentiment de dépendance

PROFILS DE CONSOMMATION (CANNABIS ET AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS)

PRODUIT(S) À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION

La plupart des consultants (88,5 %) citent un seul produit parmi les motifs de consultation, 9,5 % en citent deux, 1,6 % en mentionnent trois et 0,3 % des consultants indiquent quatre produits.

Le cannabis est le produit principal à l'origine du recours aux consultations (pour 92 % des consommateurs). Il est cité comme seul produit par 81 % des consultants et comme produit associé à un ou plusieurs autres (alcool, tabac ou autre produit) par 11 % des consultants.

Tableau 19(a) - Produit principal à l'origine de la consultation

	Effectifs	En %
Cannabis seul	2371	80,7 %
Cannabis + autre(s) (dont alcool, tabac et autres produits illicites)	331	11,3 %
Autre produit seul (alcool, tabac ou autre produit illicite)	229	7,8 %
Alcool + autres (dont tabac)	3	0,1 %
Pas de produit	4	0,1 %

Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge

Ainsi, 8 % de consultants ne citent pas du tout le cannabis parmi les produits motivant leur venue en consultation. Dans l'ensemble des consommateurs reçus en effet, 4,2 % citent un autre produit illicite : l'héroïne pour 2,4 % d'entre eux (70 personnes) ; la cocaïne pour 0,7 % (20 personnes) ; ou plus rarement, d'autres produits²⁰ ; 3 % citent uniquement l'alcool et 0,6 % le tabac.

Tableau 19 (b) - Produits cités, seuls ou en association avec d'autres, comme motifs de consultation

	Effectifs	En %	Dont :
Au moins cannabis	2702	92,0 %	<i>Cannabis seul : 80,7 %</i>
Au moins alcool	288	9,8 %	<i>Alcool seul : 3,0 %</i>
Au moins tabac	122	4,2 %	<i>Tabac seul : 0,6 %</i>
Au moins un autre produit	221	7,5 %	<i>Autre produit seul : 4,2 %</i>
Pas de produit	4	0,1 %	

Les produits le plus souvent associés au cannabis sont l'alcool (6,7 % de l'ensemble des consultants reçus, soit 196 consultants) et/ou le tabac (3,5 % des consultants, soit 104 personnes) mais il s'agit aussi parfois d'un autre produit illicite (3,3 %, soit 96 personnes).

CONSOMMATIONS DE CANNABIS DÉCLARÉES (HORS ENTOURAGE)

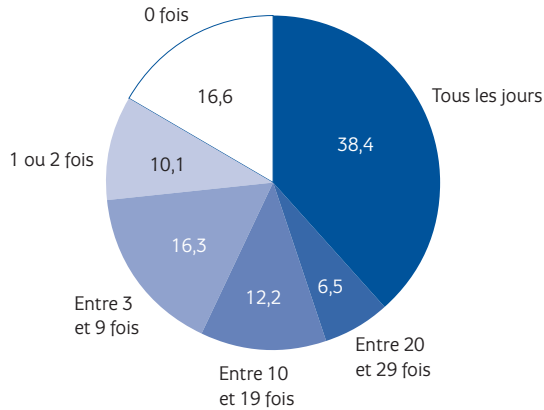
Six consultants sur dix déclarent un usage régulier ou quotidien de cannabis

Près de 40 % des consultants déclarent un usage quotidien de cannabis (38 %) et près de 20 % sont en situation d'usage régulier (entre 10 et 29 épisodes de consommation dans les trente derniers jours). Les autres sont des usagers occasionnels de cannabis (43 %) qui consommé moins de 10 fois dans le dernier mois.

En outre, 16 % de l'ensemble des consultants accueillis n'ont pas du tout consommé de cannabis dans le mois précédant la visite en consultation, c'est-à-dire une part encore plus élevée qu'en 2005 (10 %).

20. Ainsi, 0,2 % des consultants mentionnent les amphétamines ou le speed (soit moins de 10 personnes) ; 0,2 % citent le Subutex® ; 0,1 % l'ecstasy (ou MDMA) ; 0,1 % la méthadone ; 0,1 % des antalgiques (Di-Antalvic®, Topalgic®).

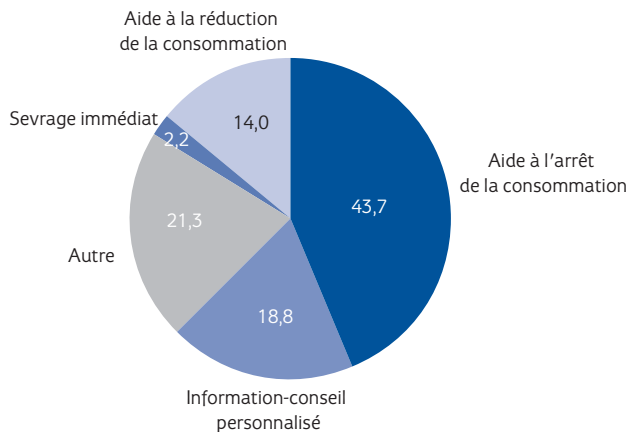
Figure 10 - Fréquence d'usage de cannabis dans le dernier mois, en % (n = 2 938)



Des demandes différenciées selon la fréquence de consommation du cannabis

La demande majoritaire des consultants, quelle que soit la fréquence à laquelle ils consomment, est une demande d'aide à l'arrêt de la consommation (43,7 %).

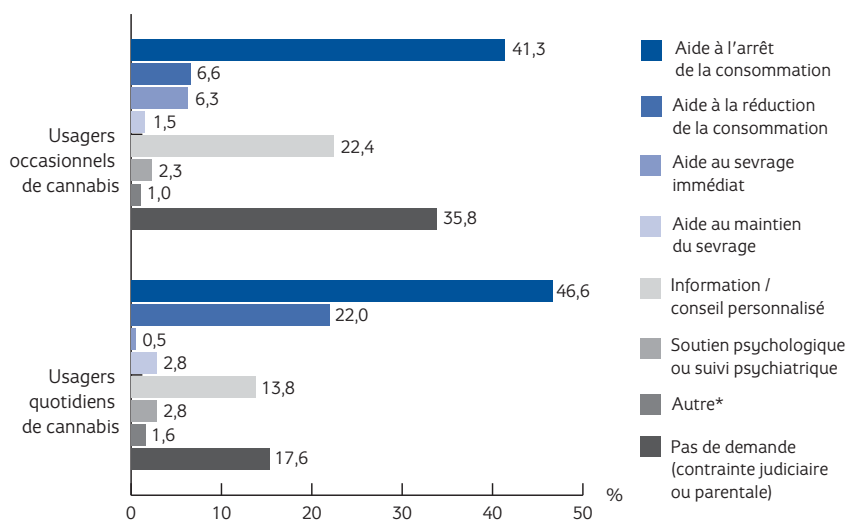
Figure 11 - Nature de la demande exprimée par les consultants, en %



Évidemment, les attentes sont différenciées selon le niveau d'usage : parmi les usagers quotidiens, les demandes d'aide à la réduction de la consommation sans objectif d'arrêt complet arrivent en deuxième (22,0 %), devant l'absence de demande (17,6 %) et après la demande d'aide à l'arrêt de la consommation (46,6 %), du fait d'une contrainte judiciaire ou imposée par l'entourage, et les demandes d'information ou de conseil personnalisés (13,8 %) ; les demandes de soutien psychologique et les problématiques psychiatriques sont un peu plus fréquentes dans cette sous-population (2,8 % vs 2,3 %), ainsi que les demandes d'intervention rapide et urgente telles que le sevrage immédiat (2,8 % vs 1,5 %), tandis que les usagers occasionnels requièrent plus souvent une aide au maintien du sevrage (6,3 % vs 0,5 %), en particulier les usagers abstinents dans le dernier mois (55 %).

On peut relever avec intérêt la prévalence des demandes d'aide à l'arrêt chez les usagers occasionnels (41,3 %), devant les obligations de visite imposées par la justice, quelle que soit la régularité des « occasions de consommation » dans le mois passé. On peut l'interpréter en termes d'intégration, par les usagers, de l'interdit social (et pénal) entourant le cannabis, qui les amène probablement à avoir/prendre conscience des risques attachés à cette pratique et à vouloir s'en dégager.

Figure 12 - Nature de la demande exprimée en consultation selon la fréquence d'usage



Autre * : demandes d'accompagnement éducatif, de soutien à la parentalité ou de thérapie familiale, demandes d'écoute et d'évaluation, demandes concernant un produit autre que le cannabis, etc.

N.B. : La somme des pourcentages est supérieure à 100 % pour chaque catégorie d'usagers car plusieurs réponses étaient possibles.

Tableau 20 - Nature de la demande exprimée en consultation cannabis selon la fréquence d'usage du cannabis, en % (n = 2 777)

	Aide à la réduction de la conso.	Aide au maintien du sevrage	Aide à l'arrêt de la conso.	Aide au sevrage immédiat	Pas de demande (contrainte judiciaire)	Pas de demande personnelle et/ou demande des parents	Information/conseil personnalisé	Soutien psychologique ou suivi psychiatrique	Autre
Occasionnels	6,6	6,3	41,3	1,5	33,8	2,0	22,4	2,3	1,0
Réguliers	15,8	0,6	43,8	2,9	22,9	0,9	20,9	1,4	2,1
Quotidiens	22,0	0,5	46,6	2,8	15,3	2,3	13,8	2,8	1,6
Total	14,2	3,0	43,8	2,3	24,7	5,3	18,8	2,3	1,4

N.B. : La somme des pourcentages en ligne est supérieure à 100 % du fait des réponses multiples.

Ainsi, au-delà d'un premier motif de consultation fédérateur, les demandes sont différenciées selon le niveau d'usage :

- Parmi les usagers quotidiens, les demandes d'aide à la réduction de la consommation sans objectif d'arrêt complet (22 %) constituent le deuxième type de besoin exprimé, devant l'absence de demande (18 %) - du fait d'une contrainte judiciaire ou imposée par l'entourage - et les demandes d'information ou de conseil personnalisés (14 %). En outre, les demandes de soutien psychologique et les problématiques psychiatriques sont un peu plus fréquentes chez les usagers quotidiens, ainsi que les demandes d'intervention rapide et urgente (sevrage immédiat).
- Parmi les usagers réguliers, le profil le plus fréquent, après les demandes d'aide à l'arrêt, est celui d'usagers orientés vers la consultation cannabis par un tiers, judiciaire ou familial (un quart environ). On trouve ensuite 21 % de demandes d'information et 16 % de demandes d'aide à la réduction de la consommation. Les demandes de soutien psychologique sont particulièrement rares en cas d'usage régulier.
- Parmi les usagers occasionnels enfin, la prévalence des demandes d'aide à l'arrêt pose question (40 % quelle que soit la fréquence de l'usage occasionnel). On peut l'interpréter en termes d'intégration par les usagers de l'interdit social (et pénal) entourant le cannabis, ce qui les amène probablement à avoir/prendre conscience des risques attachés à cette pratique et à vouloir s'en dégager. Les demandes d'aide au maintien du sevrage sont d'ailleurs particulièrement représentées dans cette catégorie d'usagers (6 % de leurs demandes). Le second motif de consultation, cependant, est indépendant de la volonté de l'utilisateur puisqu'il procède d'une obligation de visite imposée par la justice : un tiers des usagers occasionnels reçus en consultation sont ainsi « amenés » vers les consultations cannabis sans qu'ils expriment,

à titre personnel, une préoccupation à l'égard de leur consommation de cannabis. Enfin, les demandes d'information ou de conseil personnalisés arrivent en troisième position (22 %) : ce type de demande est le plus répandu dans cette catégorie d'utilisateurs.

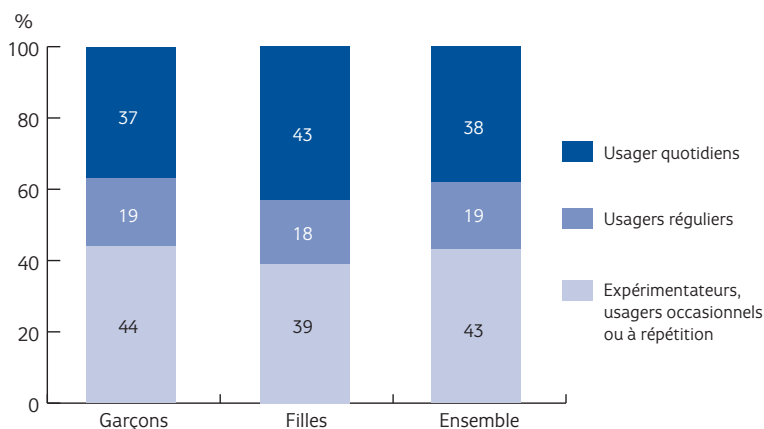
■ Parmi les utilisateurs abstinents dans le dernier mois enfin, la demande la plus fréquente est exprimée en termes de soutien au maintien de l'abstinence (55 %). Le second motif de recours est non volontaire, puisqu'il concerne les utilisateurs orientés par la justice (34 %). Enfin, on compte une part minoritaire d'utilisateurs en demande de conseils, d'information ou d'accompagnement à la consommation sans risque (11 %).

Évolution des profils d'usage féminins et masculins entre 2005 et 2007

Les fréquences d'usage de cannabis des consultants reçus un mois donné semblent globalement en baisse par rapport aux niveaux de consommation enregistrés en 2005 : on recensait par exemple 45 % d'utilisateurs quotidiens au démarrage du dispositif, vs 38 % en 2007.

Par ailleurs, si comme en 2005, les filles reçues en consultation sont plus fréquemment en situation d'usage quotidien (43 % vs 37 % chez les garçons), l'écart entre les sexes s'est encore accentué entre 2005 et 2007 : 6 points d'écart séparent désormais les filles des garçons, contre 2 points d'écart seulement en 2005.

Figure 13 - Répartition des consommateurs reçus en consultation par type d'usage et par sexe



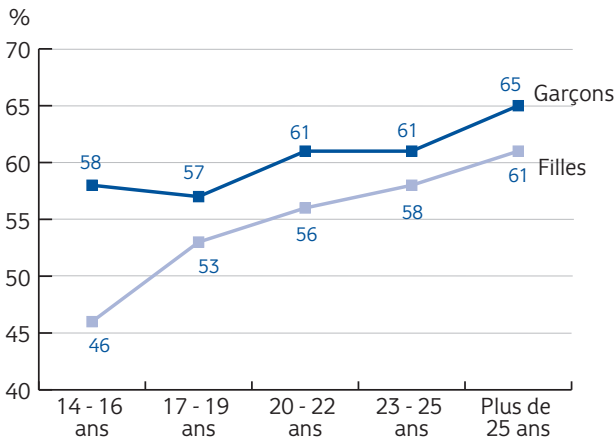
Usager quotidien : usage quotidien au cours des trente derniers jours.

Usager régulier : entre 10 et 29 usages au cours des trente derniers jours.

Expérimentateur : au moins un usage au cours de la vie mais aucun dans l'année ; Usager occasionnel : entre 1 et 9 usages au cours des douze derniers mois ; Usager à répétition : au moins 10 usages dans l'année, mais moins de 10 dans le mois.

La structure globale des usages de cannabis reste donc différenciée par sexe : 61 % des filles qui s'adressent à une consultation cannabis ont une consommation régulière ou quotidienne, contre 56 % des garçons. Cette sur-représentation des usages réguliers chez les filles se vérifie à tous les âges : le graphique ci-dessous montre un écart moyen d'environ 6 points entre les proportions d'usage régulier ou quotidien de cannabis chez les filles et chez les garçons reçus en consultation au cours d'un mois donné.

Figure 14 - Part d'usagers réguliers ou quotidiens de cannabis par sexe et par tranche d'âge

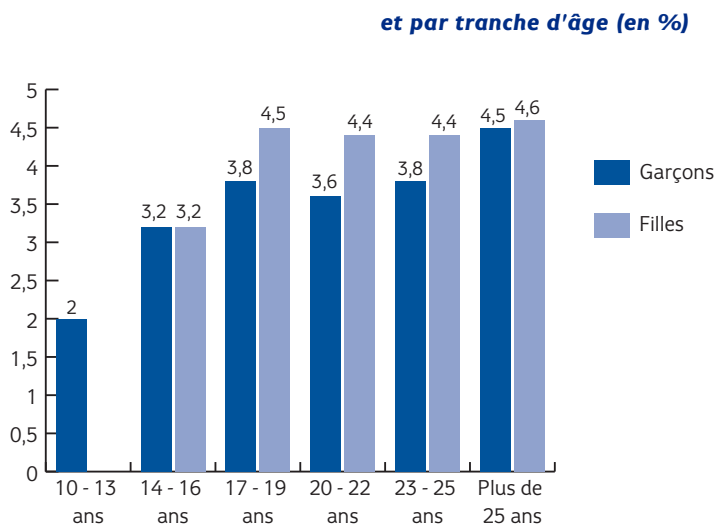


N.B. : l'échelle a été tronquée à 40 % afin de rendre l'évolution plus lisible. Les résultats sont présentés pour les tranches d'âge où les effectifs de consultants étaient supérieurs à 100 personnes, par sexe.

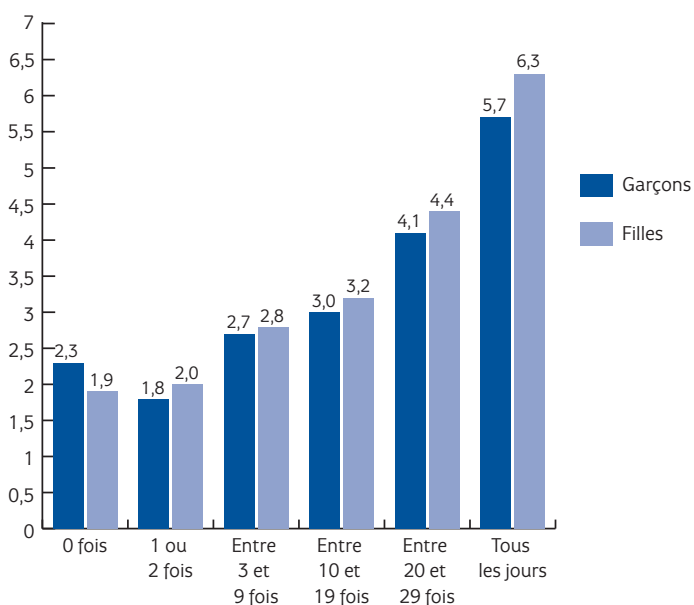
Lecture : entre 17 et 19 ans, 53 % des garçons et 57 % des filles venus consulter déclarent des niveaux d'usage régulier ou quotidien de cannabis.

On peut en déduire que les filles qui se déplacent en consultation cannabis, si elles sont moins nombreuses que les garçons, présentent des profils d'usage plus sévères. Ce constat se confirme quand on compare le nombre moyen de joints fumés chez les garçons et chez les filles : sauf chez les usagers abstinentes dans le dernier mois, les filles consomment plus intensivement en moyenne que les garçons, à tous les âges et quelle que soit leur fréquence d'usage.

Figure 15 - Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation, par sexe...



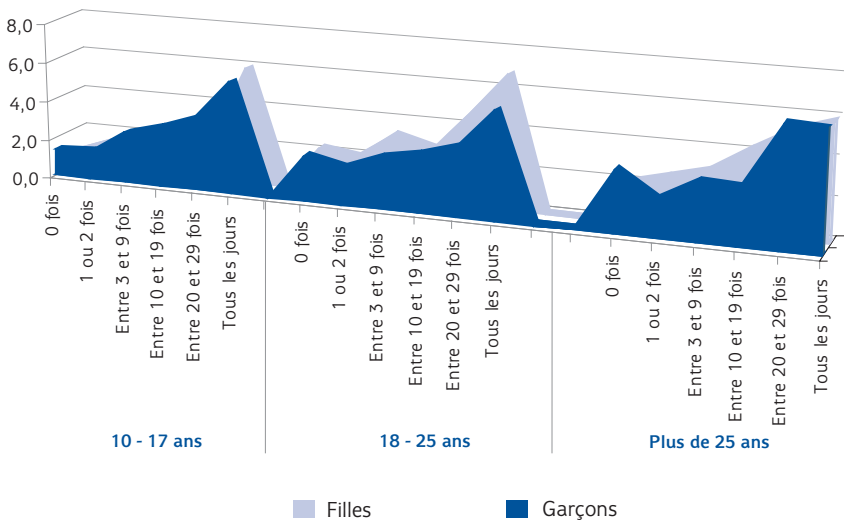
... et par fréquence d'usage dans le dernier mois (en %)



C'est entre 18 et 25 ans que les filles se distinguent le plus caractéristiquement des garçons quant à l'intensité des usages de cannabis : parmi les usagers quotidiens par exemple, les filles fument près de 7 joints par jour en moyenne, contre 5 et demi chez les garçons.

Chez les mineurs, la sur-consommation féminine n'apparaît que pour les usages quotidiens de cannabis ; chez les plus de 25 ans à l'inverse, les filles se différencient le plus nettement pour les usages qui commencent à devenir réguliers : à partir d'un ou deux épisodes de consommation dans le mois passé, elles dépassent les garçons quant au nombre moyen de joints fumés en une occasion de consommation.

Figure 16 - Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation, par sexe et par fréquence d'usage du cannabis, en %



On peut proposer quelques hypothèses pour expliquer ce différentiel. La première (et la principale) tient aux modalités de recours : les filles viennent plus souvent spontanément en consultation (35 % vs 19 % chez les garçons), ce qui suppose une démarche préalable d'auto-questionnement à l'égard de l'usage de cannabis, en lien avec des usages plus réguliers (cf. quatrième partie, « structure des modalités de recours »). Une deuxième hypothèse (jouant à la marge) pourrait être que les filles confrontées à des problèmes d'usage « légers » consulteraient ailleurs que dans les consultations cannabis (ou ne consulteraient pas du tout). Ces différentes pistes explicatives mériteraient d'être testées au travers d'investigations qualitatives spécifiques.

Des profils d'usage différenciés selon l'âge

La structure globale des usages de cannabis est également différenciée selon l'âge. Si l'âge moyen des usagers de cannabis reçus en consultation spécialisée est de 23 ans, il est variable selon la fréquence d'usage : les usagers quotidiens ont en moyenne une année et demie de plus (24,2 ans) que les usagers occasionnels (moins de 23 ans). Les plus jeunes consultants (en moyenne 22 ans) sont des usagers occasionnels de cannabis se situant à la limite de l'usage régulier (entre 3 et 9 épisodes de consommation dans le dernier mois).

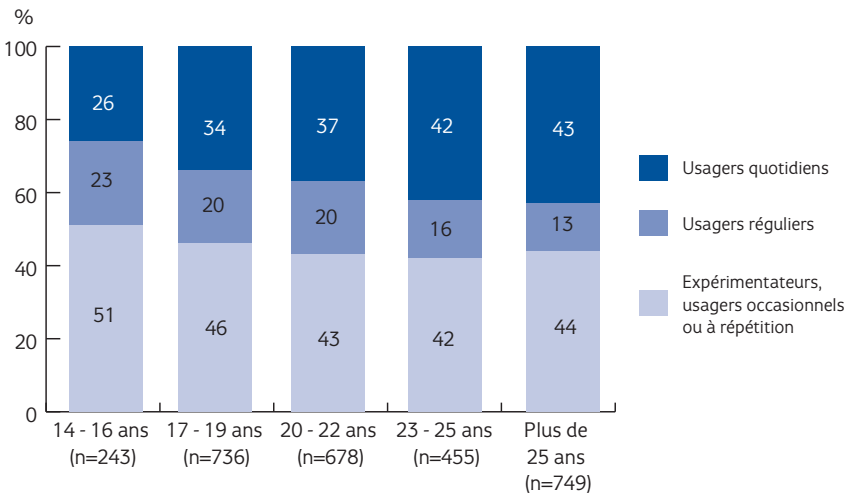
Tableau 21- Âge moyen des consultants selon la fréquence d'usage du cannabis dans les trente derniers jours

	Moyenne	N	Écart-type
0 fois	22,9 ans	476	6,3
1 ou 2 fois	22,6 ans	288	6,8
Entre 3 et 9 fois	22,2 ans	466	6,2
Entre 10 et 19 fois	22,5 ans	348	6,7
Entre 20 et 29 fois	23,0 ans	187	6,9
Tous les jours	24,2 ans	1099	7,1
Non-réponse	22,9 ans	74	6,4
Total	23,2 ans	2938	6,8

Le public de consultants se partage donc entre usagers occasionnels de cannabis (moins de 10 consommations dans le mois passé), qui sont les plus nombreux à tous les âges et forment entre 42 % et 51 % du public, et usagers réguliers, voire quotidiens (entre 49 % et 58 % du public selon l'âge). La part des usagers quotidiens strictement dite augmente avec l'âge des consultants : après 25 ans, 43 % des consultants sont des usagers quotidiens de cannabis alors qu'avant 20 ans, ils ne dépassent pas 34 % des consultants reçus.

À partir de 20 ans, le profil du public se dédouble plus nettement, avec d'un côté, environ 40 % d'usagers quotidiens, et de l'autre, un peu plus de 40 % d'usagers occasionnels qui maintiennent leur consommation de cannabis en deçà des seuils couramment utilisés pour caractériser l'usage régulier (entre 10 et 29 épisodes de consommation dans le mois passé) et parallèlement, des parts d'usagers réguliers en baisse.

Figure 17 - Fréquence d'usage du cannabis par tranche d'âge parmi les consultants reçus un mois donné

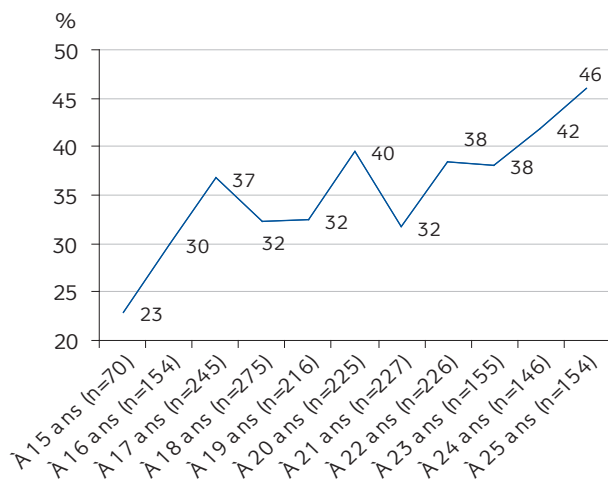


La part des usagers quotidiens de cannabis dans le public connaît un doublement entre 15 et 25 ans.

Avant 17 ans, moins d'un consultant sur trois déclare fumer du cannabis tous les jours. Entre 17 et 22 ans, les consultants sont plus nombreux (près de la moitié de l'ensemble des consultants) et plus souvent usagers quotidiens de cannabis (entre trois et quatre sur dix d'entre eux selon l'âge). Les consultants plus âgés (entre 23 et 25 ans) sont usagers quotidiens à 42 % en moyenne.

Enfin, à partir de 30 ans, les effectifs par âge déclinent mais les consommateurs quotidiens de cannabis représentent en moyenne 50 % des patients reçus.

Figure 18 - Part d'usagers quotidiens de cannabis dans le public entre 15 et 25 ans



N.B. : l'échelle a été tronquée à 20 % afin de rendre l'évolution plus lisible. Les résultats sont présentés pour les tranches d'âge où les effectifs de consultants étaient supérieurs à 70 personnes.

Les usagers quotidiens fument en moyenne près de 6 joints par jour

Si la fréquence de consommation permet de rendre compte de la périodicité de l'usage de cannabis parmi les consommateurs qui ont recours à une consultation cannabis, le nombre de joints fumés lors d'une occasion de consommation mesure l'intensité de la consommation. L'association de ces deux indicateurs fortement corrélés montre des profils de consultants relativement différenciés.

La majorité des consultants reçus (70 %) fument moins de 5 joints par occasion de consommation. Près d'un tiers toutefois (30 %) déclare des usages intensifs (dont le seuil a été fixé arbitrairement à 5 joints ou plus lors d'un épisode de consommation), qui sont positivement corrélés à l'élévation de la fréquence d'usage : la moitié des usagers quotidiens fument au moins 5 joints en une fois, vs 21 % des usagers réguliers et 14 % des usagers occasionnels.

Tableau 22 - Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation, selon la fréquence d'usage de cannabis dans le dernier mois, % en ligne (n = 2 938)

	Aucun	1 à 4	5 à 9	10 ou plus	Non-réponse	Moyenne
0 fois (n = 476)	31,1	31,3	3,4	6,3	27,9	2,2 (n = 343)
1 ou 2 fois (n = 288)	5,2	71,9	3,1	2,1	17,7	1,8 (n = 237)
Entre 3 et 9 fois (n = 466)	1,3	76,4	8,4	3,4	10,5	2,7 (n = 417)
Entre 10 et 19 fois (n = 348)	0,6	76,7	11,5	3,7	7,5	3,0 (n = 322)
Entre 20 et 29 fois (n = 187)	0,5	64,2	18,7	8,6	8,0	4,2 (n = 172)
Tous les jours (n = 1099)	0,1	46,0	27,2	20,9	5,7	5,8 (n = 1036)
Non-réponse (n = 74)	2,7	21,6	8,1	4,1	63,5	

Que la fréquence d'usage du cannabis soit faible, régulière ou quotidienne, le nombre moyen de joints fumés en une occasion typique de consommation s'élève avec l'âge. Chez les mineurs qui consomment occasionnellement du cannabis, les quantités consommées en une occasion sont presque 2 fois moindres, comparées à celles des usagers occasionnels de plus de 25 ans. Ce différentiel est moins significatif parmi les usagers quotidiens qui, quel que soit leur âge, fument en moyenne entre 5 et 6 joints par jour.

Tableau 23 - Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation, selon l'âge et la fréquence d'usage de cannabis, en % (n = 2 527)

	12-17 ans	18-25 ans	Plus de 25 ans	Total
Usagers occasionnels	1,8	2,4	2,7	2,3
Usagers réguliers	3,2	3,2	4,2	3,4
Usagers quotidiens	5,8	5,7	6,0	5,8

Logiquement, les usages fréquents sont corrélés à des usages intensifs. Mais cette corrélation s'amenuise chez les usagers occasionnels, où l'effet de l'âge prévaut : chez les mineurs qui fument du cannabis moins de 10 fois par mois, une occasion de consommation représente moins de deux joints en moyenne. Chez les adultes de plus de 25 ans, un usage occasionnel est associé à des épisodes de consommation de 2 joints et demi à 3 joints.

Ainsi, plus les consultants sont âgés, plus les quantités consommées en une occasion typique de consommation sont importantes et plus la part moyenne de fumeurs limitant leur consommation à moins de 5 joints est faible.

30 % des consultants fument au moins 5 joints un jour typique de consommation

La part des usages intensifs (au moins 5 joints fumés un jour de consommation) parmi les consultants est donc corrélée au sexe, à la fréquence d'usage mais aussi à l'âge : entre 12 et 16 ans, moins d'un consultant sur quatre (22 %) fume plus de 5 joints en une occasion typique de consommation, contre plus d'un tiers (35 %) à plus de 25 ans. C'est entre 16 et 17 ans qu'on relève un seuil marquant de passage vers des intensités importantes : de 22 % de consultants déclarent fumer au moins 5 joints un jour de consommation, on passe à 28 %²¹.

Tableau 24 - Nombre de joints fumés un jour de consommation, par tranche d'âge, % en ligne (n = 2 554)

	1 à 4 joints	5 à 9 joints	10 à 19 joints	20 ou plus	Au moins 5 joints
12 - 16 ans	78 %	14 %	8 %	0 %	22 % (49)
17 - 19 ans	72 %	17 %	10 %	2 %	28 % (185)
20 - 22 ans	71 %	18 %	10 %	1 %	29 % (170)
23 - 25 ans	71 %	18 %	9 %	2 %	29 % (122)
Plus de 25 ans	65 %	17 %	15 %	2 %	35 % (232)
Total	70 %	17 %	11 %	1 %	30 % (758)

Lecture : parmi les consultants âgés de 12 à 16 ans, 78 % déclarent fumer 1 à 4 joints un jour de consommation, 14 % 5 à 9 joints et 8 % 10 à 19 joints.

21. Il faut préciser ici que la part d'usages intensifs peut être légèrement surestimée, car elle a été calculée sur la base des réponses données dans le questionnaire (le taux de non-réponse étant d'environ 13 %). Or on peut penser que les « gros » consommateurs sont sur-représentés dans l'échantillon des répondants : les consultants qui ont répondu à la question du nombre de joints fumés un jour de consommation sont probablement ceux qui ont spontanément fait la démarche de mesurer leur consommation, ce qui est plus souvent le cas quand la consommation est élevée et/ou perçue comme problématique.

Il faut signaler ici la proportion relativement élevée de consultants déclarant fumer au moins 10 joints en une occasion : ces consommations intensives concernent 12 % des consultants en moyenne mais elles sont significativement plus souvent le fait de consultants âgés de plus de 25 ans (17 %). Cela s'explique par l'évolution des pratiques de sociabilité à mesure que s'accroît l'indépendance à l'égard des parents : les jeunes adultes, après 25 ans, tendent à multiplier les sorties collectives et à fumer du cannabis dans des contextes festifs, en particulier le week end²². Ces usages intensifs, un jour typique de consommation, peuvent toutefois s'avérer épisodiques et irréguliers, sans être nécessairement corrélés à un usage fréquent.

En tendance toutefois, l'usage quotidien de cannabis et l'intensité de la consommation apparaissent corrélés : la moitié des usagers quotidiens de cannabis fument au moins 5 joints un jour de consommation (51 %), contre « seulement » 21 % des usagers réguliers et 12 % des usagers occasionnels. Cette corrélation est logique : à l'évidence, les chances d'avoir un usage intensif un jour de consommation ne sont pas les mêmes pour tous les fumeurs ; le fumeur quotidien qui dispose du matériel nécessaire, du fait d'une pratique de consommation « routinisée » sera, plus facilement que l'usager occasionnel, enclin à fumer 5 joints et plus dans la même soirée (sans même évoquer les phénomènes de dépendance et de tolérance liés à l'habitude de consommer).

Cette corrélation est d'autant plus étroite que les consultants sont jeunes. L'usage quotidien semble donc associé à des contextes et des pratiques de consommation différents selon l'âge des consultants (usages souvent intensifs chez les mineurs).

Tableau 25 - Part d'usagers déclarant fumer au moins 5 joints un jour de consommation, selon la fréquence d'usage de cannabis, en % (n = 2 526)

	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens	Tous types d'usages
12-16 ans	4	22	55	22
17- 19 ans	10	17	56	28
20-22 ans	11	20	50	29
23-25 ans	15	18	46	29
Plus de 25 ans	15	28	51	35
Tous âges	12	21	51	30

Lecture du tableau : parmi les consultants âgés de 12 à 16 ans, 4 % qui sont usagers occasionnels déclarent fumer au moins 5 joints un jour de consommation, contre 22 % chez les usagers réguliers et 55 % chez les usagers quotidiens.

²² Cf. Beck F., Legleye S., Spilka S., *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p.*

Cependant, le lien entre fréquence et intensité ne vaut que pour la majorité de la population des consultants. Mais les usages intensifs concernent tout de même 12 % des usagers occasionnels ; leur prévalence culmine chez les jeunes adultes : 15 % des consultants après 22 ans fument au moins 5 joints en une occasion de consommation.

Ainsi, le lien entre fréquence et intensité de consommation doit être relativisé en déconstruisant la catégorie des usagers occasionnels : on note alors qu'une part non négligeable des « petits fumeurs »²³ déclare des usages intensifs un jour de consommation (5 joints ou plus) : un quart des usagers qui n'ont pas du tout fumé dans le dernier mois déclarent ainsi une « surconsommation » épisodique.

Tableau 26- Nombre de joints fumés un jour de consommation, en fonction de la fréquence de l'usage, chez les usagers occasionnels de cannabis, % en colonne

	Aucun usage de cannabis dans le mois passé	1 ou 2 usages dans le mois	3 à 9 usages dans le mois
1 à 4 joints	76	93	87
5 et plus	24	7	13

Lecture : Parmi les usagers occasionnels qui n'ont déclaré aucun usage de cannabis dans le mois passé, 76 % disent fumer 1 à 4 joints un jour de consommation et 24 % au moins 5 joints.

La variété de ces pratiques d'usage, qui ne peut être appréhendée rigoureusement à l'aide des seuls indicateurs de fréquence et d'intensité d'usage, s'explique en partie par des motivations différentes à consommer, selon le sexe, l'âge ou le motif de recours à la consultation cannabis.

Des motifs d'usage multidimensionnels, dominés par la régulation de l'anxiété et la recherche de plaisir

Une des originalités de l'enquête tient au fait que les motifs d'usage ont été questionnés. Près de six usagers des consultations cannabis sur dix (56 %) déclarent ainsi fumer « pour lutter contre l'anxiété et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup » ; 52 % invoquent la recherche de plaisir, de convivialité et de partage et 34 % disent fumer par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit²⁴. Parmi les 2 631 consommateurs qui ont répondu, un quart (26 %) ont cité deux de ces motifs d'usage et 8 % ont cité les trois : autrement dit, les raisons de

23. Au moins un usage dans les trente derniers jours.

24. La somme de ces pourcentages est supérieure à 100 car plusieurs motifs d'usage étaient cités dans 30,6 % des cas (59,0 % des usagers venus en consultation ont cité un seul motif d'usage et 10,4 % n'ont pas répondu à cette question).

consommer sont complexes et multidimensionnelles, pour au moins un tiers des consultants, et elles le sont d'autant plus que les consultants sont âgés. En effet, la part des répondants qui n'évoquent qu'un seul motif d'usage décroît régulièrement avec l'âge (73 % entre 12 et 17 ans, 66 % entre 18 et 25 ans, 61 % après 25 ans). L'âge apparaît comme un facteur favorisant les usages auto-thérapeutiques : plus de deux tiers des consultants âgés de plus de 25 ans déclarent fumer pour lutter contre le stress et l'anxiété ou pour mieux gérer leur sommeil et/ou les contraintes de la vie quotidienne. L'âge est aussi logiquement associé au sentiment d'une dépendance au produit.

Tableau 27 - Motif d'usage de cannabis par tranche d'âge, en % (n = 2 631)

	Pour lutter contre l'anxiété et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup	Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage	Par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit
10-17 ans	50	63	21
18-25 ans	53	55	34
Plus de 25 ans	67	37	43
Tous âges	56	52	34

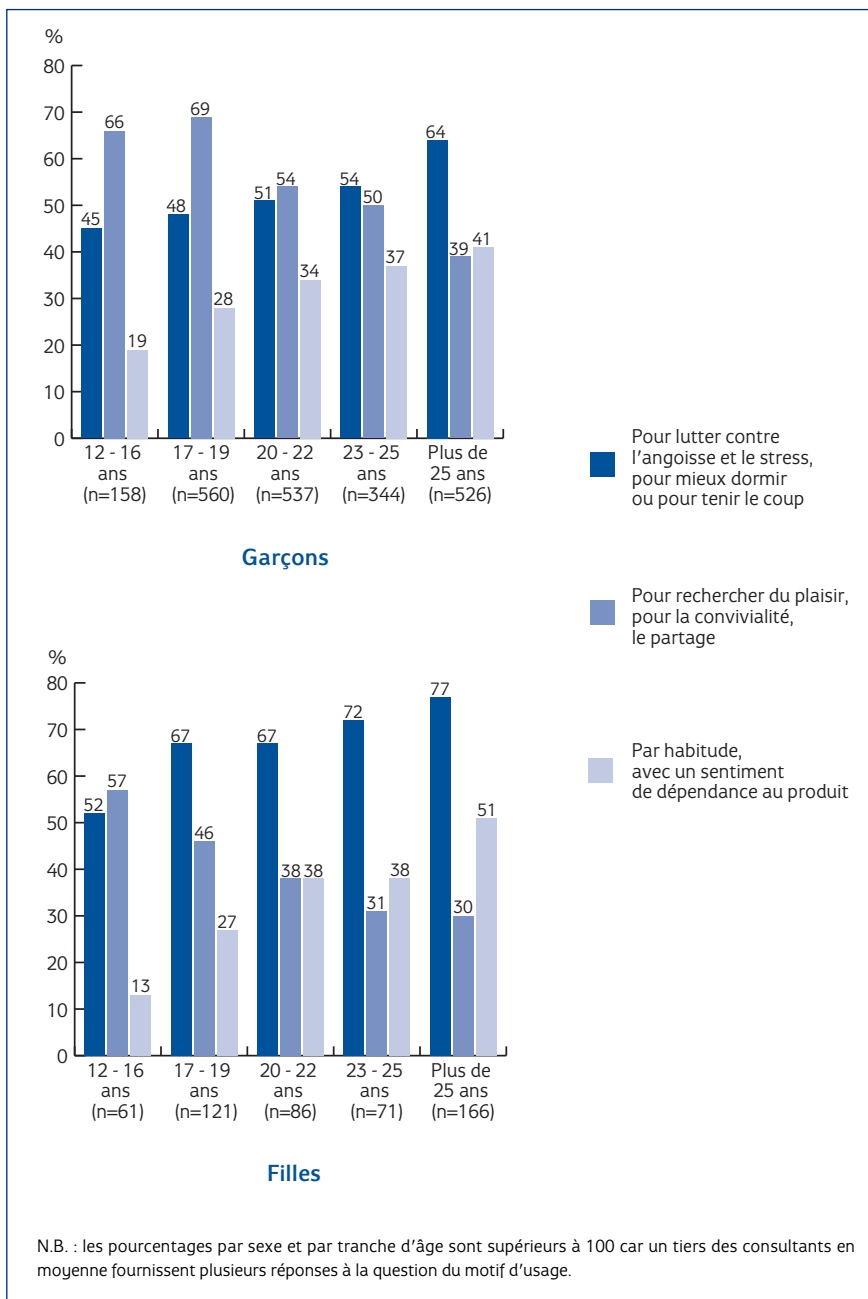
Des usages auto-thérapeutiques sur-représentés parmi les filles

Les garçons qui s'adressent au dispositif des consultations cannabis sont moins enclins que les filles à déclarer un usage auto-thérapeutique, visant à conjurer l'anxiété ou à améliorer leurs performances (56 % des garçons, vs 69 % des filles qui viennent consulter). Ils sont plus nombreux en revanche à faire état d'usages festifs, centrés sur la détente, la recherche de plaisir et la convivialité. Quant au sentiment de dépendance au produit, il est également ressenti par les deux sexes. Ces différences de comportement d'usage liées au genre se confirment en contrôlant l'âge.

Tableau 28 - Sexe et motif et d'usage du cannabis, en % (n = 2 591)

	Pour lutter contre l'anxiété et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup	Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage	Par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit
Garçons (n = 2 092)	53	54	34
Filles (n = 499)	69	39	37

Figure 19 - Motif d'usage selon le sexe et l'âge (n = 2 631)



Ainsi, à tous les âges, les consultants de sexe masculin sont moins nombreux à déclarer des usages auto-thérapeutiques et plus souvent portés sur des pratiques de consommation collectives, motivées par une recherche de convivialité. Cette différenciation par sexe s'explique aussi par la différenciation des modes de recours aux consultations cannabis : les garçons y sont plus fréquemment orientés par la justice, donc à la suite d'une interpellation policière qui suppose une pratique de consommation sur la voie publique, tandis que les filles viennent plus souvent spontanément, ce qui suggère qu'elles ont conscience, à la fois, du caractère problématique de leur consommation et du mal-être psychologique associé à cette consommation.

Ces constats font écho aux résultats d'Escapad 2003 qui montrent que « les filles semblent beaucoup plus concernées par ces problèmes (malaise psychologique, suivi médical pour un problème de santé psychologique, consultation psy) que les garçons, ou du moins, consomment davantage de soins pour cela, et les déclarent davantage »²⁵.

Des motivations d'usage qui se complexifient avec la hausse des fréquences d'usage

Les motifs d'usage varient également selon la fréquence de consommation. La part des usages hédoniques est la plus élevée parmi les usagers occasionnels (deux consultants sur trois), alors que les usagers quotidiens mentionnent dans sept cas sur dix un usage auto-thérapeutique, souvent associé à un sentiment de dépendance au produit (pour 57 % d'entre eux).

Tableau 29 - Motif et fréquence d'usage du cannabis, en % (n = 2 591)

	Pour lutter contre l'anxiété et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup	Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage	Par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit
Usagers occasionnels	41	66	12
Usagers réguliers	58	55	32
Usagers quotidiens	70	35	57
Total	56	52	34

25. Beck F., Legleye S., Spilka S., *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003, Saint-Denis, OFDT, 2004, pp.54-57.*

Il faut souligner aussi que les motifs d'usage se complexifient à mesure que la fréquence d'usage s'élève : plus l'usage devient régulier, plus le nombre de réponses à la question du motif d'usage est élevé. Ainsi, la moitié des usagers quotidiens (48 %) expliquent leur usage par au moins deux des réponses possibles (vs 14 % des usagers occasionnels et 36 % des usagers réguliers) ; à l'inverse, la grande majorité des usagers occasionnels donnent un seul motif de consommation.

Des motivations d'usage fortement différenciées selon le genre

Ainsi, à fréquence d'usage égale, les filles accueillies en consultation cannabis sont plus souvent engagées dans une consommation à visée auto-thérapeutique, alors que les garçons font largement état d'usages collectifs, tournés vers la recherche de plaisir. Ces données confirment le fait que les motivations d'usage du public des consultations cannabis sont fortement différenciées selon le sexe.

Tableau 30 - Motif et fréquence d'usage du cannabis par sexe, en %

	Pour lutter contre l'angoisse et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup		Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage		Par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Occasionnels	38	55	69	52	11	16
Réguliers	56	69	59	40	32	31
Quotidiens	68	80	37	28	57	57
Total	53	69	54	39	34	37

Motivations d'usage chez les usagers intensifs

Les données sur les motifs d'usage peuvent être utilement rapprochées de celles qui concernent l'intensité des usages.

Il s'avère alors que les usagers qui estiment fumer par habitude, du fait d'une dépendance au produit, consomment du cannabis plus intensivement que les autres (sauf parmi les filles de plus de 25 ans qui fument tous les jours, où les usages hédoniques dominent). Cette observation est intéressante car elle suggère que le « sentiment d'être dépendant » est au moins aussi lié à la conscience d'une consommation excessive (même épisodique) qu'à celle d'un usage fréquent (en particulier quotidien).

En outre, l'intensité de consommation de ceux qui disent fumer par plaisir est similaire à celle des usagers qui fument pour lutter contre l'angoisse : par conséquent, si les motifs d'usage diffèrent, les pratiques se ressemblent, en particulier chez les garçons.

Par ailleurs, plus on fume souvent, plus les quantités consommées s'élèvent, particulièrement chez les consommateurs qui fument pour lutter contre l'angoisse ou pour rechercher du plaisir (plus la pente de la droite est raide sur le schéma ci-dessous, plus la corrélation entre fréquence et intensité est forte). À l'inverse, chez les usagers qui disent ressentir une dépendance au produit, l'intensité moyenne des usages est certes globalement plus élevée mais elle n'est pas linéairement corrélée à la fréquence d'usage : entre 18 et 25 ans, chez les garçons comme chez les filles, les usagers réguliers fument moins intensivement, en moyenne, que les usagers occasionnels. L'habitude de fumer et le sentiment de la dépendance ne sont donc, subjectivement, pas unilatéralement associés à des usages intensifs.

C'est entre 18 et 25 ans, chez les filles qui fument quotidiennement par plaisir et/ou en groupe, qu'on relève les usages les plus intensifs (7,7 joints en moyenne un jour typique de consommation) : 52 personnes reçues en consultation cannabis un mois donné se trouvaient dans cette situation.

Chez les garçons, les usages les plus intensifs (en moyenne) concernent les mineurs en situation d'usage quotidien (7,1 joints en moyenne, par jour).

EXPÉRIMENTATION DU CANNABIS

L'âge de la première prise de cannabis

Mécaniquement, l'âge moyen d'expérimentation du cannabis est d'autant plus élevé que le consultant est âgé. L'âge moyen de la première prise de cannabis est ainsi de 13,3 ans chez les consultants âgés de 15 ans, alors que chez les consultants âgés de 25 ans à la date de l'enquête, il atteint 15,7 ans.

À 18 ans, l'âge le plus fortement représenté parmi les consultants (près de 10 % du public), l'âge moyen d'une première consommation de cannabis est situé entre 14 et 15 ans, quel que soit le sexe. Les consultants reçus dans le dispositif ont donc, à 18 ans, plus précocement expérimenté le cannabis que leurs homologues en population générale (14,7 ans chez les garçons vs 15,2 ans en population générale ; 14,5 ans chez les filles, vs 15,3 ans en population générale²⁶).

26. Source : Escapad 2003.

Tableau 31 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis chez les consultants âgés de 15 à 25 ans (n = 1 995)

	à 15 ans	à 16 ans	à 17 ans	à 18 ans	à 19 ans	à 20 ans	à 21 ans	à 22 ans	à 23 ans	à 24 ans	à 25 ans
2007	13,3	13,9	14,5	14,7	14,9	15,2	15,3	15,6	15,7	15,4	15,7
2005	13,4	13,9	14,3	14,4	15,1	15,4	15,5	16,2	15,8	16,4	15,9

Tout comme l'enquête ESCAPAD montre que l'âge moyen d'initiation a peu évolué entre 2001 et 2003, l'enquête sur le public des CJC établit que l'âge d'initiation des consultants mineurs n'a pas évolué entre 2005 et 2007. En revanche, on observe une évolution de l'âge d'initiation moyen des patients plus âgés (à partir de 19 ans), entre 2005 et 2007.

La première prise de cannabis intervient sensiblement aux mêmes âges chez les garçons et les filles entre 15 et 25 ans. Toutefois, contrairement au constat dressé dans l'enquête 2005, à certains âges, l'âge moyen d'expérimentation déclaré par les filles s'avère en deçà de celui déclaré par les garçons (cf. tableau infra), en particulier parmi les jeunes majeurs (entre 18 et 21 ans) et parmi les consultants plus âgés (après 23 ans).

Tableau 32 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis (en années), par âge et par sexe (n = 1 995 consultants).

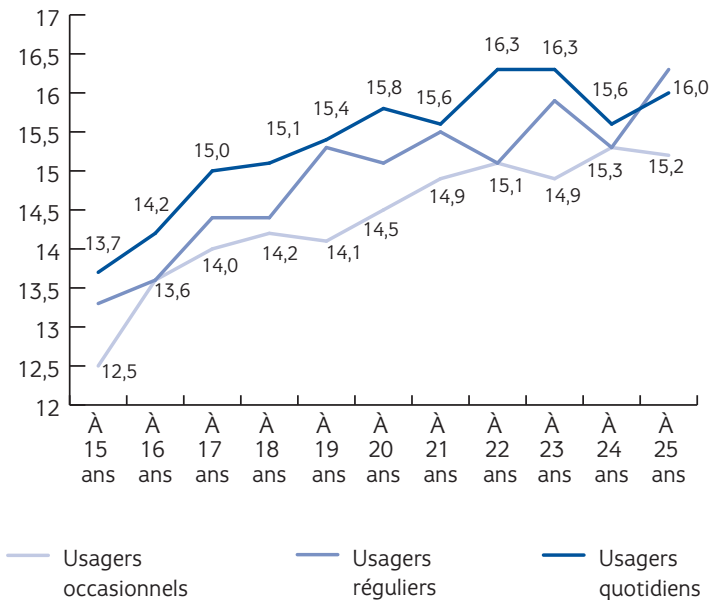
	à 15 ans	à 16 ans	à 17 ans	à 18 ans	à 19 ans	à 20 ans	à 21 ans	à 22 ans	à 23 ans	à 24 ans	à 25 ans
Garçons	13,6	13,9	14,5	14,7	15,0	15,2	15,4	15,6	15,6	15,5	15,7
Filles	12,8	13,9	14,7	14,6	14,9	15,0	15,3	15,8	16,0	15,1	15,4

Globalement, les usagers de cannabis vus en consultation se distinguent par une expérimentation du produit un peu plus précoce que les adolescents interrogés dans Escapad 2003 : en moyenne, à 18 ans, les garçons déclarent avoir expérimenté le cannabis à 14,7 ans (contre 15,2 ans en population générale), les filles à 14,6 ans (vs 15,3 ans).

Expérimentation du cannabis et usage actuel

La précocité des expérimentations est très liée aux usages actuels de cannabis. Plus le cannabis a été expérimenté tôt, plus la fréquence d'usage actuelle est élevée, en moyenne (les âges moyens d'initiation les plus bas sont, à chaque âge, ceux des usagers quotidiens, comme en 2005).

Figure 20 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis selon l'âge des consommateurs à la date de consultation et la fréquence d'usage actuelle.

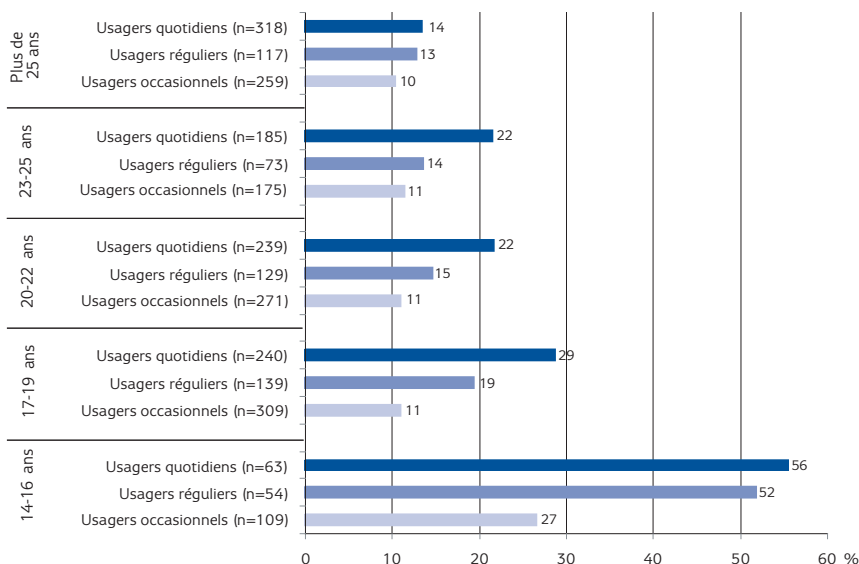


N.B. : L'échelle a été tronquée à 12 ans (âge d'expérimentation moyen minimal) afin de rendre l'évolution plus lisible.

Ainsi, parmi les usagers quotidiens à 17 ans (n=90), l'âge moyen d'expérimentation est de 14 ans : 28 % des usagers quotidiens à cet âge ont essayé le cannabis avant 14 ans (vs 12 % parmi les usagers occasionnels), 35 % l'ont goûté à 14 ans, 25 % à 15 ans et 12 % seulement un an auparavant.

L'âge d'expérimentation moyen chez les usagers quotidiens de cannabis est logiquement d'autant plus bas que les consultants sont jeunes. Les usagers quotidiens de cannabis actuellement âgés de 16 ans ont, en moyenne, fumé leur premier joint avant l'âge de 14 ans, alors que les usagers quotidiens aujourd'hui âgés de 25 ans ont essayé le cannabis peu après 15 ans en moyenne. Ces observations ne permettent pas à elles seules de tester l'hypothèse d'une évolution des âges d'initiation au cannabis au cours de la dernière décennie.

Figure 21 - Part de consultants ayant expérimenté le cannabis avant l'âge de 14 ans, par classe d'âge et par fréquence d'usage actuelle



N.B. : La comparaison entre les classes d'âge n'est pas pertinente ici, dans la mesure où l'âge d'expérimentation déclaré par les plus jeunes est nécessairement plus bas, en moyenne, que celui de consultants plus âgés. L'intérêt de ce graphique est d'offrir une représentation visuelle de la différence de longueur des barres pour un groupe d'âge donné.

FOCUS Les mineurs initiés au cannabis avant 14 ans

Plus d'un quart (27,5 %) des mineurs reçus un mois donné (soit 139 personnes sur 505) ont déclaré avoir essayé le cannabis avant 14 ans ($p=0.000$). Moins de la moitié de ces expérimentateurs précoces (44 %) venus en CJC déclarent un usage quotidien de cannabis : ce sont plus souvent des jeunes en apprentissage ou déscolarisés ($p=0.000$). Moins d'un quart déclarent un usage régulier de cannabis (27 %) : il s'agit plus fréquemment de collégiens ou lycéens adressés par la famille et moins souvent de jeunes en apprentissage, déscolarisés ou en situation d'activité professionnelle ($p<0.005$). Toutefois, 29 % des consultants ayant goûté au cannabis avant 14 ans déclarent aujourd'hui un usage occasionnel.

Il faut souligner ici que l'exposition à la chance (ou au risque) de « sortir » de la consommation de cannabis n'est pas la même selon l'âge des consultants : les consultants âgés de 12 à 14 ans qui ont, par définition, été initiés au cannabis avant 14 ans n'ont, à l'évidence, pas encore eu la possibilité de « sortir » du cycle de consommation ; à l'inverse, les consultants âgés de 17 ans ont eu pendant 3 ans environ la possibilité d'arrêter leur consommation.

USAGES DÉCLARÉS D'AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS

Les questions relatives aux usages d'autres substances ont souffert de taux de non-réponse relativement importants (de 13 % pour le tabac et les substances illicites autres que le cannabis à 37 % pour l'alcool). Tout se passe comme si les professionnels avaient mésinterprété la portée du questionnaire en considérant que l'enquête était exclusivement centrée sur les usages de cannabis.

Il est donc difficile d'évaluer de façon fiable l'ampleur des consommations associées de produits illicites (ou détournés de leur usage) : l'exploitation porte ici sur les réponses disponibles, dont la représentativité est incertaine.

Un tabagisme très fréquent parmi les usagers de cannabis

De façon tout à fait attendue et logique, le tabagisme est très fréquent parmi les consommateurs de cannabis venus en consultation : 86 % des répondants déclarent un usage quotidien de tabac (au moins une cigarette par jour).

La consommation de tabac est d'autant plus courante que l'usage de cannabis est fréquent : 90 % des usagers réguliers ou quotidiens de cannabis sont également

des fumeurs quotidiens de tabac (vs 81 % des usagers occasionnels). Quand le tabac est exclusivement consommé avec du cannabis (dans le joint), le tabagisme n'est pas déclaré en tant que tel, ce qui explique que près de 10 % des usagers réguliers ou quotidiens de cannabis déclarent n'avoir fumé aucune cigarette dans le dernier mois.

À l'inverse, la part des consultants qui n'ont jamais fumé de tabac seul est d'autant plus faible que l'usage de cannabis est fréquent : 6 % des usagers occasionnels de cannabis n'ont jamais consommé de cigarettes (vs 4 % des usagers réguliers et 3 % des usagers quotidiens de cannabis).

Tableau 33 - Nombre de cigarettes fumées par jour au cours des 30 derniers jours, selon la fréquence d'usage du cannabis, % en colonne

	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens	Tous usagers
Aucune	16	8	9	12
Moins d'une par jour	3	2	1	2
1 à 5	16	16	11	14
6 à 10	29	30	25	27
11 à 20	29	33	40	34
Plus de 20	8	10	14	11
<i>Dont :</i>				
<i>Usage quotidien de tabac</i>	81	90	90	86

Parallèlement, la quasi-totalité des usagers faisant l'objet d'un diagnostic de dépendance cannabique sont des fumeurs quotidiens de cigarettes : 91 %, vs 87 % chez les usagers jugés « à risque » et 77 % chez les usagers dont la consommation n'a été uagée ni nocive, ni même « à risque ».

Le tabagisme quotidien est un comportement plus répandu parmi les filles que parmi les garçons quand les usages de cannabis sont réguliers ou quotidiens.

Tableau 34 - Usage quotidien de tabac dans les 30 derniers jours, par fréquence d'usage du cannabis et par sexe, en % (n = 2 037 garçons et 485 filles).

	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens
Garçons	82	89	89
Filles	80	97	91

Lorsqu'ils fument quotidiennement, garçons et filles déclarent des quantités de tabac similaires : les filles semblent toutefois sensiblement plus nombreuses que les garçons à être de « grosses fumeuses » de tabac (plus de 10 cigarettes par jour), quelle que soit la fréquence d'usage de cannabis.

Tableau 35 - Nombre de cigarettes fumées au cours des 30 derniers jours parmi les fumeurs quotidiens de tabac, par sexe et par fréquence d'usage du cannabis, % en colonne

	Garçons			Filles		
	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens
N =	733	348	664	150	86	190
1 à 5	20	20	13	20	13	9
6 à 10	36	32	29	31	40	23
11 à 20	35	38	43	37	34	48
Plus de 20	10	11	15	12	14	19

Spécificités du public féminin en termes de comportement tabagique

La particularité du public féminin des consultations cannabis se confirme en observant les âges d'expérimentation déclarés par les consultants à 18 ans : contrairement aux observations en population générale, les filles accueillies en consultation fument leur première cigarette plus tard que les garçons mais consomment leur premier joint plus tôt que leurs congénères masculins. Ainsi, le temps moyen écoulé entre la première cigarette et le premier joint est plus réduit chez les filles que chez les garçons, parmi les consommateurs de produits venus en consultation cannabis (1,3 ans vs 1,9 ans).

Tableau 36 - Âges moyens d'expérimentation du tabac et du cannabis à 17-18 ans (en années), par sexe, dans la population des consultants et dans la population générale

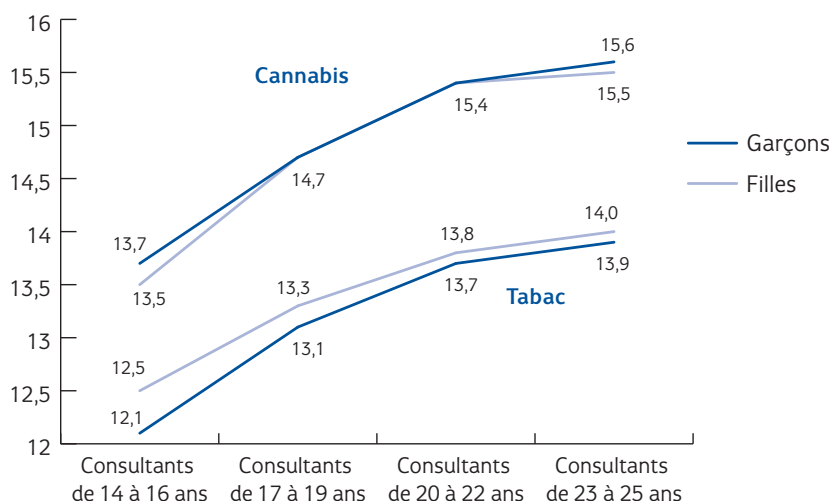
		18 ans	
		Garçons	Filles
Tabac	Consultants	12,8	13,2
	Population générale	13,6	13,6
Cannabis	Consultants	14,7	14,5
	Population générale	15,2	15,3

Source : ESCAPAD 2003

Du tabac au cannabis...

Par ailleurs, plus la première cigarette est fumée jeune, plus le temps qui s'écoule avant la première prise de cannabis est court. Dans la population des consultants, cette corrélation est particulièrement nette, singulièrement chez les filles, surtout les plus jeunes.

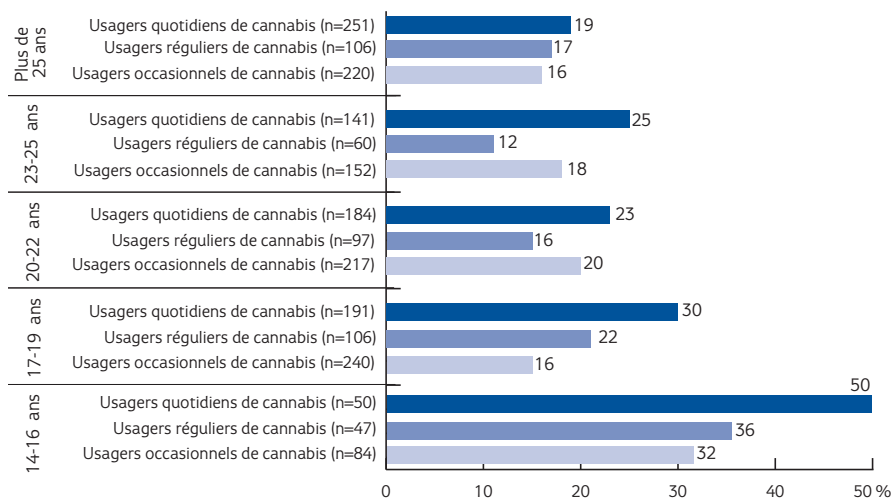
Figure 22 - Âges d'expérimentation moyens du cannabis et du tabac, par classe d'âge et par sexe



Usages de cannabis et de tabac sont donc corrélés, du point de vue des fréquences d'usage comme des âges d'expérimentation. Ainsi, à 17-19 ans, 30 % des usagers quotidiens de cannabis qui déclarent par ailleurs une consommation de tabac ont expérimenté la cigarette avant 13 ans (vs 22 % des usagers réguliers et 16 % des usagers occasionnels) et la moitié ont fumé leur première cigarette à 13-14 ans (vs 44 % parmi les usagers réguliers et 34 % parmi les occasionnels). La précocité de l'expérimentation de tabac paraît donc statistiquement liée à la fréquence de consommation actuelle de cannabis pour ceux qui en sont devenus consommateurs et le sont restés, d'autant plus nettement que les consultants sont jeunes²⁷.

27. Précisons toutefois que cette enquête n'est ni une étude de cohorte qui aurait suivi tous les jeunes expérimentateurs de tabac, ni une étude de cas-témoins qui comparerait des expérimentateurs de tabac actuellement fumeurs ou non-fumeurs de cannabis. Les corrélations présentées ici sont donc indicatives et ne font que décrire plus précisément la population accueillie en consultation cannabis.

Figure 23 - Part des répondants ayant expérimenté le tabac avant l'âge de 13 ans, par classe d'âge et selon la fréquence d'usage du cannabis



N.B. : La comparaison entre les classes d'âge n'est pas pertinente ici, dans la mesure où l'âge d'expérimentation déclaré par les plus jeunes est nécessairement plus bas, en moyenne, que celui de consultants plus âgés. L'intérêt de ce graphique est d'offrir une représentation visuelle de la différence de longueur des barres pour un groupe d'âge donné.

Un quart des usagers de cannabis reçus sont des buveurs réguliers d'alcool

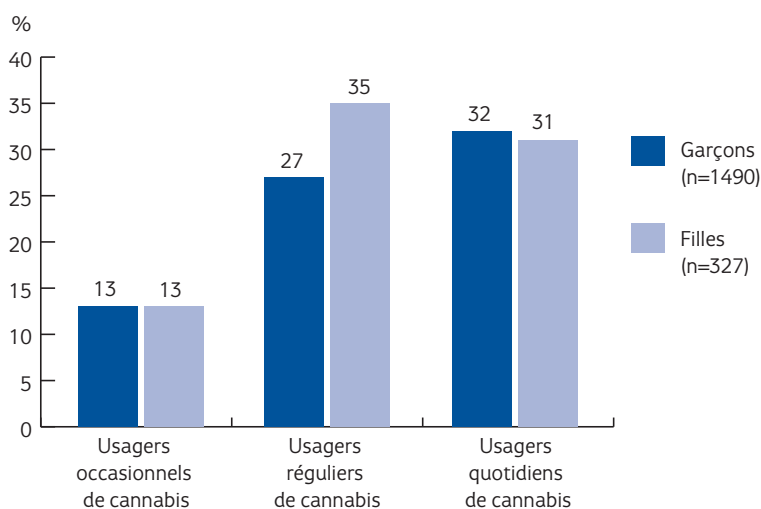
L'usage régulier d'alcool (10 épisodes de consommation au moins dans le mois passé) est le fait de 23 % des consommateurs de cannabis venus en consultation (parmi les 63 % qui ont répondu à la question de la fréquence d'usage d'alcool). Le fait de boire régulièrement est, globalement, un peu plus fréquent chez les filles (25 % chez les filles, 22 % chez les garçons).

Il est difficile de comparer ces données à celles de la population générale (par exemple à 17 ans, à l'appui des chiffres issus d'Escapad 2005) car les taux de non-réponse à la question des fréquences d'usage d'alcool sont trop élevés à cet âge (42 % chez les garçons à 17 ans, 34 % chez les filles !).

Pour les fréquences d'usage de cannabis régulières mais non quotidiennes, les filles sont plus nombreuses à déclarer des usages réguliers d'alcool (8 points d'écart !). Parmi les usagers quotidiens de cannabis en revanche, les garçons sont un peu plus fréquemment que les filles des buveurs réguliers (avec un point d'écart seulement).

Il faut interpréter ces surprenants résultats avec toute la prudence qu'impose un taux de non-réponse particulièrement élevé (37 %) : les réponses données sur-représentent probablement les buveurs réguliers, en particulier parmi les usagers réguliers de cannabis (taux de non-réponse culminant à 42 %) et chez les filles (40 % de non-réponses !).

Figure 24 - Usage régulier d'alcool (au moins 10 épisodes de consommation dans les trente derniers jours) par fréquence d'usage du cannabis parmi les consultants répondants



Chez les buveurs récents²⁸, l'usage d'alcool apparaît corrélé à l'usage de cannabis : 32 % des usagers quotidiens de cannabis sont des buveurs réguliers, contre 28 % des usagers réguliers et 13 % des usagers occasionnels.

En outre, 15 % des usagers quotidiens de cannabis sont aussi des buveurs quotidiens d'alcool (16 % chez les garçons, 15 % chez les filles).

28. Au moins un usage d'alcool dans les trente derniers jours.

Tableau 37 - Fréquence des usages d'alcool au cours des 30 derniers jours, selon la fréquence d'usage du cannabis, % en colonne

	Usagers occasionnels de cannabis	Usagers réguliers de cannabis	Usagers quotidiens de cannabis
Aucun épisode de consommation dans le mois	28	20	18
1 à 9 occasions de consommation	59	52	50
10 à 29 occasions de consommation	8	23	17
Usage quotidien d'alcool	5	5	15
Usage régulier (10 occasions et +)	13	28	32

Autres substances illicites : une sur-expérimentation parmi les femmes et les consultants plus âgés

Les autres substances les plus fréquemment expérimentées sont la cocaïne (13 % des consultants en ont déjà pris au moins une fois dans l'année passée), l'ecstasy (11 %), l'héroïne (8 %), les champignons hallucinogènes (5 %), le poppers (2 %). En outre, l'usage de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois est rapporté par 6 % des consultants (surtout un public féminin).

Tableau 38 - Usages au cours de l'année d'autres produits illicites suivant le produit motivant la venue en consultation, % en colonne

	Autre produit à l'origine de la demande de consultation (n = 243)	Cannabis à l'origine de la demande de consultation (n = 2 695)	Tous consultants (n = 2 938)
Cocaïne	27,2	11,8	13,1
Ecstasy	15,2	11,1	11,4
Poppers	3,7	1,7	1,9
Champignons hallucinogènes	7,0	4,3	4,6
Héroïne	32,1	5,4	7,6
Médicaments psychotropes	17,3	6,3	7,2
Taux de non-réponse aux questions d'usage d'autres drogues	9,9	14,5	14,2

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

En fait, parmi les consultants venus au titre d'un problème lié au cannabis (seul ou associé à d'autres produits), la prévalence d'usage des drogues illicites au cours de l'année écoulée est plus faible : ce sont surtout les consultants qui s'adressent au dispositif pour un problème lié à un autre produit que le cannabis qui déclarent des prévalences d'usage élevées dans l'année passée, en particulier pour l'héroïne (32 %), pour la cocaïne (27 %), pour les médicaments psychotropes (17 %) et pour l'ecstasy (15 %).

Le public accueilli dans le dispositif des « consultations jeunes consommateurs » se distingue de la population générale par une sur-représentation des expérimentations de drogues illicites autres que le cannabis, en particulier chez les femmes et parmi les consultants les plus âgés (26-44 ans), les deux variables étant liées. Ainsi, 15 % des femmes qui se présentent en consultation pour un problème lié au cannabis ont consommé de l'ecstasy dans l'année passée (vs 11 % des hommes) et 14 % déclarent un usage de cocaïne (vs 10 % des hommes), alors qu'en population générale, les expérimentateurs sont majoritairement des hommes. De la même manière, 15 % des consultants âgés de 26 à 44 ans ont consommé de la cocaïne dans les douze derniers mois (vs 12 % des 18-25 ans) et 8 % de l'héroïne (vs 5 % des 18-25 ans).

Tableau 39 - Usage au cours de l'année de drogues illicites autres que le cannabis suivant l'âge des consultants venus pour un problème lié au cannabis, par comparaison avec la population générale, % en colonne

	Consultations cannabis					Population générale				
	Ensemble (n=2 695)	18-25 ans (n=1 540)	26-44 ans (n=647)	Hommes (n=2 208)	Femmes (n=487)	Ensemble (n=23 746)	18-25 ans (n=4 065)	26-44 ans (n=10 679)	Hommes (n=11 624)	Femmes (n=12 122)
Cocaïne	11,8	11,5	14,7	11,3	14,2	0,6	1,5	0,7	0,9	0,3
Ecstasy	11,1	10,6	11,0	10,1	15,4	0,5	1,4	0,5	0,7	0,2
Poppers	1,7	1,3	1,9	1,7	2,1	0,6	1,7	0,5	0,8	0,3
Champ. hall.	4,3	4,9	3,2	4,3	4,7	0,3	0,8	0,3	0,4	0,1
Héroïne	5,4	5,1	8,2	4,8	8,0	0,1	0,4	0,1	0,2	0,1
NR	14,5	15,6	12,5	14,8	13,3					

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT ; enquête 2007 consultations jeunes consommateurs

Les expérimentateurs de drogues illicites sont en majorité des fumeurs réguliers ou quotidiens de cannabis (environ 75 % parmi les expérimentateurs d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy, vs 55 % parmi les non-expérimentateurs), des fumeurs quotidiens de tabac (94 % vs 87 %) et plus de 10 % sont des buveurs quotidiens d'alcool (13 % parmi les expérimentateurs d'héroïne, 12 % parmi les expérimentateurs de cocaïne, 10 % parmi les expérimentateurs d'ecstasy, vs 4 à 5 % parmi les non-expérimentateurs). Ils ont essayé le cannabis plus tôt, en moyenne, que les autres : 14,8 ans vs 15,5 ans parmi les expérimentateurs de cocaïne ou d'ecstasy, 14,9 ans vs 15,5 ans parmi expérimentateurs d'héroïne. Ces résultats reflètent un style de vie où les expérimentations de produits psychoactifs sont plus nombreuses.

Par exemple, la consommation d'ecstasy dans les douze derniers mois est relativement répandue parmi les consommateurs venus en consultation (au titre du cannabis ou non) : 13 % des mineurs accueillis déclarent avoir pris de l'ecstasy dans l'année écoulée, vs 12 % des jeunes majeurs et 10 % des plus de 25 ans.

Les consultants venus pour un problème au titre du cannabis se distinguent par des prévalences d'usage d'ecstasy au cours de l'année plus élevées parmi les mineurs (13 % vs 7 % parmi les consultants venus pour un autre produit que le cannabis) et parmi les plus de 25 ans (11 % vs 6 %), mais bien moindres parmi les jeunes majeurs (11 % vs 24 %). Autrement dit, parmi les fumeurs de cannabis qui s'adressent aux consultations, c'est parmi les plus jeunes et les plus âgés qu'on relève les taux les plus élevés d'usage d'ecstasy dans l'année.

Tableau 40 - Usage d'ecstasy au cours de l'année suivant l'âge des consultants et le produit motivant leur recours aux consultations cannabis, % en ligne

	12-17 ans (n = 505)	18-25 ans (n = 1 667)	Plus de 25 ans (n = 766)	Total (n = 2938)
Cannabis à l'origine de la demande de consultation	13,0	10,6	10,9	11,1
Autre produit à l'origine de la demande de consultation	6,9	23,6	5,7	15,2
Tous consultants	12,7	11,6	10,3	11,4

Lecture : Parmi les 12-17 ans venus pour un problème de cannabis, 13 % déclarent avoir consommé de l'ecstasy au cours de l'année passée.

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

À 17 ans, par rapport à la population générale du même âge²⁹, les consultants sont cinq fois plus nombreux à avoir essayé l'ecstasy (13,1 % vs 2,6 % en population générale). Ils sont également plus souvent expérimentateurs de cocaïne (7,9 % vs 1,9 %), d'héroïne (2,4 % vs 0,4 %) de champignons hallucinogènes (4,4 % vs 2,6 %). En revanche, les consultants se distinguent de la population générale par des niveaux d'expérimentation plus bas de poppers (2,4 % vs 3,9 % en population générale).

Tableau 41 - Usages de drogues illicites autres que le cannabis au cours de l'année écoulée, à 17 ans, comparaison consultants / population générale

	Champignons hallucinogènes			Poppers			Ecstasy			Cocaïne			Héroïne		
	PG	CC	NR	PG	CC	NR	PG	CC	NR	PG	CC	NR	PG	CC	NR
Élèves	2,2	5,9	11,8	3,7	2,0	11,8	2,0	14,7	11,8	1,4	5,9	11,8	0,3	2,0	11,8
Apprentis	3,8	1,0	15,4	4,4	2,9	15,4	5,1	8,7	15,4	3,8	9,6	15,4	0,9	1,9	15,4
Déscolarisés	7,0	6,4	19,1	6,4	2,1	19,1	9,5	17,0	19,1	6,8	6,4	19,1	1,2	2,1	19,1
Ensemble	2,6	4,4	15,1	3,9	2,4	15,1	2,6	13,1	15,1	1,9	7,9	15,1	0,4	2,4	15,1

NR = non-réponses aux questions d'usage d'autres drogues dans l'enquête 2007 sur les consultations cannabis.

Au sein du public accueilli pour un problème lié (pour tout ou partie) au cannabis, l'usage déclaré de cocaïne dans l'année passée (sans indication de fréquence) concerne 14 % des consultants ; il est le plus répandu parmi les plus de 25 ans : 17 % de ces consultants adultes déclarent en avoir consommé au cours des douze derniers mois. Parmi les consultants reçus pour un problème lié à un autre produit, la prévalence d'usage de l'ecstasy est de 30 %, c'est-à-dire qu'elle est deux fois plus élevée que chez les consultants qui viennent au titre du cannabis et elle concerne davantage les jeunes majeurs (18-25 ans).

Tableau 42 - Usage de cocaïne au cours de l'année suivant l'âge des consultants et le produit motivant leur recours aux consultations cannabis, en %

	12-17 ans (n = 430)	18-25 ans (n = 1 419)	Plus de 25 ans (n = 673)	Total (n = 2 522)
Cannabis à l'origine de la demande de consultation	9,8	13,7	16,9	13,9
Autre produit à l'origine de la demande de consultation	13,6	35,4	27,3	30,2
Tous consultants	10,0	15,4	18,1	15,2

29. Données ESCAPAD 2005.

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 préconise de « mobiliser les consultations jeunes consommateurs pour repérer et prendre en charge les consommations à risque dans le cadre de la polyvalence de ces consultations » (p.66). Il apparaît en effet qu'une frange, certes minoritaire, du public de ces consultations déclare un problème lié à la cocaïne.

Parmi les 236 consultants venus pour évoquer un problème lié à d'autres substances que le cannabis, 52 déclarent un problème lié à la cocaïne (soit près de 2 % de l'ensemble des consommateurs reçus un mois donné). Il s'agit pour l'essentiel de garçons (à 83 %, soit 43 consultants sur 52), majeurs (3 seulement ont moins de 18 ans), qui viennent seuls en consultation (47 sur 52). Ils se partagent entre actifs employés (n = 24) et chômeurs ou personnes sans activité (n = 23).

Moins de la moitié vient pour évoquer un problème uniquement lié à la cocaïne (n = 23). La plupart s'adressent au dispositif pour évaluer une polyconsommation comprenant a minima le cannabis et la cocaïne (n = 23) mais aussi dans quelques cas, un ou plusieurs autres produits (n = 6). La majorité des consultants vus pour un problème de cocaïne, seule ou associée à d'autres produits, sont aussi usagers occasionnels de cannabis (n = 29) : moins d'un quart sont usagers quotidiens de cannabis et jugés dépendants (une quinzaine).

Une majorité d'entre eux déclarent que leur usage de cannabis vise à lutter contre l'angoisse (n = 25) et une quinzaine de ces consultants invoquent respectivement une recherche de plaisir et de convivialité ou une habitude de consommation associée à un sentiment de dépendance.

La moitié de ces consultants est adressée par la justice (26 sur 52), un quart vient spontanément (n = 13) et la plupart des autres sont orientés par un médecin ou un professionnel de santé.

Les deux régions les plus pourvoyeuses sont l'Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais (respectivement 11 consultants, pour moitié orientés par la justice).

MODALITÉS DE RECOURS AUX « CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS »

MODALITÉS DE RECOURS À LA CONSULTATION CHEZ LES CONSOMMATEURS

Des modalités de recours différenciées selon le sexe et l'âge

La moitié des consommateurs viennent en consultation cannabis par la voie judiciaire (48 %). C'est le premier motif de recours chez les garçons (55 % vs 21 % des recours chez les filles).

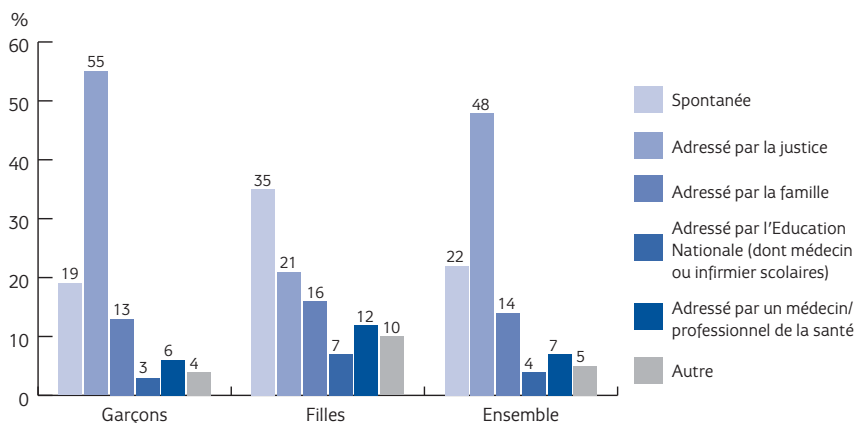
La deuxième filière de recrutement des consultants comprend les recours spontanés (22 %), qui sont davantage le fait des filles (35 % vs 19 % chez les garçons). Ces deux motifs de recours concernent à eux seuls 70 % des consultants et ils sont très nettement différenciés par sexe.

Environ 14 % des consommateurs viennent adressés par la famille, 7 % sont adressés par un médecin ou un professionnel de santé et 4 % par l'Education nationale (dont médecin ou infirmier scolaires). Parmi le restant de consultants orientés par une « autre » instance, 3 % ont été adressés par un travailleur social (éducateur ou assistant social) ou un intervenant du milieu socio-éducatif (aide sociale à l'enfance, foyer éducatif ou d'hébergement, Mission locale, etc.), 1 % par un(e) conjoint(e) ou un(e) ami(e) et 1 % par des acteurs divers (ligne téléphonique SOS cannabis, milieu professionnel, milieu associatif, structure d'insertion professionnelle, etc.).

Les modalités de recours à la consultation sont différemment structurées selon le sexe : chez les garçons, 55 % des recours sont de nature judiciaire, contre 26 % de consultations sollicitées sur suggestion d'un tiers (environnement familial, éducatif, médical ou autre) et 19 % de démarches spontanées. Chez les filles, les demandes spontanées arrivent en tête (35 %), devant les consultations sur suggestion d'un tiers (44 %) et les orientations judiciaires (21 %).

Les filles sont plus souvent que les garçons adressées par un tiers vers une consultation cannabis : il peut s'agir de la famille, de l'Education nationale ou, encore plus nettement, d'un professionnel de santé. Ce constat est à rapprocher de celui qui est fait par l'INSEE d'un recours au système de soins plus fréquent chez les femmes et plus souvent motivé par une démarche de prévention, alors que les hommes consultent majoritairement pour des douleurs³⁰.

Figure 25 - Modalités de recours à la consultation parmi les consommateurs venus en consultation, par sexe (n = 2 898)



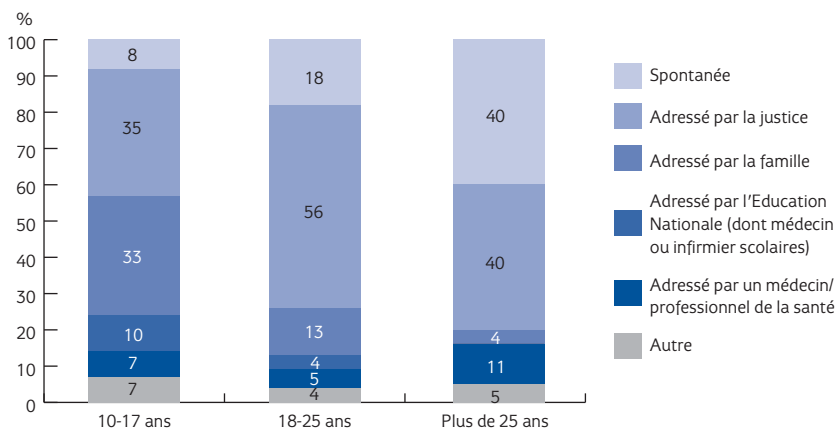
Les modalités de recours aux consultations sont également bien différenciées selon l'âge :

■ C'est chez les mineurs que la diversité des modes de recours est la plus manifeste, même si les filières dominantes de recrutement sont les mêmes que pour les consultants plus âgés. La consultation est dans un tiers des cas liée à une obligation judiciaire (35 %), dans un deuxième tiers de cas suggérée par la famille (33 %), et très minoritairement, associée à une demande spontanée (8 %). Par ailleurs, 10 % des mineurs reçus en consultation cannabis sont orientés par l'Education nationale.

30. Source : Christel Aliaga, « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », INSEE Première, n° 869, Paris, octobre 2002. Cette enquête intitulée « Comportements vis-à-vis de la santé » a constitué la partie dite « variable » de mai 2001 du dispositif de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV). Ses résultats reposent sur un échantillon de 5 200 individus âgés de 15 ans ou plus au moment de l'enquête.

- Chez les jeunes adultes (18-25 ans), le ressort majoritaire de consultation est la contrainte judiciaire (56 %), en particulier chez les garçons. Moins d'une consultation sur cinq est motivée par une demande spontanée (18 %).
- Après 25 ans, les demandes spontanées rattrapent le niveau des orientations judiciaires (40 %), sans toutefois les dépasser. En revanche, c'est à partir de 25 ans que les orientations médicales sont les plus élevées (11 % après 25 ans).

Figure 26 - Modalités de recours à la consultation par tranche d'âge (n = 2 897)



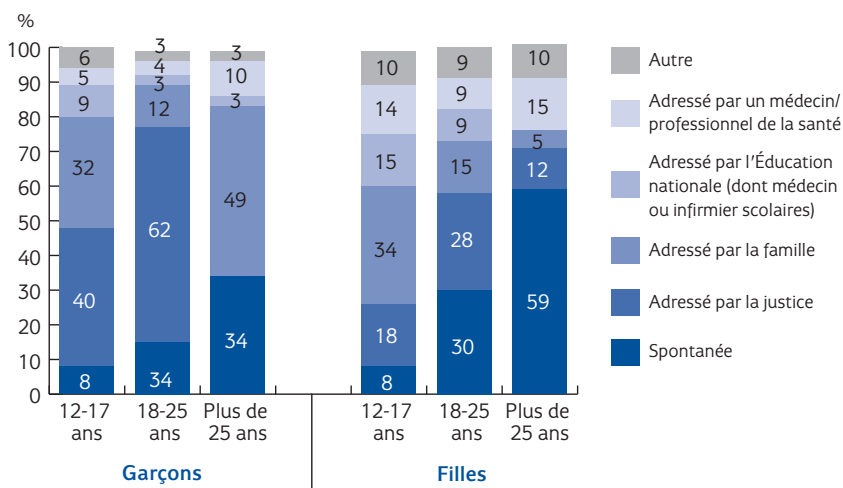
Un public féminin plus spontanément demandeur et plus âgé

Les filles qui ont spontanément recours aux consultations cannabis sont en moyenne plus âgées que les garçons qui font la même démarche (28,0 ans vs 26,5 ans). Il n'y a pas de différence d'âge significative en revanche entre les garçons et les filles adressés en consultation cannabis par la justice (22,6 ans pour les deux sexes), par la famille (19,4 ans chez les filles, 19,3 ans chez les garçons), par un médecin (25,9 ans chez les filles, 26,1 ans chez les garçons) ou par l'Education nationale (17,7 ans chez les filles, 17,8 ans chez les garçons).

L'un des constats marquants du point de vue des motifs de recours aux consultations cannabis est donc que les filles sont nettement moins souvent orientées par la justice relativement aux autres motifs de recours. Le fait qu'elles soient moins nombreuses à s'adresser aux « consultations cannabis » (19 % des consommateurs

venus en consultation) peut renvoyer aussi bien à un différentiel entre filles et garçons dans les flux d'interpellation qu'à la structure des décisions de justice prises à leur égard. Cette sous-représentation peut également signifier que les filles sont moins nombreuses, en population générale, à développer des usages problématiques motivant le recours à une consultation cannabis, comme semblent le suggérer les enquêtes, s'agissant non seulement des différences de prévalences mais aussi des différences de consommations moyennes. Cette observation est le résultat d'une série de filtres que les données de l'enquête ne permettent pas d'estimer.

Figure 27 : Modalités de recours à la consultation parmi les consommateurs venus en consultation, par sexe et par classe d'âge (n = 2 898)



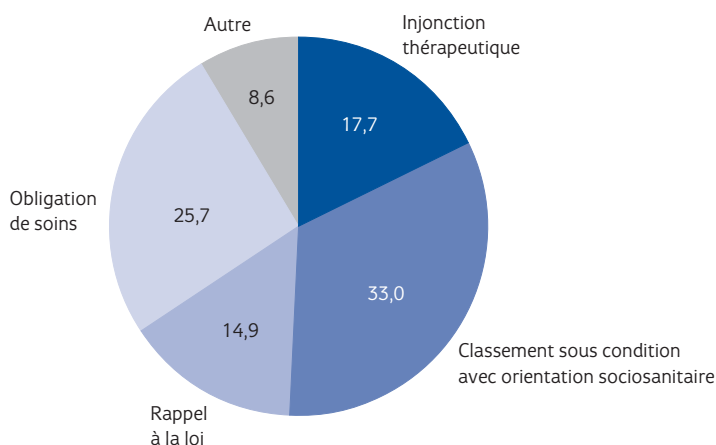
Consultants sous main de justice : la prévalence des alternatives aux poursuites

Les 1 401 consultants adressés par la justice sont des usagers qui ont, à un moment donné, fait l'objet d'une interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants : ils ont pu être orientés vers une consultation de diagnostic à différents stades de la procédure pénale (orientation pénale ordonnée par le parquet, condamnation prononcée par un tribunal).

Les consultants sous main de justice sont aux deux tiers adressés en consultation jeunes consommateurs à la suite d'une **mesure alternative aux poursuites** : classement sous condition avec orientation sociosanitaire (33 %), injonction

thérapeutique (18 %) ou rappel à la loi (15 %). Un quart des consultants orientés par la justice relèvent en revanche d'une condamnation pénale qui prend la forme d'une obligation de soins (26 %) : il s'agit donc d'une **mesure alternative à l'incarcération** dont le non-respect expose à une mise en détention.

Figure 28 - Structure des recours judiciaires (en %)



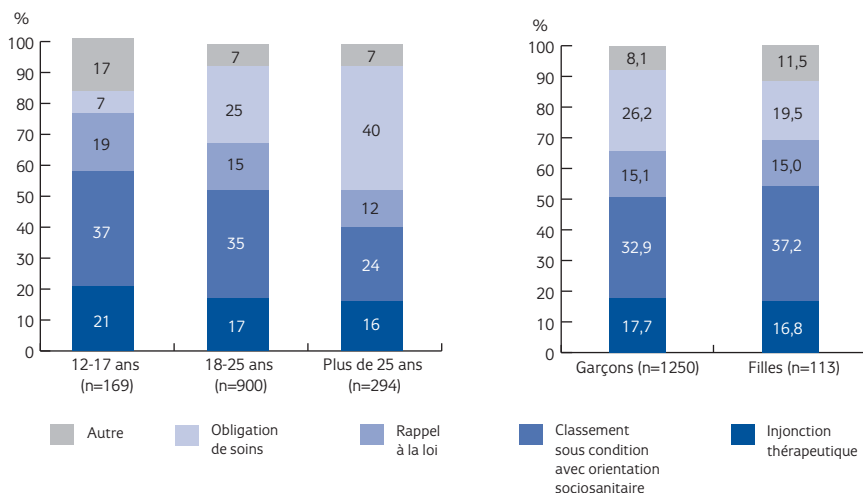
Les 8 % de consultants sous main de justice restants font l'objet d'une mesure judiciaire que les professionnels des consultations cannabis n'ont pas su caractériser dans les catégories proposées dans le questionnaire : sur ces 8,6 % de consultants, 3,2 % relèveraient d'une obligation de visite, 1,4 % d'une réparation pénale, 1,1 % d'un contrôle judiciaire et moins de 1 % respectivement d'une composition pénale, d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une action éducative (AEMO), d'une consultation sur le conseil d'un avocat, d'une ordonnance judiciaire ou d'un suivi dans le cadre d'une peine aménagée.

Les mesures d'orientation judiciaire sont inégalement distribuées selon le sexe et selon l'âge des consultants. Les alternatives aux poursuites (en particulier les classements sous condition) concernent davantage les plus jeunes consultants, alors que les obligations de soins touchent plus souvent les consultants plus âgés.

Les classements sous condition sont sur-représentés chez les femmes reçues en consultation cannabis (37 % des décisions judiciaires motivant leur venue en consultation cannabis, vs 33 % chez les garçons) : c'est le premier motif de recours judi-

ciaire chez les femmes, à tous les âges. Les obligations de soins forment plus d'un quart des recours judiciaires masculins (26 %, vs 19 % chez les filles) : comme la fréquence des obligations de soins croît avec l'âge des consultants, après 25 ans, 41 % des consultants de sexe masculin sont orientés du fait d'une telle mesure (vs 25 % à 18-25 ans et 7 % à 12-17 ans). L'obligation de soins est le premier motif de recours judiciaire parmi les consultants masculins de plus de 25 ans.

Figure 29 - Structure des mesures judiciaires à l'origine d'une orientation en consultation cannabis, par classe d'âge et par sexe (en %)



Profil spécifique des consultants sous main de justice (vs consultants venus spontanément ou sur suggestion)

En appliquant une méthode d'analyse multivariée par régression logistique, on peut analyser les spécificités du public adressé par la justice (qui représente la moitié de la file active un mois donné), en contrôlant l'effet de toutes les variables exogènes. On peut ainsi déterminer, toutes choses égales par ailleurs, les caractéristiques dominantes des consommateurs adressés par les autorités judiciaires – par comparaison avec les autres consultants. Une seconde régression, réalisée dans la sous-population des justiciables, sera présentée plus loin, afin de différencier le profil des consultants orientés dans le cadre d'une mesure alternative aux poursuites et ceux qui font l'objet d'une condamnation pénale (alternative à l'incarcération).

Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge

Tableau 43- Modélisation logistique du profil des consultants adressés par la justice (odds ratios ajustés et seuils de significativité)

Variables	Part dans l'ensemble des consultants venus pour un problème d'usage	Part dans l'échantillon des justiciables	OR ajusté
Sexe :			
Fille	18,9 %	8,1 %	-1-
Garçon	81,1 %	91,9 %	3,84***
Âge :			
12-17 ans	17,2 %	12,5 %	-1-
18-25 ans	56,7 %	66,0 %	1,92***
Plus de 25 ans	26,1 %	21,6 %	0,94
Situation actuelle :			
Déscolarisé ou sans emploi	28,0 %	27,9 %	-1-
Scolarisé	38,7 %	32,0 %	0,38***
Actif employé	33,3 %	40,1 %	1,20
Fréquence d'usage du cannabis :			
Usage occasionnel	42,9 %	55,0 %	-1-
Usage régulier	18,7 %	17,7 %	0,65***
Usage quotidien	38,4 %	27,3 %	0,53***
Motivations d'usage du cannabis :			
Fume contre angoisse, stress	50,5 %	37,7 %	0,63***
Fume pour le plaisir	46,1 %	56,6 %	1,59***
Fume par habitude, dépendance	30,5 %	24,0 %	1,00
Diagnostic d'usage :			
Usage simple	22,3 %	30,1 %	-1-
Usage à risque	24,6 %	29,6 %	1,27
Usage nocif	17,5 %	15,9 %	1,14
Dépendance	35,7 %	24,3 %	0,79
Type de professionnel rencontré lors de la consultation d'inclusion :			
Vu par Éducateur	12,7 %	26,3 %	0,92
Vu par Infirmier	8,5 %	20,8 %	0,95
Vu par Médecin	8,3 %	8,9 %	0,36***
Vu par Psychologue	25,5 %	35,6 %	0,58***
Vu par Autre	4,8 %	12,4 %	0,97
Suite donnée à la consultation d'inclusion :			
Poursuite non nécessaire / Fin de l'évaluation	16,2 %	27,6 %	-1-
Poursuite de l'évaluation	71,9 %	65,2 %	0,25***
Orientation interne vers un autre service	8,1 %	5,1 %	0,16***
Orientation vers une autre structure	3,7 %	2,1 %	0,16***
Chi ²			800,29

*, **, *** : odds ratio significativement différent de 1 selon le test du Chi² de Wald respectivement aux seuils de 0.05, 0.01 et 0.001 et non significatif. Les relations significatives sont indiquées en caractères gras. L'O.R. égal à 1 est celui de la modalité prise comme référence de comparaison.

La régression présentée dans le tableau de la page précédente (cf. tableau 43) permet de consolider les résultats de l'enquête menée en 2005. On vérifie ainsi que le public des justiciables comprend près de 4 fois plus de garçons que de filles (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 (92,6 % des 97 460 usagers interpellés sont des hommes³¹).

L'analyse logistique confirme que les justiciables sont deux fois plus souvent des jeunes majeurs (âgés de 18 à 25 ans) que des mineurs (OR=1,92, p=0.001). Ils sont plus souvent déscolarisés ou sans emploi que scolarisés (OR=0,38, p=0.001). Leur consommation de cannabis a plus de chances d'être occasionnelle que régulière (OR=0,65, p=0.001) ou quotidienne (OR=0,53, p=0.001) et d'être motivée par une recherche de plaisir et de convivialité plutôt que par une finalité auto-thérapeutique visant à gérer un mal-être psychologique (OR=1,59 vs 0,63, p=0.001). Par rapport aux autres consultants, il est moins probable que les consultants sous main de justice soient vus par un psychologue (OR=0,58, p=0.001) et davantage encore, par un médecin (OR=0,38, p=0.001). Cette observation suggère l'hypothèse d'un biais d'affectation : en effet, 7 % seulement des consultants adressés par la justice sont vus par un médecin à la 1^{ère} consultation (p=0.001), contre 23 % des consultants venus spontanément et 21 % de ceux adressés par un professionnel de santé (p=0.001). Enfin, les consultants sous main de justice font, plus souvent que les autres, l'objet d'évaluations limitées à une seule séance (OR=0,25, p=0.001), la 1^{ère} consultation étant 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, p=0.001).

Profil des consultants sous main de justice selon le type de mesure judiciaire

En première analyse, on observe que le public sous main de justice – marqué par une forte prédominance masculine – se décompose en 71 % de justiciables adressés vers une consultation après une interpellation pour ILS et une orientation pénale du parquet et 29 % d'individus soumis à une obligation de visite dans le cadre d'une condamnation pénale.

Les consultants orientés dans le cadre d'une alternative à l'incarcération se distinguent par une plus grande précarité : 39 % sont déscolarisés ou au chômage (vs 24 % des consultants orientés dans le cadre d'une alternative aux poursuites) ; près de 15 % déclarent un usage problématique non seulement avec le cannabis mais aussi avec au moins un autre produit (tabac, alcool ou autre drogue illicite) ; la moitié déclarent fumer pour lutter contre l'anxiété (47 % vs 34 % des consultants orientés dans le cadre

31. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2007, 2008*, 119 p.

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 44 - Profil comparé des consultants orientés dans le cadre d'une alternative aux poursuites et d'une alternative à l'incarcération

	Consultants adressés dans le cadre d'une alternative aux poursuites (n = 962)	Consultants adressés dans le cadre d'une alternative à l'incarcération
Part dans l'échantillon des justiciables	71 %	29 %
Part dans l'échantillon total	33 %	14 %
Âge	15 % mineurs 67 % 18-25 ans 18 % majeurs	6 % mineurs 63 % 18-25 ans 31 % plus de 25 ans
Âge moyen	22,0 ans	24,2 ans
Sexe	91 % garçons 9 % filles	93 % garçons 7 % filles
Présents à la 1ère consultation	86 % venus seuls	92 % venus seuls
Produit(s) à l'origine du recours au dispositif	91 % cannabis seul 3 % autre produit : 2 % cocaïne 1 % héroïne 6 % cannabis+autre(s) : 4 % cannabis + alcool 1 % cannabis + tabac 1 % cannabis + autre d. illicite	80 % cannabis seul 7 % autre produit : 3 % héroïne 3 % cocaïne 1 % ecstasy 13 % cannabis+autre(s) : 8 % cannabis + alcool 3 % cannabis + tabac 2 % cannabis + autre d. illicite
Situation actuelle	24 % déscolarisés et/ou sans emploi 38 % scolarisés (19 % apprentis, 12 % lycéens/collégiens, 7 % étudiants) 38 % actifs employés	39 % déscolarisés et/ou sans emploi 16 % scolarisés (12 % apprentis, 4 % lycéens/collégiens, 2 % étudiants) 45 % actifs employés
Fréquence d'usage du cannabis	57 % occasionnels 18 % réguliers 25 % quotidiens	51 % occasionnels 16 % réguliers 32 % quotidiens
Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation	2,5 (tous profils d'usage) : 1,6 parmi usagers occasionnels 2,5 parmi usagers réguliers 4,3 parmi usagers quotidiens	3,6 (tous profils d'usage) : 2,7 parmi usagers occasionnels 2,9 parmi usagers réguliers 5,1 parmi usagers quotidiens
Âges moyens d'expérimentation	13,9 ans (1ère cigarette) 15,8 ans (1er joint)	13,6 ans (1ère cigarette) 15,3 ans (1er joint)
Part des consultants ayant essayé le cannabis avant 14 ans	12 %	22 %
Motivations de consommation	34 % pour lutter contre l'angoisse 62 % recherche de plaisir et de convivialité 23 % par habitude	47 % pour lutter contre l'angoisse 44 % rech de plaisir et de convivialité 28 % par habitude
Diagnostic d'usage du cannabis	20 % dépendants 14 % en situation d'usage nocif	29 % dépendants 17 % en situation d'usage nocif
Suite donnée à la 1ère visite (pour n primo-consultants)	57 % invités à revenir 37 % poursuite non nécessaire 3 % orientation interne 2 % orientation externe(n = 655)	84 % invités à revenir 9 % poursuite non nécessaire 6 % orientation interne 2 % orientation externe (n = 128)
Part des primo-consultants invités à poursuivre non revus (drop out)	31 %	28 %
Nombre moyen de consultations pendant la période d'enquête	1,7	2,4

d'une alternative aux poursuites). Ces consultants se distinguent également par une plus grande prévalence de l'usage quotidien de cannabis (32 % vs 25 %), des usages intensifs (3,6 joints en moyenne vs 2,5) et précoces (22 % vs 12 % ont essayé le cannabis avant 14 ans), si bien qu'ils sont aussi plus fréquemment jugés dépendants (29 % vs 20 %) ou en situation d'usage nocif (17 % vs 14 %).

Par conséquent, les suivis dont bénéficient les consultants exécutant une peine alternative à l'incarcération sont en moyenne plus longs (2,4 séances vs 1,7 dans une période de 15 semaines) : ils sont plus souvent invités à revenir après la 1ère séance (84 % vs 57 %) et ils sont moins nombreux à « décrocher » - même si 28 % de ceux qui sont incités à revenir semblent tout de même sortir prématurément du dispositif. La seconde régression visant à décrire le public sous main de justice a été réalisée sur la sous-population des 1 401 consultants justiciables prise isolément : les consultants sont distingués suivant leur « mode de recrutement » pénal (alternative aux poursuites ou à l'incarcération).

Tableau 45- Modélisation logistique du profil des consultants justiciables adressés dans le cadre d'une alternative aux poursuites (référence) vs alternatives à l'emprisonnement (testé)

Variables	OR	Sig.
Sexe :		
Garçon	-1-	
Fille	0,72	0,24
Âge :		
12-17 ans	-1-	
18-25 ans	1,73	0,04
Plus de 25 ans	2,79	0,00
Situation actuelle :		
Déscolarisé et/ou sans emploi	-1-	
Scolarisé	0,47	0,00
Actif employé	0,69	0,03
Nb de joints fumés un jour typique de consommation	1,11	0,00
Diagnostic d'usage :		
Autres diagnostics d'usage de cannabis	1,00	
Diagnostic de dépendance	1,00	1,00
Motivations d'usage :		
Fume contre angoisse, stress	1,39	0,04
Fume pour le plaisir	0,72	0,04
Fume par habitude, dépendance	0,88	0,48
Chi ²	95,07	0,00

Les relations significatives sont indiquées en caractères gras. L'O.R. égal à 1 est celui de la modalité prise comme base de comparaison.

Il apparaît tout d'abord que les consultants venus dans le cadre d'une peine alternative à l'incarcération, par rapport aux consultants exécutant une alternative aux poursuites, sont plus souvent majeurs, moins souvent scolarisés ou en situation d'emploi (OR de 0,47 et 0,69, $p=0.01$) et leurs usages de cannabis sont plus fréquemment à visée auto-thérapeutique que motivés par une recherche de plaisir et de convivialité (OR=1,39 vs 0,72, $p=0.05$)³². Autrement dit, la situation sociale et/ou scolaire présente un effet important : l'intégration sociale (activité professionnelle et scolarisation - congruente avec un effet de l'âge) réduit nettement le risque d'être sous le coup d'une alternative à l'emprisonnement.

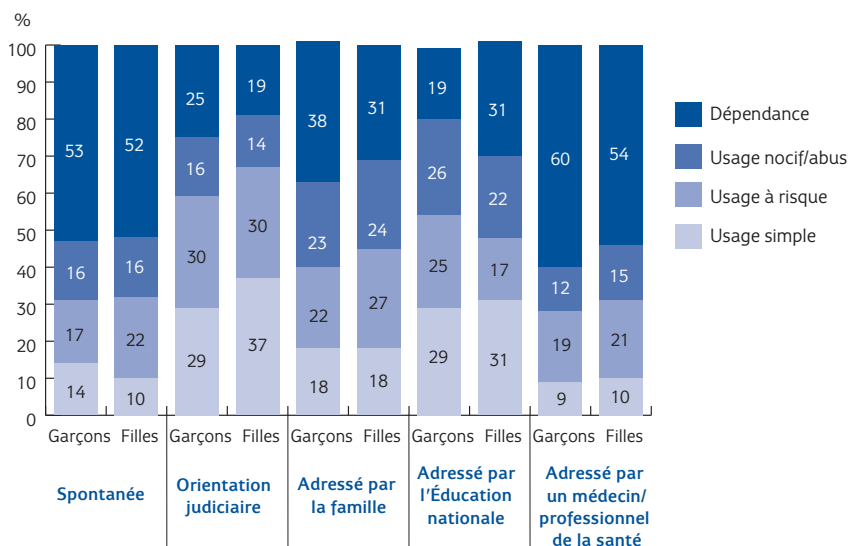
Modalités de recours et diagnostic d'usage

Près de 70 % des personnes qui ont spontanément sollicité une consultation font état d'un usage relevant de l'abus ou de la dépendance (68 %) : la proportion est similaire parmi les consultants orientés par un médecin (71 %). À l'inverse, c'est parmi les consultants adressés par la justice que la part des profils d'usage relevant d'une consommation abusive ou d'une dépendance au cannabis est la plus faible (40 %). Dans cette population, les consommations relevées sont le plus souvent occasionnelles ou signalées comme étant « à risque » (60 %). Enfin, les consommateurs orientés vers une consultation cannabis par la famille relèvent pour 59 % d'entre eux de l'abus ou de la dépendance, vs 48 % des consultants orientés par l'Éducation nationale.

Il faut préciser ici que ces hypothèses sont élaborées en référence au type d'usage diagnostiqué, susceptible de produire des biais. En effet, le diagnostic est fortement tributaire du type de test de repérage utilisé – et l'on sait que toutes les consultations n'en utilisent pas, ou pas les mêmes, ou différemment – et des critères mis en œuvre pour « construire » la présomption d'usage nocif ou de dépendance. Autrement dit, l'indicateur du « type d'usage » renseigne sur le type de consommation repéré chez le consultant mais aussi sur les pratiques professionnelles elles-mêmes. En outre, l'évaluation médicale se fonde sur des tests qui font une bonne part à l'auto-déclaration du consultant. Il est donc cohérent de retrouver ici l'effet probable d'auto-évaluations plus négatives pour les consultants venus par eux-mêmes ou via un tiers que pour ceux qui viennent par décision de justice.

32. Pour le détail des résultats de cette régression logistique réalisée sur la sous-population des 1401 consultants justiciables distingués par leur « mode de recrutement » pénal (alternative aux poursuites ou à l'incarcération), voir le rapport complet.

Figure 30 - Part d'usagers faisant l'objet d'un diagnostic de consommation « simple », « à risque », « nocive » ou d'un diagnostic de dépendance, selon le motif de recours à la consultation (n = 2 570)



Ainsi, il existe un effet de structure repérable entre la gravité du diagnostic et l'origine du recours à la consultation. Les usages les plus « graves » sont plus répandus parmi les consultants venus spontanément ou sur l'injonction d'un médecin que parmi ceux orientés par la justice.

Par ailleurs, la sur-représentation des garçons parmi les orientations judiciaires peut s'expliquer par le fait qu'ils sont plus nombreux que les filles à faire l'objet d'une interpellation pour usage de stupéfiants³³. Avant même d'être présentés au parquet, les usagers de cannabis sont donc interpellés de façon sélective selon le sexe, même si on tient compte de l'usage plus répandu chez les garçons. Ce différentiel peut tenir aux circonstances d'usage chez les garçons et les filles (moins d'usages publics et « en bande » chez les filles, qui seraient donc moins passibles d'interpellation³⁴), tout autant qu'aux représentations sociales des personnels de police et de gendarmerie qui percevraient plus volontiers le « potentiel de délinquance » lié à l'usage de cannabis chez les hommes que chez les femmes.

33. Selon les données de l'OCRTIS, les services de police, de gendarmerie et des douanes ont interpellé, en 2004, 85425 personnes âgées de 16 à 35 ans pour usage de stupéfiants, dont 94 % de garçons et 6 % de filles. Plus d'un tiers d'entre eux ont entre 21 et 25 ans (31436 personnes).

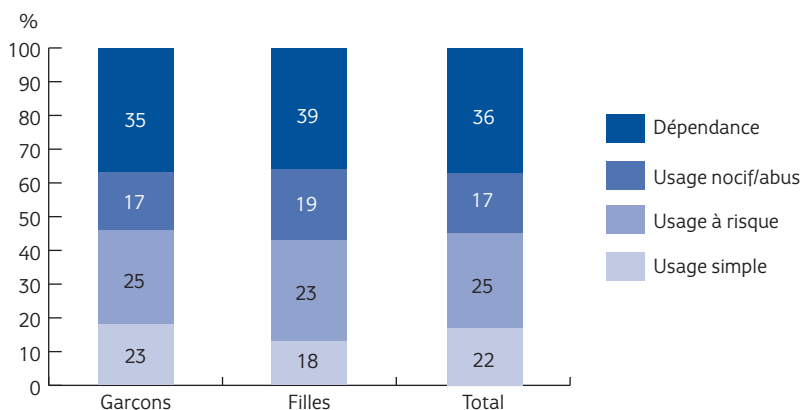
34. La différenciation des pratiques d'usage chez les garçons et chez les filles a été bien documentée dans les éditions successives de l'enquête Escapad (chapitre sur le contexte d'usage). À titre anecdotique, on peut souligner ici une pratique de consommation « en bande » et en public émergente chez les filles, qui consiste à fréquenter les cafés-chicha proposant notamment du cannabis à fumer avec un narguilé (Libération, 10 mars 2006).

FACTEURS ASSOCIÉS AU DIAGNOSTIC D'USAGE

STRUCTURE DES USAGERS SELON LE DIAGNOSTIC

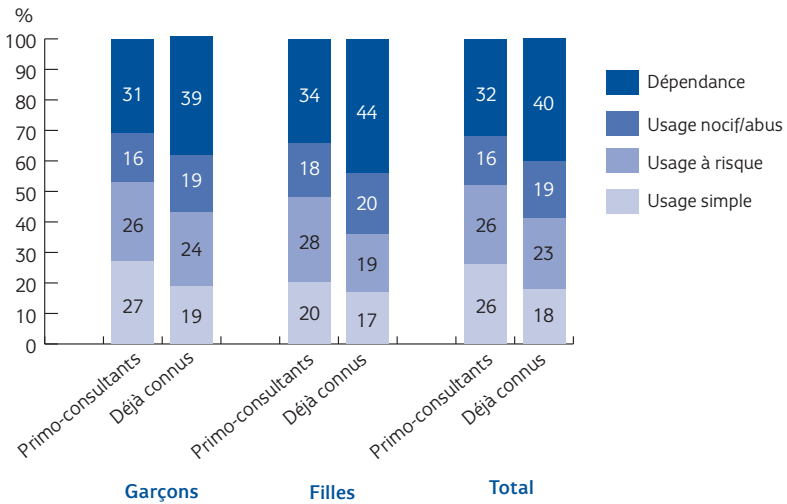
Le public reçu se répartit entre 22 % d'utilisateurs jugés « simples », 25 % d'utilisateurs diagnostiqués « à risque », 17 % d'utilisateurs diagnostiqués en situation d'usage nocif ou d'abus et 36 % d'utilisateurs déclarés « dépendants ». Ces proportions sont légèrement différenciées selon le sexe, la sous-population féminine comportant une part plus importante d'utilisateurs en situation d'abus ou de dépendance (5 points d'écart avec les garçons).

Figure 31 - Structure du public reçu un mois donné selon le diagnostic d'usage, par sexe (n = 2 726)



Ces proportions diffèrent légèrement selon l'ancienneté dans le dispositif de consultation. La part des usagers simples ou à risque est plus importante parmi les consultants qui viennent pour la 1ère fois (52 % vs 41 %), alors que les dépendants représentent 40 % des consultants qui sont déjà venus (vs 32 % des primo-consultants).

Figure 32- Structure de la file active, selon le rang de consultation (n = 2 694)



On note, comme en 2005, que la structure des diagnostics ne correspond pas rigoureusement à la structure des fréquences d'usage de cannabis. Ainsi par exemple, 16 % des usagers quotidiens sont considérés comme relevant d'usages simples ou à risque et, parallèlement, 10 % des usagers seulement occasionnels sont considérés comme dépendants. C'est toute la question des critères diagnostiques qui est posée ici, et qui sera développée dans cette partie.

Tableau 46 - Structure des diagnostics, en lien avec les fréquences d'usage déclarées (% en ligne)

	Usage simple	Usage à risque	Usage nocif/abus	Dépendance
Usagers occasionnels	46 %	33 %	11 %	10 %
Usagers réguliers	12 %	32 %	34 %	22 %
Usagers quotidiens	4 %	12 %	16 %	68 %
Total	22 %	24 %	17 %	36 %

Critères diagnostiques des consommations problématiques

Les critères diagnostiques de l'usage nocif et de l'abus de substances psychoactives ont été définis dans la 10^{ème} classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10) et le manuel de classification des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV). L'usage « simple » et l'usage à risque sont définis par référence aux comportements de consommation qui ne relèvent ni de l'abus ni de la dépendance.

■ L'usage « simple » désigne le fait de consommer une substance psychoactive sans pour autant relever des critères de l'usage à risque, de l'usage nocif, ou de la dépendance.

■ La notion d'usage à risque s'applique à un patient dont la consommation n'entraîne pas de dommages immédiats mais des dommages potentiels, soit en raison des circonstances de la consommation (conduite), soit en raison des modalités de la consommation (précocité, cumul de consommations, usage solitaire), soit en raison d'un niveau supérieur à certains seuils admis (besoin de consommer quotidiennement).

■ L'abus (DSM-IV) ou l'usage nocif (CIM-10) d'un produit est défini comme une consommation répétée qui entraîne la survenue de dommages psychoaffectifs, sociaux ou somatiques sans atteindre les critères de la dépendance. Cet état s'accompagne le plus souvent de plaintes émises par l'entourage comme par le sujet lui-même sur sa consommation et ses conséquences (problèmes scolaires, problèmes avec la loi, etc.).

■ La dépendance se traduit par une perturbation importante et prolongée du fonctionnement neurobiologique et psychologique d'un individu. Elle renvoie à un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite de la consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à une utilisation compulsive du produit avec une consommation plus longue que prévu, un désir persistant ou des efforts infructueux pour la diminuer ou la contrôler, une réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs, la poursuite de l'intoxication malgré des complications physiques, psychologiques ou sociales.

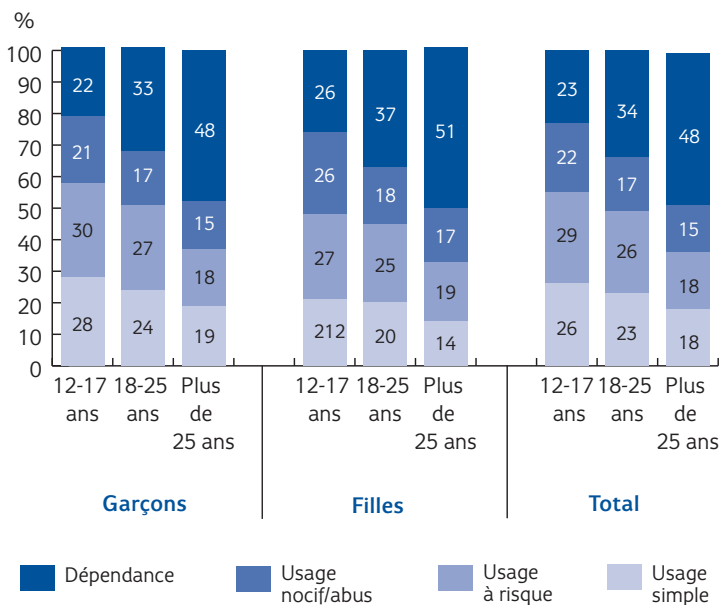
TYPE D'USAGE DIAGNOSTIQUÉ, PAR TRANCHE D'ÂGE

La majorité des consultants mineurs (55 %) sont jugés en situation d'usage simple ou à risque (vs 26 % d'usagers en situation d'abus et 23 % de dépendants). La part des dépendants s'accroît parmi les jeunes majeurs (34 %) et elle s'élève à 48 % parmi les consultants de plus de 25 ans.

Chez les consultants les plus âgés, 15 % sont diagnostiqués en situation d'usage nocif et 36 % sont des usagers simples ou « à risque ».

On peut souligner aussi, plus nettement encore qu'en 2005, la part des diagnostics d'usage nocif ou de dépendance apparaît, à tous les âges, plus élevée chez les filles.

Figure 33 - Structure du public, selon l'âge, le sexe et le diagnostic d'usage



PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES CONSULTANTS SELON LE DIAGNOSTIC D'USAGE

Le profil des différentes catégories d'usagers de cannabis qui s'adressent aux consultations est contrasté.

■ Les usagers jugés dépendants, les plus nombreux, sont les plus âgés en moyenne (près de 25 ans). La part des filles (21 %) y est plus élevée que parmi les usagers faisant l'objet de diagnostics plus légers (d'usage simple ou à risque). Les usagers

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 47 : Comparatif des sous-populations d'usagers, selon le diagnostic

	Usagers simples	Usagers à risque	Usagers en situation d'usage nocif	Usagers dépendants
Part dans l'échantillon	22 %	25 %	17 %	36 %
Âge	21 % mineurs 58 % 18-25 ans 21 % > 25 ans	21 % majeurs 60 % 18-25 ans 19 % > 25 ans	22 % mineurs 55 % 18-25 ans 23 % > 25 ans	11 % mineurs 53 % 18-25 ans 36 % > 25 ans
Âge moyen	22,4 ans	21,9 ans	22,5 ans	24,9 ans
Sexe	86 % garçons 16 % filles	82 % garçons 18 % filles	79 % garçons 21 % filles	79 % garçons 21 % filles
Présents à la 1ère consultation	81 % venus seuls	76 % venus seuls	76 % venus seuls	83 % venus seuls
Produit(s) à l'origine du recours au dispositif (c. : cannabis)	86 % c.seul 7 % autre produit 7 % cannabis + autre(s)	83 % c seul 6 % cannabis +autre(s) 1 % cannabis +autre(s)	82 % c. seul 6 % autre produit 2 % cannabis +autre(s)	78 % c. seul 6 % cannabis +autre(s) 6 % cannabis autre produit
Type de demande	35 % aide à l'arrêt 29 % info/conseil 28 % autre (justice) 6 % aide à la réduction 2 % sevrage	45 % aide à l'arrêt 22 % info/conseil 21 % autre 11 % aide à la réduction 1 % sevrage	43 % aide à l'arrêt 19 % info/conseil 18 % autre 18 % aide à la réduction 3 % sevrage	51 % aide à l'arrêt 14 % autre 11 % info/conseil 21 % aide à la réduction 3 % sevrage
Situation actuelle	18 % déscolarisés et/ou sans emploi 48 % scolarisés 34 % actifs employés	26 % déscolarisés et/ou sans emploi 43 % scolarisés 31 % actifs employés	29 % déscolarisés et/ou sans emploi 43 % scolarisés 28 % actifs employés	36 % déscolarisés et/ou sans emploi 28 % scolarisés 35 % actifs employés
Origine de la démarche	13 % spontanés 65 % justice 11 % famille 5 % Éduc nationale 3 % pro. santé 2 % travailleur social/milieu socio-éducatif	17 % spontanés 58 % justice 13 % famille 4 % Éduc nationale 6 % pro. santé 2 % travailleur social/milieu socio-éducatif	20 % spontanés 44 % justice 19 % famille 6 % Éduc nationale 6 % pro. santé 5 % travailleur social/milieu socio-éducatif	33 % spontanés 33 % justice 14 % famille 3 % Éduc nationale 12 % pro. santé 4 % travailleur social/milieu socio-éducatif
Fréquence d'usage du cannabis	84 % occasionnels 10 % réguliers 6 % quotidiens	54 % occasionnels 26 % réguliers 20 % quotidiens	26 % occasionnels 37 % réguliers 37 % quotidiens	12 % occasionnels 12 % réguliers 76 % quotidiens
Nombre de joints fumés un jour typique	1,9	2,7	4,0	6,2
Part ayant expérimenté le cannabis avant 14 ans	9 %	16 %	21 %	24 %
Motivations de consommation	34 % angoisse 70 % plaisir 4 % habitude	46 % angoisse 56 % plaisir 15 % habitude	60 % angoisse 49 % plaisir 32 % habitude	71 % angoisse 29 % plaisir 61 % habitude

quotidiens de cannabis (76 %), venus seuls, spontanément (35 %), pour solliciter une aide à l'arrêt ou à la réduction de leur consommation (72 %) y sont sur-représentés, même si une part importante de cette sous-population consulte sur suggestion d'un professionnel de santé (12 % vs 3 % à 6 % dans les autres groupes). Le profil professionnel des usagers dépendants fait apparaître une sur-représentation des personnes déscolarisées ou au chômage (36 %) d'une part, et des actifs employés d'autre part (28 %). Le type d'usage de cannabis des consultants « dépendants » est associé à des problèmes psychologiques importants, puisque 71 % des usagers dépendants déclarent fumer pour lutter contre l'angoisse et le stress, pour mieux dormir ou pour « tenir le coup ». Les usagers dépendants fument plus intensivement que les autres consultants : 6 joints en moyenne un jour typique de consommation (6,6 parmi les 76 % de fumeurs quotidiens, 4,8 parmi les 12 % de fumeurs réguliers et 5,4 parmi les 12 % restants d'usagers occasionnels).

■ Les usagers jugés en situation d'usage simple ou à risque (un peu moins de la moitié du public) présentent des profils comparables, en termes de distribution par âge et par sexe. Il s'agit majoritairement d'usagers de cannabis occasionnels ou réguliers, orientés par la justice, dont la majorité fument « pour rechercher du plaisir, de la convivialité ».

■ Enfin, les usagers en situation d'usage nocif, les moins représentés dans l'échantillon des consommateurs (17 %), sont plus souvent des usagers réguliers de cannabis, adressés par la famille ou par un tiers de l'environnement socio-médico-éducatif (Éducation nationale, professionnel de santé, travailleur social). C'est le groupe qui semble le plus contrasté, du point de vue des profils d'usagers.

Profil spécifique des consultants diagnostiqués dépendants

La régression logistique effectuée sur la sous-population des usagers dépendants au cannabis, de façon à contrôler l'effet de chacune des variables influentes, permet de dresser le profil distinctif de ces consultants.

Ainsi, plus d'un tiers des usagers sont considérés comme dépendants (36 %). Ce sont en majorité des garçons (79 %) et plus du tiers (36 %) sont déscolarisés ou sans emploi. Près d'un quart a expérimenté le cannabis avant 14 ans, sachant que le cannabis est, quatre fois sur cinq, la seule substance à l'origine du recours au dispositif.

L'édition 2005 de l'enquête avait montré que le diagnostic prenait en compte deux facteurs majeurs : la fréquence d'usage au cours du mois écoulé et le nombre de joints fumés. La seconde édition de cette enquête permet de contrôler un plus grand nombre de variables et d'approfondir les hypothèses qui se dégageaient alors.

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 48 - Modélisation logistique du profil des consultants diagnostiqués dépendants vs autres (odds ratios bruts, odds ratios ajustés et seuils de significativité)

Variables	% dans l'échantillon	% parmi dépendants	OR brut	Sig.	OR ajusté	Sig.
Fille	18,9	20,8	-1-		-1-	
Garçon	81,1	79,2	0,83	0,06	1,30	0,08
12-17 ans	17,2	11,2***	-1-		-1-	
18-25 ans	56,7	53,3***	1,73	0,00	1,21	0,30
Plus de 25 ans	26,1	35,5***	3,18	0,00	1,51	0,08
Usager seul	79,4	82,5**	-1-		-1-	
Usager accompagné	20,6	17,5**	1,37	0,00	1,09	0,58
Vient pour la première fois	51,9	46,9***	-1-		-1-	
Vient pour la 2ème fois au moins	48,1	53,1***	1,43	0,00	1,28	0,05
Information / conseil personnalisé	18,8	11,2***	-1-		-1-	
Aide à l'arrêt	43,7	50,8***	2,61	0,00	1,60	0,01
Aide à la réduction	14,0	21,2***	4,01	0,00	1,58	0,03
Sevrage immédiat	2,2	3,0***	3,22	0,08	1,43	0,33
Autre	21,3	13,8***	1,29	0,00	1,32	0,20
Déscolarisé ou sans emploi	28,0	35,7***	-1-		-1-	
Scolarisé	38,7	29,1***	0,43	0,00	0,82	0,22
Actif employé	33,3	35,2***	0,74	0,00	0,95	0,71
Expérimentation avant 14 ans	17,8	23,6***	-1-		-1-	
Expérimentation à partir de 14 ans	82,2	76,4***	1,74	0,00	1,40	0,02
Fume contre angoisse, stress	50,5	71,1***	3,34	0,00	1,98	0,00
Fume pour le plaisir	46,1	29,4***	0,29	0,00	0,51	0,00
Fume par habitude, dépendance	30,5	61,1***	8,34	0,00	4,73	0,00
Vu par Educateur	23,0	20,8	0,82	0,04	0,54	0,02
Vu par Infirmier	17,8	17,3	0,92	0,44	0,66	0,13
Vu par Médecin	14,6	21,3***	2,08	0,00	0,99	0,97
Vu par Psychologue	40,4	39,8	0,98	0,82	0,72	0,18
Vu par Autre	10,5	9,0	0,74	0,02	0,57	0,05
Diagnostiqué sans test	32,3	31,0***	0,88	0,12	1,03	0,86
Diagnostiqué avec le CAST	17,9	18,8***	1,03	0,76	0,75	0,10
Diagnostiqué avec le DEP-ADO	5,0	3,9	0,67	0,04	1,11	0,71
Diagnostiqué avec l'ADOSPA	4,1	6,7***	2,35	0,00	2,40	0,00
Diagnostiqué avec le DETC CAGE	5,6	8,3***	2,16	0,00	2,55	0,00
Diagnostiqué avec l'ALAC	11,7	13,1	1,16	0,24	1,55	0,04
Diagnostiqué avec une grille interne (autre)	20,7	21,7	1,16	0,13	1,00	0,98
Poursuite non nécessaire/Fin de l'évaluation	16,2	3,5***	-1-		-1-	
Poursuite de l'évaluation	71,9	79,6***	7,53	0,00	2,79	0,00
Orientation interne vers un autre service	8,1	11,8***	13,03	0,00	4,37	0,00
Orientation vers une autre structure	3,7	5,1***	10,38	0,00	4,64	0,00
Aucun usage au cours du mois	16,6	5,2***	0,08	0,00	0,14	0,00
1 ou 2 fois	10,1	1,7***	0,03	0,00	0,06	0,00
Entre 3 et 9 fois	16,3	4,6***	0,05	0,00	0,08	0,00
Entre 10 et 19 fois	12,2	5,6***	0,09	0,00	0,11	0,00
Entre 20 et 29 fois	6,5	6,3***	0,25	0,00	0,25	0,00
Usage quotidien	38,4	75,4***	-1-		-1-	
Chi ²					1285,73	0,00

Lecture : * , ** , *** : test du Chi² significatif au seuil 0,05, 0,01, 0,001.
En gras figurent les OR significatifs au seuil 0,05 (test de Wald).

La régression présentée dans le tableau 48 montre que les consultants « dépendants » ne sont pas significativement plus féminisés ou plus âgés. Ils ne présentent pas non plus de sur-risque d'être des expérimentateurs précoces de cannabis (avant 14 ans). En revanche, ils 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 semblent plus souvent jugés dépendants quand un test de repérage tel que l'ADOSPA ou le DETC-CAGE sont utilisés 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 2^{ème} 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.

LES CRITÈRES CLINIQUES D'APPRÉCIATION DE LA DÉPENDANCE

Une sur-représentation des dépendants parmi les usagers quotidiens et intensifs de plus de 25 ans

On sait depuis l'enquête de 2005 que la fréquence d'usage et l'âge d'expérimentation du cannabis fonctionnent en pratique comme des facteurs orientant le diagnostic. Les autres facteurs d'influence sont l'âge actuel du consultant, l'intensité d'usage et la motivation d'usage invoquée.

On observe ainsi que les consultants de plus de 25 ans plus souvent jugés dépendants que les autres, alors que les usagers en situation d'usage simple, d'usage nocif ou à risque sont sur-représentés parmi les mineurs.

Le nombre moyen de joints fumés est logiquement corrélé à la gravité du diagnostic d'usage : les usagers « dépendants » fument en moyenne 3 joints de plus que les usagers simples un jour typique de consommation.

Enfin, la plupart des usagers qui déclarent fumer par habitude avec un sentiment de dépendance au produit sont jugés dépendants, ainsi que, dans une moindre mesure, ceux qui disent fumer pour lutter contre l'anxiété. En revanche, parmi les consultants qui font état d'un usage récréatif, associé à une pratique de sociabilité, un tiers sont considérés comme des usagers simples et 28 % en situation de risque ; près d'un quart sont tout de même considérés comme étant dépendants.

Tableau 49 - Diagnostic d'usage selon l'âge, le sexe, la fréquence et l'intensité d'usage de cannabis, % en ligne

	Usage simple	Usage à risque	Usage nocif/abus	Dépendance	p
Par tranche d'âge :					
Mineurs (12-17 ans)	26 %	29 %	22 %	23 %	***
Jeunes majeurs (18-25 ans)	23 %	26 %	17 %	34 %	***
Adultes de plus de 25 ans	18 %	18 %	15 %	48 %	***
Par sexe :					
Garçons	23 %	25 %	17 %	35 %	Ns
Filles	18 %	23 %	19 %	39 %	Ns
Par fréquence d'usage :					
Usagers occasionnels	46 %	33 %	11 %	10 %	***
Usagers réguliers	12 %	32 %	34 %	22 %	***
Usagers quotidiens	4 %	12 %	16 %	68 %	***
Par intensité d'usage :					
Nb moyen de joints fumés un jour typique de consommation	1,9	2,7	4,0	6,2	***
Par motivation d'usage :					
Pour lutter contre l'anxiété et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup	10 %	22 %	20 %	48 %	***
Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage ?	32 %	28 %	18 %	22 %	***
Par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit ?	3 %	11 %	18 %	68 %	***
Total	22 %	25 %	17 %	36 %	

Lecture : *, **, *** : test du Chi² significatif au seuil 0,05, 0,01, 0,001. Ns : non significatif.

Si les données 2007 confirment la corrélation étroite entre la fréquence d'usage et le diagnostic, elles montrent également que la difficulté de poser un diagnostic s'atténue avec l'élévation de la fréquence d'usage déclarée. Ainsi, les usagers occasionnels restent, plus souvent que les autres, non diagnostiqués après la première consultation (taux de non-réponse à la question du diagnostic de 11 %).

Tableau 50 - Diagnostic à la 1ère consultation selon la fréquence d'usage du cannabis, % en ligne (n = 1 487)

	Usage simple	Usage à risque	Usage nocif/abus	Dépendance	Non-réponse	
Usagers occasionnels (n = 628)	47,0	29,8	6,8	5,3	11,1	**
Usagers réguliers (n = 579)	13,6	35,4	29,6	17,5	3,9	**
Usagers quotidiens (n = 1 487)	3,8	14,0	16,9	62,9	2,4	**

*, **, *** : test du Chi² significatif respectivement aux seuils 0.05, 0.01, 0.001 pour la relation entre les variables.

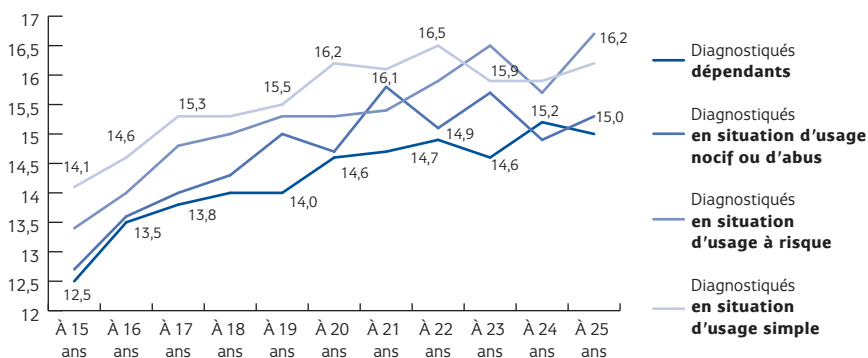
L'enquête 2005 avait montré que le seuil de fréquence de consommation associé à un diagnostic de « gravité » est d'autant plus élevé que le diagnostic formulé est proche de la dépendance. Ainsi, la consommation « à risque » est associée à toute consommation au cours du mois ou presque, tandis que les seuils suivants (usage nocif et dépendance) sont nettement plus proches de la consommation quotidienne : l'usage quasi-quotidien (au moins 20 usages dans le mois, jusqu'à l'usage quotidien) est associé à l'usage nocif plutôt qu'à risque ; l'usage quotidien est la seule fréquence d'usage qui est significative, en pratique, pour distinguer les dépendants des usagers nocifs. C'est ce qui explique que les usagers quotidiens font le plus souvent l'objet d'un diagnostic de dépendance (cf. supra).

L'influence de l'âge d'expérimentation du cannabis sur le diagnostic

Par ailleurs, plus l'expérimentation de cannabis est précoce, plus le diagnostic se rapproche de l'abus ou de la dépendance³⁵. À 17-18 ans par exemple, l'âge moyen d'une première consommation de cannabis est de 14,9 ans parmi les consultants déclarant une consommation « à risque », de 14,2 ans chez les consommateurs faisant état d'un usage « nocif » : il s'abaisse à 13,9 ans chez les usagers dépendants. Cette corrélation est logique : l'âge de début de consommation est un indicateur de longévité de la « carrière » d'usage, elle-même facteur de dépendance. En effet, plus l'exposition au cannabis a été longue, plus la dépendance a eu des chances de s'installer. Par définition, ce risque d'évoluer vers la dépendance ne concerne pas les usagers qui sont sortis de la consommation malgré une expérimentation précoce (qui ne sont pas représentés ici).

35. Les catégories diagnostiques pour qualifier l'usage étaient induites par le questionnaire qui proposait 4 possibilités usage - usage à risque - abus / usage nocif et dépendance (cf. cinquième partie, encadré « critères diagnostiques de l'usage problématique »).

Figure 34 - Diagnostic d'usage selon l'âge moyen d'expérimentation du cannabis et l'âge actuel des consommateurs



N.B. : L'échelle a été tronquée à 12 ans (âge d'expérimentation moyen minimal) afin de rendre l'évolution plus lisible.

Un certain flou des critères diagnostiques

Plus de 8 diagnostics sur 10 se confirment entre la 1ère séance et la deuxième. Ce sont les diagnostics de dépendance et d'usage à risque qui sont le plus souvent consolidés lors de la 2ème consultation. Les critères d'appréciation de l'usage nocif semblent plus flous, dans la mesure où ils sont remis en cause dans plus de deux tiers des cas à la deuxième consultation.

Tableau 51 - Révision du diagnostic d'une séance sur l'autre, % en colonne (n = 626)

	N =	Part	Usage simple	Usage à risque	Usage nocif/abus	Dépendance
Diagnostic confirmé	503	80 %	90 %	82 %	67 %	84 %
Diagnostic aggravé	34	5 %	10 %	4 %	8 %	-
Diagnostic tempéré	89	14 %	-	14 %	25 %	16 %

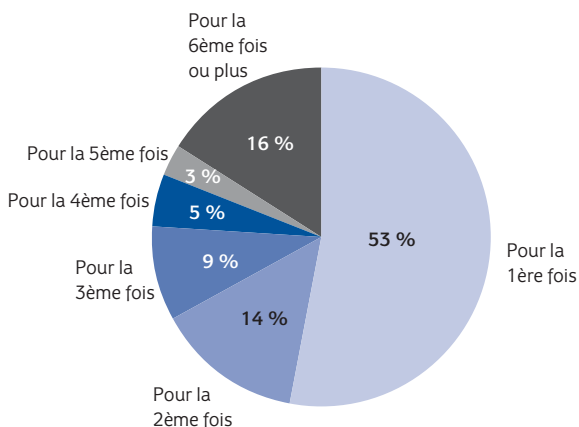
N.B. : les non-réponses à la question du diagnostic lors de la 1ère consultation ont été considérées comme participant d'un diagnostic aggravant quand à la 2ème consultation, l'usage a été jugé au moins à risque (n = 8).

SUIVI OFFERT EN « CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS »

UNE PART DE PRIMO-CONSULTANTS DOMINANTE MAIS EN BAISSÉ

Les primo-consultants représentent 53 % des consommateurs reçus un mois donné (n=1526, sur 2905), soit une part moins importante qu'en 2005 (64 %). Le public du dispositif se renouvelle donc moins rapidement que deux ans auparavant.

Figure 35 - Profil du public reçu un mois donné, en % (n = 2 872)



Les consultants qui ne viennent pas pour la première fois sont pour la plupart des visiteurs anciens et réguliers, déjà reçus 3 fois ou plus : ils forment un quart de l'ensemble des consultants vus un mois donné (24 %).

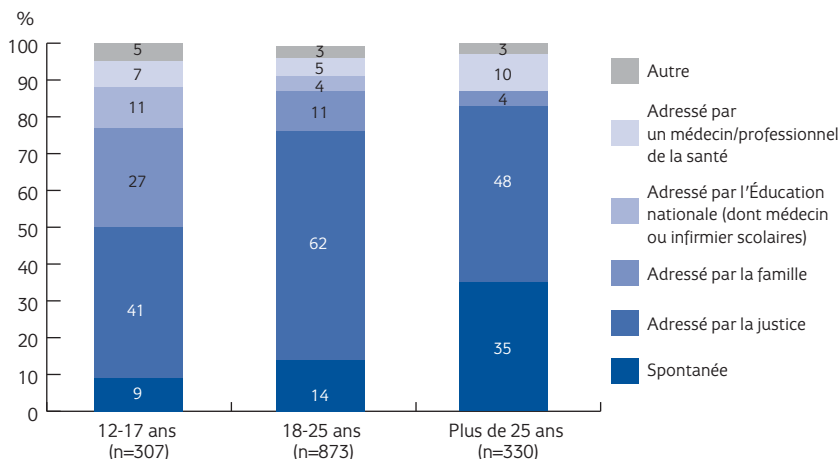
La part des primo-consultants est prédominante dans le public à tous les âges. Elle culmine parmi les plus jeunes : 63 % chez les mineurs, 54 % chez les 18-25 ans, 44 % chez les plus de 25 ans. A l'inverse, la part des consultants réguliers est la plus élevée parmi les plus de 25 ans (28 %, vs 13 % chez les 18-25 ans et 7 % chez les mineurs).

Les primo-consultants viennent plus fréquemment accompagnés (26 % vs 14 %), d'autant qu'ils sont en moyenne plus jeunes que les consultants plus réguliers (22,3 ans vs 24,1 ans). Ils sont plus souvent que les consultants déjà reçus adressés par la justice (54 % vs 42 %) et, corrélativement, moins souvent spontanément en demande de consultation (18 % vs 26 %). Aussi, on trouve parmi les primo-consultants une sur-représentation des fumeurs hédonistes qui disent fumer « pour rechercher du plaisir, de la convivialité, du partage » (50 % vs 42 % parmi les autres consultants) et qui se sont trouvés dans des circonstances de consommation ayant favorisé leur interpellation par les services répressifs.

Le public des consultations cannabis se renouvelle donc prioritairement par la voie des orientations judiciaires : la population de nouveaux consultants accueillis au cours d'un mois donné (n= 1526) se répartit en effet entre 54 % de consommateurs sous main de justice (vs 42 % parmi les consultants déjà connus), 18 % de demandeurs spontanés, 13 % de consultants adressés par la famille, 6 % adressés par un professionnel de santé, 5 % adressés par l'Education nationale et 4 % relevant d'une autre orientation. Cette distribution varie selon l'âge (cf. figure 36) :

- Chez les mineurs, les nouveaux consultants sont le plus souvent adressés par un tiers : autorités judiciaires (41 %), famille (27 %) ou Education nationale (11 % d'entre eux).
- Entre 18 et 25 ans, les consultants qui viennent pour la première fois sont très majoritairement orientés par la justice (62 %).
- Après 25 ans, le public nouveau des consultations cannabis se partage entre consommateurs sous main de justice (48 %) et demandeurs spontanés (35 %) ; 17 % seulement viennent par d'autres biais.

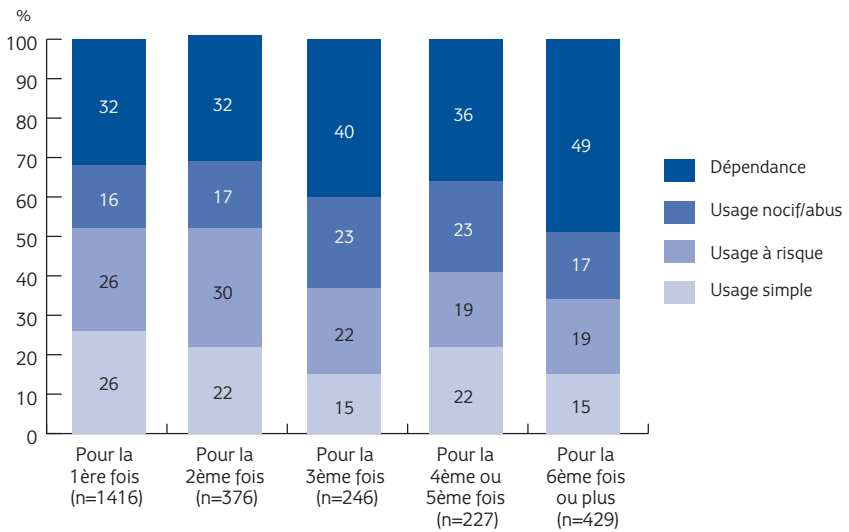
Figure 36- Origine de la démarche des nouveaux consultants reçus un mois donné, par tranche d'âge, en % (n = 1 510)



Les primo-consultants ne se distinguent pas par une demande spécifique : ils sollicitent majoritairement une aide à l'arrêt de la consommation (45 %, vs 42 % des autres consultants), même s'ils sont relativement plus nombreux à venir pour obtenir une information ou un conseil (25 % vs 12 %).

Par ailleurs, le nombre de visites déjà effectuées par le consultant est cohérent avec le diagnostic : la part des usagers au moins « à risque » s'accroît avec le nombre de séances déclarées par le consultant. En particulier, la part des consultants diagnostiqués dépendants s'élève avec le rang de consultation : la moitié de ceux qui viennent pour la 6ème fois ou plus sont jugés dépendants (49 %), vs 32 % des primo-consultants (cf. figure 37).

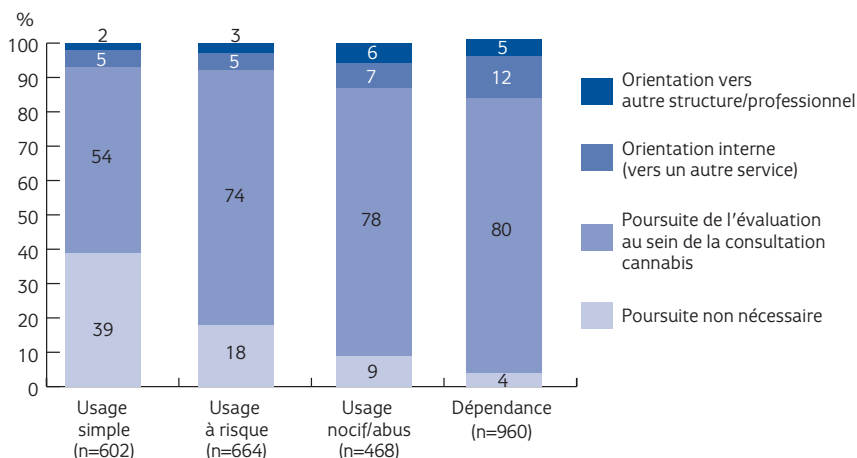
Figure 37 - Diagnostic d'usage selon le rang de consultation



ORIENTATION SUIVANT LE DIAGNOSTIC

Les orientations proposées semblent cohérentes avec le diagnostic. Les usagers dépendants sont massivement invités à revenir, tandis que les usagers en situation d'usage simple font l'objet d'orientations plus diversifiées : poursuite de l'évaluation (54 %), fin de l'évaluation (39 %) ou orientation vers une autre structure ou un autre service (interne ou externe).

Figure 38 - Décision prise à l'issue de la consultation d'inclusion, en fonction du diagnostic d'usage



Passé la première consultation, l'orientation est fortement tributaire de l'évolution des consommations déclarée par le consultant.

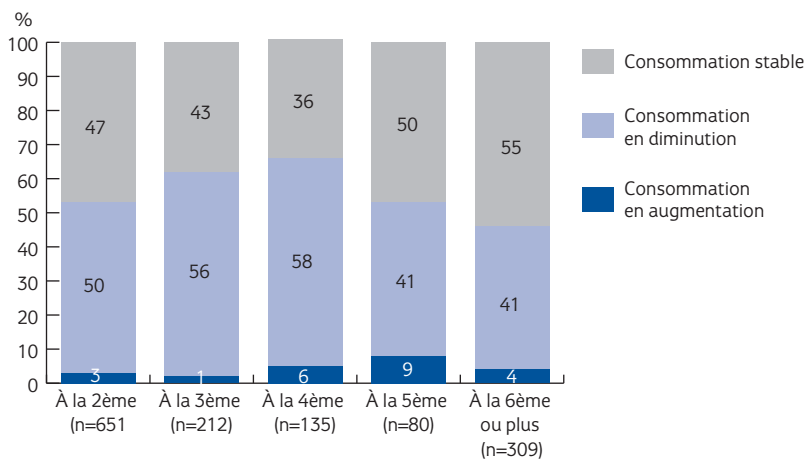
ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS

Parmi les consultants encouragés à revenir après la 1^{ère} consultation (n=1028), la moitié déclarent avoir réduit leur consommation de cannabis dès le 2^{ème} entretien (50 %). La plupart des autres disent l'avoir stabilisée (47 %), alors que 3 % pensent l'avoir augmentée depuis leur dernière visite.

C'est parmi les consultants qui viennent pour une 3^{ème} ou une 4^{ème} consultation que les taux de réduction de la consommation de cannabis sont les plus élevés (près de 60 %). Ce constat s'explique par le fait que les usagers qui arrivent jusqu'à ce stade de consultation sont, logiquement, parmi les plus motivés. Toutefois, après la 4^{ème} consultation, les taux de réussite à la réduction chutent et se stabilisent autour de 40 %.

Autrement dit, plus le nombre de séances est important, plus les chances de diminuer la consommation de cannabis s'accroissent, jusqu'à la 4^{ème} séance : à partir de la 5^{ème} consultation, cette probabilité commence à décroître.

Figure 39 - Évolution de la consommation de cannabis selon le stade de consultation, en % (n = 1 387)



Taux de non-réponse moyen : 33,4 %

C'est parmi les consultants venus spontanément qu'on trouve l'un des plus forts taux moyens de réduction de la consommation de cannabis dès la 2ème séance (56 % vs 43 % de consultants en phase de stabilisation). Toutefois, les taux de réussite en termes de réduction de la consommation sont encore plus élevés parmi les consultants adressés par un professionnel de santé (23 points d'écart par rapport à la part de ceux qui ont stabilisé leur consommation). Ces deux populations - les demandeurs spontanés et les patients adressés par un professionnel de santé - sont aussi celles qui déclarent les plus fortes fréquences d'usage à l'entrée dans le dispositif : 59 % d'usagers quotidiens de cannabis parmi les primo-consultants venus spontanément, 66 % parmi ceux adressés par un médecin ou un professionnel de santé (vs moins de la moitié au sein des autres catégories de primo-consultants).

Les taux de réussite à la diminution sont importants également parmi les consultants adressés par l'Education Nationale (20 points d'écart), même s'ils sont moins nombreux dans l'échantillon (le ratio est de un à quatre, entre les primo-consultants orientés par l'Education nationale et ceux qui sont venus spontanément).

Tableau 52 - Évolution de la consommation de cannabis après la 1ère séance selon le motif de recours, % en ligne

	En augmentation	En diminution	Stable
Spontanée	1	56	43
Adressé par la justice	3	48	49
Adressé par la famille	3	45	52
Adressé par l'Éducation nationale (dont médecin ou infirmier scolaires)	4	58	38
Adressé par un médecin/professionnel de la santé	4	60	37
Autre	13	30	57
Tous primo-consultants (INVITES A REVENIR APRES LA 1ère SEANCE)	3	50	47

Si l'on n'étudie que la cohorte des primo-consultants encouragés à revenir après la 1ère consultation (n = 1 028), on observe que la part de ceux qui déclarent une réduction de leur consommation d'une séance sur l'autre culmine après la 2ème consultation (57 %) pour retrouver ensuite un niveau similaire à celui qui succède la 1ère consultation (environ 50 %). Il faut préciser ici que cet effet de réduction est cumulatif : c'est sur un effectif de consultants de plus en plus faible que sont calculés les taux qui figurent dans les colonnes de droite du tableau.

Autrement dit, parmi les 1028 consultants invités à revenir après la 1ère séance (sur 1526 venus pour la première fois entre le 20 mars et le 20 avril 2007), la moitié a diminué sa consommation de cannabis dès la 2ème séance³⁶. Parmi la moitié restante (revenue ensuite en consultation), 57 % ont réduit leur niveau de consommation entre la 2ème et la 3ème séance, etc.

36. Ce taux déclaré ne porte que sur la population des répondants, soit 63 % après la 1ère séance (cf. tableau).

Tableau 53 - Évolution de la consommation de cannabis parmi les primo-consultants selon l'avancement dans le parcours de consultation (n = 1 028), % en colonne

	Après la 1ère	Après la 2ème	Après la 3ème	Après la 4ème
En augmentation	3 %	3 %	5 %	12 %
En diminution	50 %	57 %	51 %	51 %
Stabilisation	47 %	39 %	44 %	37 %
Effectifs	651	349	172	94
Taux de réponse	63 %	64 %	60 %	64 %
Parmi n consultants invités à revenir	1028	543	285	147

Par ailleurs, le processus de réduction de la consommation de cannabis ne suit pas un mouvement linéaire : il est souvent ponctué par des rechutes (cf. tableau 54). On observe ainsi un va-et-vient dans le cycle d'arrêt et de reprise de la consommation de cannabis. Si la moitié des consultants déclarent avoir réduit leur consommation après la 1ère séance, parmi eux, 51 % seulement continuent de faire baisser leur consommation au-delà de la 2ème séance. Les autres déclarent en général lors de la séance suivante une stabilisation de leur niveau de consommation (13 %), 35 % déclarent des niveaux de consommation à la hausse, qui annulent les effets de la 1ère consultation, et près d'un tiers des consultants n'ont pas répondu (ou n'ont pas été interrogés).

Tableau 54 - Évolution de consommation de cannabis entre la 1ère et la 3ème séance en consultation cannabis, en %

Après la 1ère séance (n = 1 028)	Après la 2ème séance (n = 543)			
	Cannabis ↗	Cannabis ↘	Cannabis stable	Non-réponse
Cannabis ↗ ou stable (n = 252)	0	27	39	34
Cannabis ↘ (n = 238)	3	51	13	33
Non-réponse (n = 53)	2	8	2	89
Total (n = 543)	2	36	24	39

Par ailleurs, si la consommation de cannabis évolue, les usages d'autres produits psychoactifs fluctuent eux aussi. Parmi les consultants qui ont répondu, la plupart de ceux qui ont réduit leur consommation de cannabis d'une séance sur l'autre n'ont pas modifié leurs consommations de tabac ou d'alcool. Toutefois, on observe, chez une partie des consultants en phase d'auto-restriction, une tendance à accompagner leur sous-consommation de cannabis d'une hausse du tabagisme (un consultant sur dix parmi ceux qui se sont restreints sur le cannabis). Un certain nombre de consultants en phase de restriction cannabique réduisent également, dans le même mouvement, leur consommation d'alcool (16 % parmi les répondants).

En outre, environ 90 consultants ont signalé une évolution de leurs consommations de substances illicites autres que le cannabis : cocaïne (17 consultants), héroïne (14 consultants), ecstasy (10 consultants) ou autres (moins de 10 consultants respectivement pour le LSD, les psychostimulants ou le speed, les médicaments psychotropes - parmi les plus cités).

Malgré les taux de non-réponse relativement élevés qui obèrent les possibilités d'analyse, il apparaît assez clairement que l'effet de ciseau (ou switch d'une substance à l'autre) est relativement limité parmi les usagers de cannabis qui s'adressent aux consultations jeunes consommateurs.

Tableau 55 - Évolution des consommations de produits après la 1ère séance, selon l'évolution de l'usage de cannabis (% en ligne)

	Consommation de tabac				Consommation d'alcool				Autres substances illicites			
	↗	↘	stable	NR	↗	↘	stable	NR	↗	↘	stable	NR
Cannabis ↗ ou stable (n = 326)	3,1	1,8	50,3	44,8	2,5	5,5	43,9	48,2	1,8	3,1	10,7	84,4
Cannabis ↘ (n = 325)	11,1	4,6	34,2	50,2	2,8	16,0	24,9	56,3	0,3	4,9	4,3	90,5
Non-réponse (n = 377)	0,5	1,3	3,2	95,0	0,3	1,6	2,9	95,2	0,0	1,1	1,1	97,9
Total (n = 1 028)	4,7	2,5	27,9	64,9	1,8	7,4	22,9	68,0	0,7	2,9	5,2	91,2

NR = non-réponses

En revanche, il semble que la compensation de la baisse d'usage cannabique par une hausse du tabagisme est d'autant plus courante que la fréquence d'usage du cannabis est élevée au départ. Autrement dit, les usagers quotidiens de cannabis sont plus nombreux que les usagers réguliers ou occasionnels à accompagner leur auto-restriction cannabique d'une élévation du nombre de cigarettes fumées, entre la 1ère séance et la 2ème.

Tableau 56 : Évolution des consommations de produits après la 1ère séance, selon la fréquence d'usage initiale et l'évolution de l'usage de cannabis (% en ligne)

		Consommation de tabac				Consommation d'alcool				Autres substances illicites			
		↗	↘	stable	NR	↗	↘	stable	NR	↗	↘	stable	NR
Occasionnels	Cannabis ↗ ou stable (n = 97)	4,1	1,0	53,6	41,2	0,0	4,1	56,7	39,2	2,1	1,0	10,3	86,6
	Cannabis ↘ (n = 106)	9,4	5,7	37,7	47,2	2,8	17,0	30,2	50,0	0,0	4,7	4,7	90,6
	Non-réponse (n = 127)	1,6	3,9	7,1	87,4	0,8	3,1	6,3	89,8	0,0	0,8	2,4	96,9
	Total usagers occasionnels (n = 330)	4,8	3,6	30,6	60,9	1,2	7,9	28,8	62,1	0,6	2,1	5,5	91,8
Réguliers	Cannabis ↗ ou stable (n = 71)	4,2	1,4	49,3	45,1	5,6	7,0	36,6	50,7	2,8	5,6	12,7	78,9
	Cannabis ↘ (n = 70)	11,4	7,1	30,0	51,4	1,4	14,3	31,4	52,9	0,0	5,7	5,7	88,6
	Non-réponse (n = 70)	0,0	0,0	1,4	98,6	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	Total usagers réguliers (n = 211)	5,2	2,8	27,0	64,9	2,4	7,1	22,7	67,8	0,9	3,8	6,2	89,1
Quotidiens	Cannabis ↗ ou stable (n = 150)	2,0	2,7	49,3	46,0	2,7	6,0	40,0	51,3	1,3	3,3	9,3	86,0
	Cannabis ↘ (n = 144)	12,5	2,8	33,3	51,4	3,5	16,7	18,1	61,8	0,7	4,9	3,5	91,0
	Non-réponse (n = 168)	0,0	0,0	1,2	98,8	0,0	0,0	1,2	98,8	0,0	0,6	0,0	99,4
	Total usagers quotidiens (n = 462)	4,5	1,7	26,8	66,9	1,9	7,1	19,0	71,9	0,6	2,8	4,1	92,4

FOCUS

Les consultants qui réussissent à réduire leur niveau de consommation de cannabis

En appliquant une méthode d'analyse multivariée par régression logistique (cf. tableau 57), on observe que le public qui parvient à réduire sa consommation de cannabis à court terme (sans qu'on puisse si cette réduction sera ou non suivie d'une rechute) 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 3ème séance) et à des usages déclarés auto-thérapeutiques (pour réguler l'anxiété). Six variables ont une influence significative sur la propension à réduire la consommation de cannabis après la consultation d'inclusion :

- **le sexe** (les filles étant, toutes choses égales par ailleurs, moins enclines à baisser leur consommation) ;
- **l'âge** (les usagers de plus de 25 ans ayant un risque de diminuer leur consommation de 55 % supérieur aux mineurs). Cette propension distinctive des plus de 25 ans peut s'interpréter comme liée à l'expérience, la consommation de cannabis ayant été associée à une étape – dépassée – de la vie adolescente et étudiante : à partir de 25 ans, les anciens fumeurs sortent du système scolaire, entrent dans la vie professionnelle, commencent une vie conjugale et éventuellement, familiale, qui sont autant de facteurs incitant à la réduction de l'usage.
- **le nombre de visites** augmente la probabilité d'une baisse déclarée de la consommation de cannabis. C'est à la 3ème consultation que l'effet du nombre de visites est le plus significatif (parmi les usagers déjà venus deux fois et revenus en déclarant une baisse de leur consommation), On peut l'interpréter, en termes de prévention, comme un besoin de soutien et d'encadrement dans la démarche de réduction de la consommation. Toutefois, l'effet du nombre de séances de consultation s'inverse de façon presque significative à partir de la 4e visite et devient net à partir de la 6ème visite et au-delà. Ce constat mettant en valeur l'influence du nombre de visites sur la probabilité de réduire la consommation de cannabis souligne l'importance de retenir les consultants dans le dispositif au-delà des deux premières consultations.
- **les fréquences d'usage occasionnelles de cannabis** sont elles aussi associées à une plus grande probabilité de réduire la consommation de cannabis (par rapport aux usagers quotidiens de cannabis).
- **l'intégration professionnelle et/ou sociale** apparaît nettement liée aux chances de réduire la consommation de cannabis. Toutes choses égales par ailleurs, les consultants scolarisés ont près de deux fois plus de chances de réduire leur consommation de cannabis que ceux qui sont déscolarisés ou sans activité. On retrouve le même effet en comparant les actifs employés aux personnes sans activité ou au chômage.
- **le motif d'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.

Tableau 57 - Modélisation logistique du profil des consultants ayant réduit leur consommation de cannabis après la consultation d'inclusion (odds ratios ajustés et seuils de significativité)

Variabiles	O.R.	Sig.
Sexe :		
Garçon	-1-	
Fille	0,62	0,00
Âge :		
12-17 ans	-1-	
18-25 ans	1,34	0,09
Plus de 25 ans	1,56	0,05
Produit(s) à l'origine du recours en CC :		
Cannabis seul	-1-	
Cannabis associé à un ou plusieurs produits	0,99	0,94
Parcours de consultation :		
Vient pour la 1ère fois	-1-	
Vient pour la 2ème fois	1,51	0,02
Vient pour la 3ème fois	1,49	0,06
Vient pour la 4ème fois	0,61	0,06
Vient pour la 5ème fois	1,27	0,42
Vient pour la 6ème fois ou plus	0,51	0,00
Situation actuelle :		
Déscolarisé ou sans emploi	-1-	
Scolarisé	1,67	0,00
Actif employé	1,43	0,02
Origine de la démarche :		
Démarche spontanée	-1-	
Envoyé par la justice	0,98	0,91
Autre démarche	0,90	0,51
Fréquence d'usage du cannabis :		
Usage occasionnel	-1-	
Usage fréquent	0,85	0,35
Usage quotidien	0,59	0,00
Nb de joints fumés en une occasion typique	1,03	0,08
Motif d'usage du cannabis :		
Fume contre angoisse, stress	1,36	0,02
Fume pour le plaisir	0,98	0,89
Fume par habitude, dépendance	1,05	0,72
Chi ²	75,66	0,00

Les odds ratio significativement différents de 1 selon le test du Chi² de Wald respectivement au seuil de 0.05 sont indiqués en caractères gras.

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire en contrôlant l'effet des autres variables du modèle : sexe, âge, produit à l'origine du recours aux consultations cannabis, parcours de consultation, situation scolaire et professionnelle, etc.), les consultants qui parviennent à diminuer leur consommation de cannabis ont 1,56 fois plus de chances d'être âgés de plus de 25 ans que d'être des mineurs (valeur de référence égale à 1).

DURÉE DU SUIVI EN « CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS » ET DÉLAIS D'ATTENTE

En moyenne, les consommateurs font l'objet de moins d'une consultation par mois (0,6) : le nombre moyen de consultations par individu dans la période de l'enquête (15 semaines) est légèrement supérieur à 2 rendez-vous (2,3).

Plus les consultants reviennent, plus ils consultent intensivement : le nombre moyen de séances est d'autant plus élevé que les consultants reviennent souvent - même si les disparités de profils sont plus fortes dans le groupe des consultants de longue date.

Le délai entre deux consultations est de 20 jours en moyenne, c'est-à-dire qu'il s'est légèrement allongé, en moyenne, depuis 2005 (où il était d'une quinzaine de jours). Il est plus court au début du parcours de consultation et augmente ensuite jusqu'à la 5ème consultation : au-delà de 5 consultations, il se resserre à nouveau, suggérant que les consultants déjà venus au moins 5 fois nécessitent un suivi et une prise en charge plus soutenus.

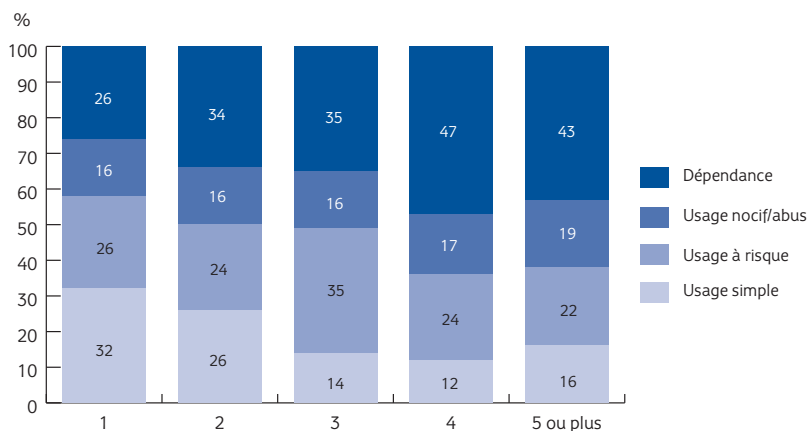
Tableau 58 - Nombre moyen de consultations durant la période d'enquête et délai moyen entre 2 consultations, selon le rang de consultation (n = 2905)

	Nombre moyen de consultations	N	Écart- type	Délai moyen entre la consultation d'inclusion et la suivante (en jours)	N	Écart- type
Pour la 1ère fois	2,0	1526	1,3	18,9	768	15,7
Pour la 2ème fois	2,3	412	1,4	19,5	277	17,4
Pour la 3ème fois	2,3	265	1,6	22,5	155	19,2
Pour la 4ème fois	2,8	147	2,2	22,6	100	19,3
Pour la 5ème fois	2,5	94	1,5	26,7	65	20,7
Pour la 6ème fois	3,1	461	2,1	20,0	314	16,5
Tous consultants	2,3	2905	1,6	20,1	1679	17,0

Taux de réponse de 98,9 %

Comme on peut s'y attendre, le nombre de consultations est fortement corrélé au type d'usage diagnostiqué lors du premier contact. Autrement dit, on trouve parmi les primo-consultants bénéficiaires d'une seule consultation une part prépondérante d'usagers « simples » ou à risque (près de 60 %), alors que les parcours de consultation plus longs (4 consultations ou plus pendant 15 semaines maximum) concentrent environ deux tiers d'usagers diagnostiqués abusifs ou dépendants.

Figure 40 - Nombre de séances individuelles de consultation sur une période de 15 semaines, selon le diagnostic d'usage à la 1ère consultation (n = 1416)



La part des consommateurs vus pour la première fois en mars-avril 2007 et qui font l'objet d'un suivi de 5 consultations ou plus (7,5 % de l'ensemble des consultants, soit 115 personnes sur 1 526) est mécaniquement sous-évaluée, du fait de la durée limitée de l'enquête : à la fin de celle-ci, certains jeunes n'ont pas achevé leur suivi.

Le nombre moyen de consultations par individu (en 15 semaines) augmente logiquement avec la « gravité » de l'usage : il est de 1,7 séances pour les consultants diagnostiqués usagers « simples », de 2,0 pour les usagers diagnostiqués « à risque », de 2,1 pour les usagers nocifs ou abusifs et il passe à 2,3 consultations en 15 semaines pour les usagers dépendants. Les délais d'attente entre deux consultations sont d'autant plus serrés que le diagnostic est sérieux.

Le nombre moyen de consultations par individu varie également selon le motif de recours à la consultation. Ce sont les consultants adressés par la justice – l'effectif le plus important dans le dispositif, près de la moitié de la file active – qui séjournent le moins longtemps dans le dispositif (moins de 2 consultations en moyenne, contre près de 3 pour les demandeurs spontanés). L'écart-type étant faible, on peut considérer que la population des justiciables est homogène de ce point de vue : elle s'attarde rarement dans le dispositif au-delà de deux consultations.

Tableau 59 - Nombre moyen de consultations durant la période d'enquête et délai moyen entre 2 consultations, selon le diagnostic posé lors de la 1ère consultation

	Nombre moyen de consultations	N	Écart-type	Délai moyen entre la consultation d'inclusion et la suivante	N	Écart-type
Usage simple	1,7	362	1,1	21,7	138	19,5
Usage à risque	2,0	375	1,3	18,9	192	14,8
Usage nocif/abus	2,1	228	1,4	17,6	119	14,5
Dépendance	2,3	451	1,4	18,2	269	15,0
Tous consultants	2,0	1526	1,3	18,9	768	15,7

Taux de réponse de 93 %

Les consultants les plus « fidèles » au dispositif, à l'inverse, sont ceux qui y ont recours spontanément ou ceux qui sont adressés par un professionnel de santé - même si dans cette dernière catégorie, la diversité des situations est plus nette (écart-type de 2).

Tableau 60 - Nombre moyen de visites³⁷ selon la modalité de recours à la consultation (n = 2898)

	Moyenne	N	Écart-type
Demandeurs spontanés	2,8	633	1,9
Adressés par la justice	1,9	1401	1,2
Adressés par la famille	2,7	399	1,8
Adressés par l'Éducation nationale	2,1	119	1,2
Adressés par un médecin / professionnel de santé	2,8	219	2,0
Adressés par un travailleur social / milieu socio-éducatif	2,7	88	1,9
Adressés par le milieu amical	2,3	17	1,3
Autres	2,3	22	2,1
Tous consultants	2,3	2898	1,6

Taux de réponse de 98,6 %

37. Le nombre moyen de consultations indiqué ici a été calculé sur la totalité de la période d'enquête (du 20 mars au 30 juin 2007). Il comprend la consultation d'inclusion et les suivantes (le cas échéant).

C'est donc parmi les publics adressés par la justice que l'on trouve les suivis les plus courts (cf. tableau 60) : 49 % des consultants orientés par les autorités judiciaires bénéficient d'une seule consultation en 15 semaines. Les suivis courts caractérisent également les consultants adressés par l'Éducation nationale (43 %).

Les suivis les plus longs (5 consultations ou plus) concernent les personnes qui ont spontanément sollicité la consultation (21 % de ce public) mais aussi parmi celles qui ont été adressées par un professionnel de santé (19 %) ou par la famille (18 %). Enfin, la part des suivis de 3 ou 4 consultations culmine parmi les personnes adressées par la famille ou par un professionnel de santé (près de 30 %).

Tableau 61 - Répartition des consultants selon le nombre de séances pendant la période d'enquête, par type de recours, % en colonne

	Spontanée	Adressé par la justice	Adressé par la famille	Adressé par l'Éducation nationale	Adressé par un prof. de santé / médecin	Autre	Total
n =	633	1401	399	119	205	140	2897
1	35	49	34	43	32	34	42
2	20	27	21	29	21	21	24
3	15	15	17	12	15	16	15
4	9	5	10	10	13	13	8
5 ou plus	21	4	18	7	19	15	11

Taux de réponse de 98,6 %

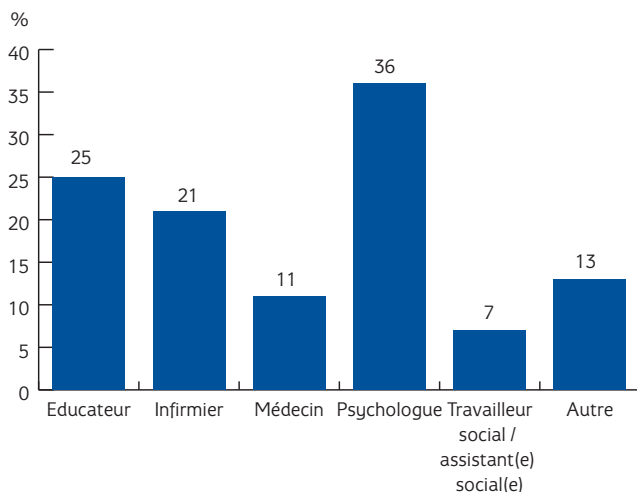
PERSONNEL D'ACCUEIL

Les consommateurs venus en consultation pour la première fois sont le plus souvent vus par un seul professionnel (94 %), psychologue, éducateur, infirmier, médecin ou autre. Seuls 6 % sont reçus par un binôme professionnel, en général un médecin et un second intervenant (infirmier, éducateur ou psychologue, par ordre de fréquence). De fait, de tous les professionnels accueillants, les médecins sont ceux qui reçoivent le moins souvent seuls à la première séance : 70 % des consultants seulement voient un médecin en face-à-face individualisé à la 1ère consultation - alors qu'environ 90 % des consultants reçus par chacun des autres types de professionnels sont vus sans la présence d'un second intervenant.

Plus du tiers des consultants sont vus par un psychologue lors de la 1ère consultation (36 %), un quart par un éducateur (25 %), 21 % par un infirmier, 13 % par un

type de professionnel autre (animateur socio-éducatif ou de prévention, psychothérapeute ou thérapeute familial, etc.), 11 % par un médecin et 7 % par un travailleur social (le plus souvent un(e) assistant(e) social(e)). Cette répartition des consultants par type de professionnel est fort similaire à celle observée en 2005, si ce n'est que la part des professionnels de type travailleurs sociaux ou « autres » a augmenté (8 % en 2005, 20 % en 2007), sachant qu'ils interviennent souvent « en renfort » d'un professionnel médecin ou psychologue.

Figure 41 : Part de consultants reçus par profil de professionnel accueillant (pour une 1ère consultation)



N.B. : La somme des pourcentages est supérieure à 100 % car les consultants peuvent être vus par 2 ou 3 professionnels à la fois.

Cette structure traduit assez fidèlement la représentation de chacun de ces profils de professionnels dans les consultations cannabis : les psychologues y sont le plus couramment représentés, puisque la moitié des consultations de diagnostic en comptent un dans l'équipe, devant les éducateurs, les infirmiers et les médecins.

L'utilisateur qui vient pour la première fois est, en pratique, orienté de façon sélective au sein de la consultation selon la fréquence d'usage de cannabis qu'il déclare. Ainsi, les usagers quotidiens sont, plus souvent que les usagers occasionnels ou réguliers, reçus par un médecin (14 % vs 8-9 %).

Les usagers réguliers sont eux plus fréquemment d'abord vus par un psychologue, alors que les usagers occasionnels présentent un léger sur-risque d'être reçus par un infirmier.

Tableau 62 - Type de personnel d'accueil, selon la fréquence d'usage de cannabis du consommateur reçu pour une première consultation, % en ligne (n = 1487)

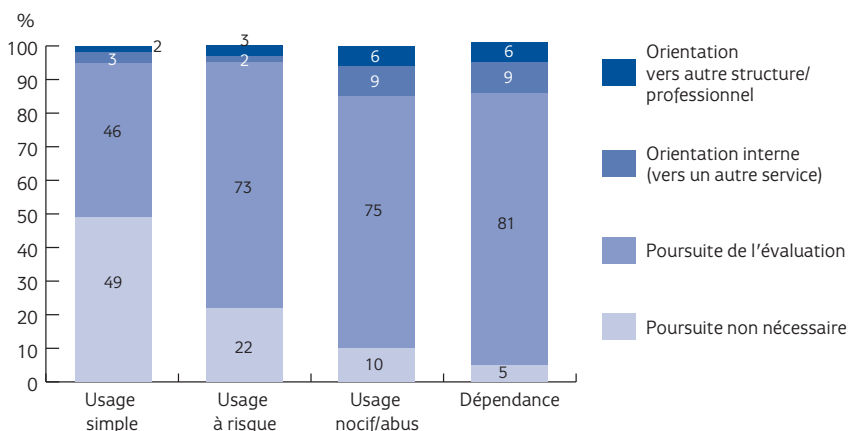
	Éducateur	Infirmier	Médecin	Psychologue	Autre
Usagers occasionnels	25	24	9	36	12
Usagers réguliers	25	21	8	38	12
Usagers quotidiens	25	20	14	35	13

ORIENTATION PROPOSÉE À L'ISSUE D'UNE PREMIÈRE CONSULTATION (NOUVEAUX CONSULTANTS)

Selon le diagnostic d'usage formulé au cours de la première consultation, l'évaluation est, ou non, poursuivie. Ainsi, la moitié des usagers « simples » ne sont pas revus après une première consultation. À l'inverse, quand ils sont jugés « dépendants », 8 consommateurs sur 10 se voient proposer une deuxième consultation et près de 10 % sont orientés vers un autre service, au sein même de la structure de rattachement de la consultation jeunes consommateurs.

De la même façon, la part d'orientations vers une autre structure augmente avec la « gravité » du diagnostic d'usage. C'est chez les usagers abusifs ou dépendants qu'elle est la plus importante, quoique minoritaire parmi les réponses proposées après une 1ère séance de consultation (6 %).

Figure 42 - Suite donnée à la première consultation, selon le diagnostic d'usage (n = 1399)



Suites données à la 1ère consultation

La décision prise après la 1ère consultation est majoritairement de poursuivre l'évaluation de l'usage (68 % des primo-consultants) ; à 22 % des consultants il est indiqué qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre l'évaluation ; 6 % font l'objet d'une orientation vers un autre service, au sein même de la structure de rattachement de la consultation « jeunes consommateurs » et 4 % sont orientés vers une autre structure.

Ces orientations minoritaires vers une autre structure se font vers un CMP ou un CMPP (27 %), un service hospitalier en psychiatrie (15 %), un CSST extérieur (15 %), un psychologue clinicien (10 %), un « autre type de structure » (10 %), un psychiatre de ville (8 %) un CCAA extérieur (8 %), un médecin généraliste (5 %) ou un service social (2 %).

Les incitations à revenir après une première consultation culminent parmi les consultants déclarant connaître un problème lié au cannabis et à une ou plusieurs autres substances (près de 80 %, vs 68 % quand le cannabis est le seul produit en cause). Parmi les consultants venant au titre du cannabis seul, un quart sont jugés sans gravité et il leur est indiqué qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre les séances (24 %). En revanche, quand le produit problématique n'est pas le cannabis, près d'un tiers des consultants (31 %) sont incités à consulter un autre service, spécialisé dans les addictions (au sein de la structure de rattachement de la consultation cannabis ou d'un autre type de structure jugé plus adéquat).

Tableau 63 : Orientation proposée à l'issue de la première consultation, selon le(s) produit(s) principal(aux) à l'origine de la consultation, % en ligne (n = 1 504)

	Poursuite non nécessaire	Poursuite de l'évaluation	Orientation interne (vers un autre service)	Orientation vers autre structure/ professionnel
Cannabis seul (n = 1 242)	24	68	4	3
Cannabis + 1 produit (n = 134)	6	79	9	6
Cannabis + 2, 3 produits ou plus (n = 30)	10	77	7	7
Autre(s) que cannabis (n = 98)	15	53	18	13

Le diagnostic d'usage influe évidemment sur les chances d'être invité à revenir ou au contraire, de se voir orienté vers une autre structure. Ainsi, 81 % des usagers dépendants ont vocation à être suivis dans le dispositif, *vs* 75 % des usagers en situation nocif, 73 % des usagers à risque et moins de la moitié des usagers « simples » (46 %).

Comme le suggère la figure 42, les déterminants de l'orientation vers une structure externe apparaissent fortement corrélés au diagnostic. Ainsi, 6 % des usagers nocifs et des usagers dépendants sont orientés vers d'autres structures externes : pour les usagers nocifs, il s'agit en général d'un CCAA (25 %) ou d'un CSST (17 %), d'un psychologue clinicien (17 %), d'un CMP/CMPP (17 %) ou encore d'un médecin généraliste (8 %), d'un service social (8 %) ou d'un autre type de structure (8 %) ; pour les dépendants en revanche, dans un quart des cas, il s'agit d'un service hospitalier en psychiatrie (26 %), ou bien d'un CMP/CMPP (22 %) d'un CSST extérieur (19 %), d'un psychiatre de ville (11 %), d'un autre type de structure (11 %), d'un psychologue clinicien (4 %), d'un médecin généraliste (4 %) ou d'un CCAA extérieur (4 %).

Estimation et déterminants du taux d'abandon (ou *drop out*) en 2007

Ce schéma ne prend pas la mesure des défections d'une partie des consultants, qui décident de ne plus revenir, par refus de poursuivre l'évaluation ou en n'honorant pas le rendez-vous qui a été fixé. Ce phénomène de décrochage en cours de suivi (ou *drop out*) a été étudié lors de l'édition 2005 de l'enquête : le taux moyen de *drop out* était évalué à un tiers des consultants environ. La modélisation logistique réalisée à partir des données 2005 permettait d'aboutir à trois constats majeurs :

- Le taux de *drop out* baisse logiquement au cours du suivi : les chances d'être revu après une 4^{ème} consultation sont plus élevées que la probabilité de revenir après un premier contact. En effet, les consultants revenant après une 4^{ème} consultation ont, par définition, démontré plus de motivation et de persévérance que ceux qui reviennent après une 1^{ère} consultation.
- Les « décrochages » culminent après la 2^{ème} consultation (plus de la moitié des consultants), du fait notamment de l'allongement du délai d'attente à partir du 2^{ème} entretien.
- Parmi les facteurs d'abandon identifiés, l'effet-professionnel était le plus marqué, en particulier au début du suivi : il était montré que la présence d'un médecin lors du premier contact divise par 4 les chances de décrochage. On observait aussi un effet de l'âge, l'abandon après la première consultation étant deux à trois fois plus fréquent chez les jeunes majeurs que chez les mineurs, toutes choses égales par ailleurs. Les chances de *drop out* après la deuxième consultation apparaissaient particulièrement élevées chez les consommateurs de cannabis à répétition, surtout parmi les usagers réguliers et quasi-quotidiens de cannabis qui ont 5 fois plus de chances d'abandon-

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

ner le suivi que les usagers qui ne déclaraient aucune consommation dans le dernier mois. Enfin, le délai entre les consultations était pointé comme un facteur prédictif du décrochage, en particulier lors des premières séances : chaque jour supplémentaire d'attente accroît les chances d'abandon de 17 % après la 1ère séance.

Tableau 64 - Taux de drop out calculé aux différents stades de consultation

	Consultants revenus	Consultants non revus	Total
Après la 1ère consultation			
Primo-consultants invités à revenir une 2 ^e fois	718	310	1028
Taux de <i>drop out</i> après la 1ère consultation	69,8 %	30,2 %	
Après la 2ème consultation			
Primo-consultants invités à revenir après la 2ème consultation	365 67,7 %	174 32,3 %	539
Consultants venus pour la 2ème fois pendant la période d'inclusion et invités à revenir	238 77,8 %	68 22,2 %	306
Total consultants invités à revenir après une 2ème consultation	603	242	845
Taux de <i>drop out</i> après la 2ème consultation	71,4 %	28,6 %	
Après la 3ème consultation			
Consultants venus pour la 3ème fois pendant la période d'inclusion et invités à revenir	141	62	203
Taux de <i>drop out</i> après la 3ème consultation	69,5 %	30,5 %	
Après la 4ème consultation			
Consultants venus pour la 4ème fois pendant la période d'inclusion et invités à revenir	91	24	115
Taux de <i>drop out</i> après la 4ème consultation	79,1 %	20,9 %	
Après la 5ème consultation			
Consultants venus pour la 5ème fois pendant la période d'inclusion et invités à revenir	56	11	67
Taux de <i>drop out</i> après la 5ème consultation	83,6 %	16,4 %	
Après la 6ème consultation			
Consultants venus pour la 6ème fois pendant la période d'inclusion et invités à revenir	268	75	343
Taux de <i>drop out</i> après la 6ème consultation	78,1 %	21,9 %	
Consultants invités à revenir d'une séance sur l'autre			
	1 527	557	2 084
Taux de <i>drop out</i> moyen	73,3 %	26,7 %	

En 2007, le taux de *drop out* (indicatif) après les 2 premières séances avoisine toujours environ 30 %. Il est calculé en comparant le chiffre des incitations à poursuivre l'évaluation et celui des évaluations effectivement poursuivies.

Trois consultants sur dix décrochent après la 1ère séance de consultation (soit 310 consultants sur 1028 primo-consultants incités à revenir) : ce taux de décrochage varie peu après la 2ème séance de consultation (soit 242 consultants sur 845).

En comparant le profil des consultants revenus après la 1ère visite et les autres, on observe que les consultants en situation de *drop out* se différencient peu les uns des autres. Les consultants non revus semblent légèrement plus enclins à être des consommateurs de cannabis seulement, sujets à un usage quotidien motivé par une recherche de détente, et ils sont plus souvent jugés en situation de dépendance vis-à-vis du produit : ils expriment eux-mêmes plus souvent d'ailleurs un sentiment de dépendance. En outre, ils s'adressent plus fréquemment au dispositif pour obtenir une information ou un conseil (cf. tableau 65 page suivante).

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 65- Profils comparés des consultants en situation de drop out ou non après la 1ère consultation (n = 1028)

	Consultants revenus après la 1ère consultation (n = 718)	Consultants non revus après la 1ère consultation (n = 310)
Part de l'échantillon	69,8 %	30,2 %
Âge	21 % mineurs 58 % 18-25 ans 21 % plus de 25 ans	21 % mineurs 57 % 18-25 ans
Âge moyen	22,1 ans	22,2 ans
Sexe	81 % garçons 19 % filles	85 % garçons 15 % filles
Présents à la 1ère consultation	71 % venus seuls 29 % accompagnés	74 % venus seuls 26 % accompagnés
Produit(s) à l'origine du recours au dispositif	80 % cannabis seul 12 % cannabis + autre produit 6 % autre produit 3 % cannabis + 2 ou 3 produits	88 % cannabis seul 7 % cannabis + autre produit 4 % autre produit 1 % cannabis + 2 ou 3 produits
Type de demande	47 % aide à l'arrêt 20 % info/conseil 19 % autre 12 % aide à la réduction 3 % sevrage immédiat	42 % aide à l'arrêt 27 % info/conseil 19 % autre 10 % aide à la réduction 1 % sevrage immédiat
Situation actuelle	41 % scolarisés 30 % déscolarisés et/ou sans emploi 29 % actifs employés	42 % scolarisés 29 % déscolarisés et/ou sans emploi 30 % actifs employés
Origine de la démarche	21 % spontanés 49 % justice 15 % famille 4 % Education nationale 8 % prof de santé / médecin 4 % autre	21 % spontanés 49 % justice 14 % famille 4 % Education nationale 7 % prof de santé / médecin 5 % autre
Fréquence d'usage du cannabis	44 % usagers quotidiens 35 % usagers occasionnels 21 % usagers réguliers	51 % usagers quotidiens 27 % usagers occasionnels 22 % usagers réguliers
Nombre de joints fumés un jour typique	4,3	5,0
Diagnostic d'usage	33 % dépendants 26 % usagers à risque 18 % usagers simples 16 % usagers en situation d'abus	37 % dépendants 27 % usagers à risque 11 % usagers simples 18 % usagers en situation d'abus
Motivations de consommation	52 % pour lutter contre l'angoisse 48 % pour rechercher du plaisir, de la convivialité 32 % par habitude, avec un sentiment de dépendance	58 % pour lutter contre l'angoisse 44 % pour rechercher du plaisir, de la convivialité 36 % par habitude avec un sentiment de dépendance
Professionnel(s) accueillant(s) 1ère consultation	26 % reçus par un éducateur 22 % reçus par un infirmier 10 % reçus par un médecin 38 % reçus par un psychologue 11 % reçus par un personnel 8 % reçus par 2 ou 3 professionnels	21 % reçus par un éducateur 25 % reçus par un infirmier à la 13 % reçus par un médecin 33 % reçus par un psychologue 12 % reçus par un personnel 4 % reçus par 2 ou 3 professionnels

Ns : non significatif.

L'analyse logistique montre une différence significative entre les consultants qui décrochent après la première visite et les autres selon cinq variables :

- le sexe (les garçons présentant un sur-risque de décrochage) ;
- la nature de la demande : les consultants qui décrochent expriment, plus souvent que les autres, une simple demande d'information ou de conseil ;
- l'ancienneté dans le dispositif : toutes choses égales par ailleurs, les consultants décrochent plus souvent après la première séance qu'après les suivantes ;
- le professionnel accueillant ;
- la motivation d'usage.

En revanche, ni l'âge, ni la situation actuelle des consultants, ni l'origine de la démarche ni la fréquence d'usage du cannabis ne sont significativement associés au risque d'abandonner le suivi en cours. L'apparente sur-représentation, parmi les consultants qui décrochent, des usagers quotidiens de cannabis est donc un artefact (cf. tableau 66 page suivante).

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 66 - Modélisation logistique du profil des consultants qui décrochent après la consultation d'inclusion (odds ratios ajustés et seuils de significativité)

	OR	Sig.
12-17 ans	- 1 -	
18-25 ans	1,17	0,32
Plus de 25 ans	1,28	0,23
Garçon	- 1 -	
Fille	0,74	0,04
Information / conseil personnalisé	- 1 -	
Aide à l'arrêt	0,66	0,01
Aide à la réduction	0,62	0,01
Sevrage immédiat	0,17	0,00
Autre	0,74	0,09
Pour la 1ère fois	- 1 -	
Pour la 2ème fois	0,66	0,01
Pour la 3ème fois	1,07	0,69
Pour la 4ème fois	0,64	0,08
Pour la 5ème fois	0,46	0,03
Pour la 6ème fois ou plus	0,65	0,01
Déscolarisé et sans emploi	- 1 -	0,14
Scolarisé	1,33	0,06
Employé	1,20	0,18
Spontanée	- 1 -	
Adressé par la justice	1,21	0,20
Adressé par la famille	1,08	0,69
Adressé par l'Éducation nationale	0,92	0,79
Adressé par un médecin/professionnel de santé	1,03	0,91
Autre	1,29	0,35
Usagers occasionnels	- 1 -	
Usagers réguliers	1,32	0,07
Usagers quotidiens	1,16	0,30
Vu par Éducateur	0,54	0,01
Vu par Infirmier	0,61	0,05
Vu par Médecin	0,98	0,93
Vu par Psychologue	0,45	0,00
Vu par Autre	0,56	0,04
Pour lutter contre l'anxiété et le stress	1,30	0,02
Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage	0,86	0,18
Par habitude, avec un sentiment de dépendance	1,15	0,27
Chi ²	89,29	0,00

Les odds ratio significativement différents de 1 selon le test du Chi² de Wald respectivement au seuil de 0.05 sont indiqués en caractères gras.

Typologie du public reçu un mois donné

Le tableau ci-contre permet de différencier les consultants selon l'observation clinique donnée par le professionnel à la fin de la première consultation. La catégorie la plus fortement représentée (68 % du public) est celle des **primo-consultants jugés en difficulté (potentielle ou avérée) avec le cannabis**, que les professionnels souhaitent revoir pour (au moins) une deuxième consultation. Ce sont le plus souvent des mineurs ou des jeunes majeurs, usagers quotidiens de cannabis (à des fins auto-thérapeutiques ou anxiolytiques) et demandeurs d'une aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation. Ils sont plus souvent que les autres catégories de consultants jugés en situation d'usage « à risque ».

Une deuxième catégorie de primo-consultants regroupe les **consultants jugés non problématiques** (22 % du public reçu pour une première visite), ne nécessitant pas de seconde consultation. Ce sont prioritairement des garçons, jeunes majeurs usagers occasionnels de cannabis (sans autre produit) orientés par la justice et socialement insérés : ils sont, plus souvent que les autres consultants, scolarisés ou actifs employés. Leur usage est majoritairement festif ou orienté vers une recherche de plaisir et/ou de convivialité, et les professionnels qui les reçoivent en premier entretien aboutissent à un diagnostic d'usage simple.

Une troisième catégorie de consultants comprend les **consultants jugés problématiques mais qui ne relèvent pas de la compétence d'une consultation « jeunes consommateurs »** (10 %), c'est-à-dire qu'ils sont identifiés comme nécessitant une prise en charge plus spécialisée que le suivi qu'offre une consultation « jeunes consommateurs » – soit dans un autre service de la même structure, soit dans une structure externe. Il s'agit majoritairement de consultants plus âgés (plus de 25 ans), plus nettement féminisés, usagers quotidiens ou réguliers de cannabis ou souvent, d'un autre produit, qui sont diagnostiqués dépendants. Ces consultants viennent plus souvent adressés par un tiers (médecin ou professionnel de santé, famille), souvent même accompagnés lors de la première visite. Ces consultants sont plus fréquemment désinsérés (déscolarisés et/ou sans emploi) et en situation de malaise psychologique : leur usage de substances est très majoritairement auto-thérapeutique.

Ce tableau fait bien apparaître la fonction de plate-forme d'orientation qu'assurent les consultations jeunes consommateurs. L'orientation donnée à l'issue de la première visite est en effet fortement déterminée par un certain nombre de variables socio-démographiques et contextuelles résumées dans le tableau ci-dessus. Toutefois, cette apparente classification logique ne doit pas masquer les différences de pratiques professionnelles.

Tableau 67 - Comparaison des profils de consultants selon l'orientation proposée à l'issue de la première consultation (relations significatives)

	Poursuite non nécessaire	Poursuite de l'évaluation au sein de la consultation cannabis	Orientation interne (vers autre service)	Orientation vers une autre structure ou un autre professionnel	P
Part des primo-consultants concernés	22 %	68 %	6 %	4 %	
Âge	64 % 18-25 ans 20 % mineurs 16 % plus de 25 ans	58 % 18-25 ans 21 % mineurs 21 % plus de 25 ans	56 % 18-25 ans 31 % plus de 25 ans 13 % mineurs	44 % plus de 25 ans 36 % 18-25 ans 20 % mineurs	0.000
Âge moyen	21,6 ans	22,1 ans	25,0 ans	25,5 ans	
Sexe	88 % garçons 12 % filles	82 % garçons 18 % filles	76 % garçons 24 % filles	72 % garçons 28 % filles	0.001
Présents à la 1ère consultation	81 % venus seuls	72 % venus seuls	75 % venus seuls 25 % accompagnés	63 % venus seuls 37 % accompagnés	0.001
Produit(s) à l'origine du recours au dispositif	92 % cannabis seul 3 % cannabis + 1, 2, 3 produits ou plus 5 % autre(s)	82 % cannabis seul 13 % cannabis + 1, 2, 3 produits ou plus 5 % autre(s)	62 % cannabis seul 17 % cannabis + 1, 2, 3 produits ou plus 21 % autre(s)	64 % cannabis seul 16 % cannabis + 1, 2, 3 produits ou plus 20 % autre(s)	0.000
Type de demande	36 % info/conseil 34 % autre 28 % aide à l'arrêt	46 % aide à l'arrêt 22 % info/conseil 19 % autre 11 % aide à la réduction	60 % aide à l'arrêt 23 % info/conseil	40 % aide à l'arrêt 24 % info/conseil 19 % autre	0.000

	Poursuite non nécessaire	Poursuite de l'évaluation au sein de la consultation cannabis	Orientation interne (vers autre service)	Orientation vers une autre structure ou un autre professionnel	P
Situation actuelle	46 % scolarisés 38 % actifs employés 15 % déscolarisés et/ou sans emploi	41 % scolarisés 30 % déscolarisés et/ou sans emploi 29 % actifs employés	39 % actifs employés 36 % déscolarisés et/ou sans emploi 25 % scolarisés	45 % déscolarisés et/ou sans emploi 30 % scolarisés 25 % actifs employés	0.000
Origine de la démarche	83 % orientations judiciaires 6 % Educ. Nationale 5 % adressés par famille 4 % demandeurs spontanés	49 % justice 21 % spontanées 15 % famille 7 % prof de santé	35 % justice 32 % spontanés 14 % famille 11 % médecin ou prof de santé	28 % justice 23 % spontanés 20 % famille 16 % médecin ou prof de santé 8 % autre	0.000
Fréquence d'usage du cannabis	76 % occasionnels 13 % réguliers 11 % quotidiens	46 % quotidiens 33 % occasionnels 21 % réguliers	51 % quotidiens 33 % occasionnels 16 % réguliers	48 % quotidiens 30 % occasionnels 22 % réguliers	0.000
Nombre de joints fumés un jour typique	1,9	4,5	3,8	5,3	0.000
Diagnostic d'usage	59 % usagers simples 27 % usagers à risque 8 % en abus 7 % dépendants	37 % dépendants 28 % à risque 18 % en abus 17 % simples	49 % dépendants 26 % en abus 14 % simples 12 % à risque	47 % dépendants 22 % en abus 18 % à risque 13 % simples	0.000
Motivations de consommation	70 % pour rechercher du plaisir et/ou de la convivialité 18 % pour lutter contre l'angoisse 10 % par habitude, avec un sentiment de dépendance	54 % pour lutter contre l'angoisse 47 % pour rechercher du plaisir et/ou de la convivialité 33 % par habitude, avec un sentiment de dépendance	60 % pour lutter contre l'angoisse 41 % par habitude, avec un sentiment de dépendance 35 % pour rechercher du plaisir et/ou de la convivialité	63 % pour lutter contre l'angoisse 28 % par habitude, avec un sentiment de dépendance 28 % pour rechercher du plaisir et/ou de la convivialité	0.000

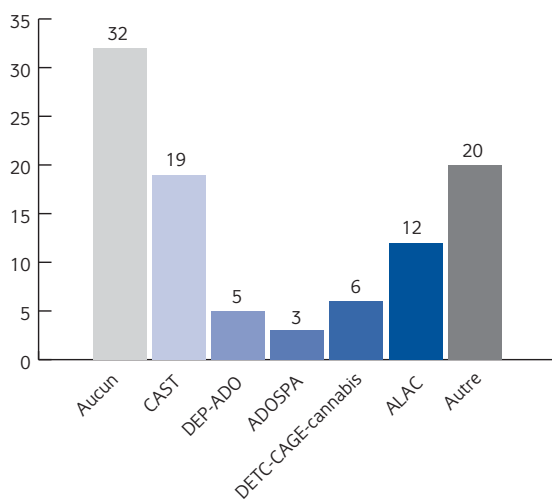
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES HÉTÉROGÈNES

Les pratiques de repérage des consommations nocives

La moitié des consultants sont diagnostiqués sans référence à des critères d'évaluation standardisés et comparables : en effet, un tiers des consultants ont été diagnostiqués sans l'appui d'une grille de repérage connue (32 %) et 20 % l'ont été avec une grille autre que celles proposées dans le questionnaire (en général une grille clinique, élaborée en interne).

Parmi les outils de repérage courants, les plus utilisés sont le CAST (pour 19 % des consultants), l'ALAC (12 %), le DETC-CAGE (6 %), le DEP-ADO (5 %) et l'ADOSPA (3 %).

Figure 43 - Part de consultants dépistés avec les outils de repérage courants, en %



Repérer et évaluer les consommations nocives de cannabis et d'autres substances psychoactives

Plusieurs échelles de dépistage des consommations nocives de drogues existent : elles combinent la description du type d'usage et du contexte de consommation du patient, la recherche des risques associés à la consommation (individuels et environnementaux) et des signes cliniques ou des complications liés à un usage nocif et l'évaluation de la motivation au sevrage.

■ **Le CAST (Cannabis Abuse Screening Test)**, conçu à l'OFDT, est utilisé depuis 2002 dans l'enquête Escapad : il permet d'effectuer un repérage des consommateurs problématiques à partir de 6 questions (3 réponses positives doivent amener le consommateur à s'interroger sur les conséquences de sa consommation, 4 ou plus devraient l'inciter à demander un avis spécialisé).

■ **Le DETC (Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis)**, adaptation française du CAGE utilisé aux Etats-Unis (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener) comprend 4 questions (une seule réponse positive indique que la consommation de cannabis pose question).

■ **Le DEP-ADO (DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les ADOlescents et les adolescentes)** est une adaptation française du test en 7 questions élaboré par le RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec).

■ **L'ALAC néo-zélandais (ALcohol Advisory Council)** décline 11 questions (3 réponses affirmatives indiquent un usage problématique).

■ Enfin, l'**ADOSPA (ADOlescents et Substances PsychoActives)**, traduction du CRAFFT américain (Car Relax, Alone, Forget, Family, Friends, Trouble), comporte 6 questions (2 réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives).

Une étude épidémiologique et clinique en cours vise à tester la validité de plusieurs questionnaires utilisés pour le dépistage de l'usage nocif (CAST, ALAC, ADOSPA) : baptisée ADOTECNO (ADOlescents, TECHniques d'évaluation des consommations NOcives), elle est menée par l'OFDT, en partenariat avec le service d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse de Villejuif, de façon à proposer une mesure de l'usage problématique.

Il semble que les consultants reçus par un psychologue soient significativement plus diagnostiqués sans référence à un test de repérage (ou avec une grille interne ou un test « autre ») alors que ceux qui sont reçus par un éducateur sont plus souvent interrogés sur leur usage de cannabis test à l'appui (en particulier avec le DEP-ADO, l'ALAC, le DETC-CAGE ou une grille clinique interne).

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Les consultants vus par un médecin ont en revanche plus de chances d'être questionnés à l'appui du CAST, de l'ADOSPA, du DETC-CAGE ou de l'ALAC, et moins de chances d'être soumis aux questions d'une grille clinique autre que les principales grilles connues (cf. tableau 68).

Tableau 68 - Part des consultants dépistés avec un test ou non, selon le professionnel rencontré (% en ligne)

	Aucun test	CAST	DEP ADO	ADOSPA	DETC CAGE	ALAC	Autre	Effectif des consultants
Vus par un éducateur	22,9***	19,5	11,8***	5,8	3,2**	15,7***	13,6***	677 (23,0 %)
Vus par un infirmier	27,9	20,5	2,3**	4,9	9,6***	19,3***	7,1***	523 (17,8 %)
Vus par un médecin	28,9	29,4***	5,1	8,2***	13,3***	16,3***	10,5***	429 (14,6 %)
Vus par un psychologue	38,1***	14,2***	3,7	2,9**	2,8***	4,5***	33,2***	1187 (40,4 %)
Vus par un professionnel autre	37,0	16,2	5,5	3,2	3,2	12,0	21,1	308 (10,5 %)
Ensemble des consultants	32,3	17,9	5,0	4,1	5,6	11,7	20,7	2938

Lecture : *, **, *** : test du Chi² significatif au seuil 0.05, 0.01, 0.001.

N.B. : La somme des pourcentages en ligne n'est pas égale à 100 du fait des non-réponses ou des réponses multiples.

En examinant les pratiques professionnelles par structure, il apparaît qu'environ 40 % des consultations cannabis utilisent des tests de repérage autres que les outils validés mentionnés dans le questionnaire (pour dépister tout ou partie des consultants reçus un mois donné)³⁸. En outre, près de 60 % des CJC n'utilisent aucun outil de repérage.

Parmi les outils reconnus, le CAST (qui était destiné à être utilisé dans les consultations jeunes consommateurs) arrive en tête : il est utilisé par 40 % des consultations³⁹.

38. Pour une présentation plus détaillée de ces outils diagnostiques, voir dans la 5ème partie l'encadré intitulé « repérer et évaluer les consommations nocives de cannabis et d'autres substances psychoactives ». Pour en savoir plus, cf. « De l'observation des usages à la mesure de l'usage problématique de cannabis. Eléments de comparaisons internationales », in « L'usage problématique de cannabis », numéro spécial Toxibase-Crips, Revue Toxibase n° 12 / Lettre du CRIPS n° 70, février 2004.

39. Cf. Escapad 2003, chapitre sur « le repérage des usagers problématiques de cannabis par le test CAST », p.161.

Le « filtrage » du public à l'entrée dans le dispositif

Selon leur mode d'entrée dans le dispositif, les consultants sont orientés de façon différenciée vers tel ou tel professionnel, ce qui suggère l'hypothèse d'un biais d'affectation.

Par exemple, les consultants adressés par la justice sont significativement plus souvent vus par un éducateur, un infirmier ou un professionnel autre (en général un travailleur social). À l'inverse, les usagers de cannabis venus spontanément sont plus fréquemment reçus par un médecin et rarement par un professionnel autre. En outre, ceux qui sont adressés par la famille sont accueillis, plus souvent que les autres, par un psychologue et notablement moins souvent par un éducateur. Enfin, les consultants orientés par un professionnel de santé ont davantage de chances d'être reçus par un médecin à l'entrée dans le dispositif.

Tableau 69 - Type de professionnel rencontré selon l'origine du recours au dispositif, % en ligne

	Spontanée	Adressé par la justice	Adressé par la famille	Adressé par l'Éducation nationale (dont médecin ou infirmier scolaires)	Adressé par un médecin/professionnel de la santé	Autre
Éducateur (n = 670)	20,4**	55,1**	9,0**	6,3**	4,9**	4,3**
Infirmier (n = 513)	21,6**	56,7**	10,1**	1,9**	7,4**	2,1**
Médecin (n = 422)	37,0**	29,4**	13,5**	1,7**	14,0**	4,5**
Psychologue (n = 1175)	21,5**	42,5**	18,5**	4,5**	6,6**	6,4**
Autre (n = 301)	12,6***	57,8***	14,6***	3,7***	5,6***	5,6***

Lecture : *, **, *** : test du Chi² significatif au seuil 0.05, 0.01, 0.001 pour la relation entre l'origine de la démarche et le type de professionnel rencontré.

SYNTHÈSE THÉMATIQUE I

LE PUBLIC FÉMININ DES CJC

Comparées aux garçons reçus dans le dispositif, les filles sont en moyenne plus âgées : elles sont sur-représentées parmi les consultants de plus de 25 ans (surtout après 30 ans) et, à l'inverse, sous-représentées parmi les consultants âgés d'une vingtaine d'années (sauf les plus jeunes).

Cette moyenne d'âge plus élevée s'explique par les modalités de recours au dispositif : les filles viennent plus souvent spontanément (34,7 % vs 18,9 % chez les garçons), mode de recours dominant des consultants majeurs. Ce constat suggère qu'elles ressentent plus souvent que les garçons qui viennent consulter le besoin d'évoquer leur consommation de cannabis au sein d'une structure spécialisée. Elles sont aussi plus fréquemment orientées par l'Education nationale (pour les mineures) ou un professionnel de santé (pour les majeures), alors que les garçons sont, à tous les âges, très majoritairement adressés par la justice (surtout entre 18 et 25 ans). Il en résulte une plus grande fidélité au dispositif chez les filles, qui reviennent plus souvent que les garçons après la 2ème visite, leur démarche relevant davantage de l'adhésion volontaire que de la contrainte judiciaire.

S'agissant des modalités d'usage du cannabis, les filles se distinguent par des fréquences de consommation globalement plus élevées : elles déclarent plus souvent un usage quotidien du produit et des usages intensifs (5 à 10 joints un jour typique de consommation). Elles sont ainsi plus souvent jugées dépendantes au cannabis. Elles viennent aussi plus souvent pour évoquer une double problématique de consommation, avec le cannabis mais aussi avec un autre produit. De façon plus caractéristique que les garçons, elles déclarent consommer du cannabis pour lutter contre l'angoisse et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup. Ce constat est congruent avec celui d'une sur-expérimentation de médicaments psychotropes : il accrédite l'hypothèse d'un usage à visée majoritairement auto-thérapeutique chez les filles qui s'adressent au dispositif.

Il en résulte que le public féminin réclame plus souvent une aide à la réduction de la consommation. Les femmes sont plus nombreuses par ailleurs à expliquer

leur entrée en consommation par des difficultés personnelles et familiales, ou par des fréquentations particulières alliées à des difficultés personnelles et familiales.

S'agissant des expérimentations d'autres substances psychoactives, les filles présentent certes, comme en population générale, un sur-risque d'expérimentation de médicaments psychotropes mais elles se distinguent aussi par une sur-expérimentation d'héroïne, d'ecstasy et de cocaïne, et par un tabagisme quotidien plus fréquent et une plus grande part de « gros fumeurs » (plus d'un paquet par jour). Elles se différencient en revanche par une sur-représentation des personnes abstinentes à l'alcool.

Du point de vue de la situation scolaire, les filles apparaissent plus souvent scolarisées en filière générale, alors que les garçons ont plus de chances, à âge égal, d'être scolarisés dans l'enseignement professionnel. A partir de 18 ans, elles sont plus souvent étudiantes.

Ainsi, les filles présentent des profils d'usage apparemment plus sévères et plus complexes, corrélés à des situations personnelles et familiales qui semblent plus lourdes. Toutefois, si l'on contrôle l'effet propre de chacune de ces variables pour identifier les caractéristiques véritablement distinctives du public féminin, on observe qu'elles ne se différencient significativement que par trois aspects :

- Elles sont moins souvent orientées par la justice et par la famille, et viennent plus souvent spontanément : de cette différence majeure découlent une grande partie des distinctions de profil observées.
- Elles apparaissent sur-expérimentatrices d'ecstasy, par rapport aux garçons ayant les mêmes caractéristiques. On peut interpréter ce trait distinctif en suggérant l'hypothèse suivante : les filles qui s'adresseraient aux consultations pourraient se distinguer par un style de vie où les expérimentations de produits illicites sont plus nombreuses et les usages réguliers de substances licites (ou du cannabis) plus courants.
- Enfin, le public féminin déclare davantage d'usages auto-thérapeutiques, visant à « lutter contre l'anxiété et le stress ».

Les garçons ont quant à eux un profil majoritaire de consommateurs occasionnels de cannabis (associé à un usage occasionnel d'alcool), âgés de 18 à 25 ans, scolarisés en filière professionnelle ou actifs, orientés par la justice avec une « demande » d'aide à l'arrêt de la consommation. Ils déclarent majoritairement avoir commencé à consommer du cannabis du fait de « fréquentations particulières », c'est-à-dire dans le cadre d'une sociabilité adolescente, et rechercher dans les occasions de consommation du « plaisir » et de la « convivialité ».

Ces observations croisées suggèrent que le profil des garçons reçus dans le dispositif contraste nettement avec celui du public féminin et que les motifs de recourir à une CJC sont fortement différenciés selon le genre.

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 70 - Modélisation logistique du profil des consultantes féminines (odds ratios ajustés et seuils de significativité)

	OR	Sig.
12-17 ans	- 1 -	
18-25 ans	0,92	0,63
Plus de 25 ans	1,17	0,46
Information / conseil personnalisé	- 1 -	
Aide à l'arrêt	0,93	0,65
Aide à la réduction	0,94	0,76
Sevrage immédiat	0,64	0,27
Autre	1,00	0,99
Pour la 1ère fois	- 1 -	
Pour la 2ème fois	0,84	0,34
Pour la 3ème fois	0,76	0,21
Pour la 4ème fois	1,45	0,11
Pour la 5ème fois	1,00	0,99
Pour la 6ème fois ou plus	1,21	0,23
Déscolarisé et sans emploi	- 1 -	
Scolarisé	1,37	0,05
Employé	0,87	0,34
Démarche spontanée	- 1 -	
Adressé par la justice	0,28	0,00
Adressé par la famille	0,60	0,01
Adressé par l'Éducation nationale	1,56	0,08
Adressé par un médecin/professionnel de santé	1,12	0,56
Autre	1,50	0,08
Usagers occasionnels	- 1 -	
Usagers réguliers	0,83	0,27
Usagers quotidiens	0,82	0,19
Ecstasy	1,47	0,04
Cocaïne	0,75	0,11
Poppers	0,79	0,55
Champignons hallucinogènes	0,87	0,62
Médicaments psychotropes	1,24	0,26
Héroïne	1,32	0,16
Vu par éducateur	1,05	0,82
Vu par infirmier	0,74	0,23
Vu par médecin	0,97	0,88
Vu par psychologue	1,07	0,74
Vu par autre	1,22	0,44
Pour lutter contre l'anxiété et le stress	1,33	0,03
Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage	0,82	0,12
Par habitude, avec un sentiment de dépendance	1,07	0,62
Chi ²	229,22	0,00

Les odds ratio significativement différents de 1 selon le test du Chi² de Wald respectivement au seuil de 0.05 sont indiqués en caractères gras.

SYNTHÈSE THÉMATIQUE 2

LE PUBLIC MINEUR

Le public mineur apparaît plus féminisé (22 %) et logiquement, plus fortement scolarisé. Plus de la moitié des mineurs viennent accompagnés (53 % vs 13 % des majeurs), au titre du cannabis plus souvent que du cannabis associé à une autre substance ou d'une autre substance seule. La part des usagers occasionnels est plus forte que dans le public majeur et les moyennes de consommation lors d'une occasion sont moindres (3,5 vs 4,1 joints pour les majeurs).

En contrôlant l'effet des variables exogènes, on observe que les mineurs se distinguent significativement des majeurs par seulement cinq aspects :

- Ils ont six fois plus de chances que les autres consultants d'être encore scolarisés ;
- Ils viennent quatre fois plus souvent accompagnés en consultation, en général d'un ou des deux parents ;
- Du fait de leur jeune âge, ils sont plus nombreux que les autres à déclarer une première consommation de cannabis après 14 ans ;
- Ils fument moins souvent que les majeurs par habitude, avec un sentiment de dépendance ;
- Enfin, du fait de leurs profils d'usages par définition moins enracinés et moins porteurs de conséquences, ils font plus fréquemment l'objet d'une seule consultation, visant en général à leur apporter une information sur les effets néfastes d'une consommation régulière et/ou intensive.

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 71 Modélisation logistique du profil des consultants mineurs (12 à 17 ans) vs 18 ans et plus (odds ratios ajustés et seuils de significativité)

Variables	% dans l'ensemble du public	% parmi les mineurs	OR	Sig.
Fille	18,9	22,4***	-1-	
Garçon	81,1	77,6***	0,83	0,27
Cannabis seul	80,6	83,1***	-1-	
Cannabis et autre substance	11,3	11,3***	1,08	0,72
Autre substance	8,1	5,6***	1,04	0,91
Usager seul	79,4	47,3***	-1-	
Usager accompagné	20,6	52,7***	4,51	0,00
Déscolarisé ou sans emploi	28,0	13,7***	-1-	
Scolarisé	38,7	84,7***	5,98	0,00
Actif employé	33,3	1,6***	0,12	0,00
Usage occasionnel de cannabis	42,9	46,4***	-1-	
Usage régulier de cannabis	18,7	21,6***	0,83	0,35
Usage quotidien de cannabis	38,4	32,0***	0,96	0,84
Expérimentation avant 14 ans	17,8	30,0***	-1-	
Expérimentation à partir de 14 ans	82,2	70,0***	2,84	0,00
Fume contre angoisse, stress	50,5	45,0***	1,02	0,90
Fume pour le plaisir	46,1	56,6***	1,16	0,35
Fume par habitude, dépendance	30,5	18,8***	0,60	0,00
Usage simple	22,4	26,1***	-1-	
Usage à risque	24,6	29,0***	1,05	0,82
Usage nocif	17,5	22,1***	1,34	0,22
Dépendance	35,7	22,8***	0,98	0,95
Vu par éducateur	12,7	13,9***	1,54	0,11
Vu par infirmier	8,5	4,2***	1,01	0,97
Vu par médecin	8,3	6,3***	1,02	0,93
Vu par psychologue	25,5	30,3**	1,54	0,10
Vu par autre	4,8	7,1	1,74	0,07
Poursuite non nécessaire/Fin de l'évaluation	16,2	16,9***	-1-	
Poursuite de l'évaluation	71,9	74,6***	1,11	0,62
Orientation interne vers un autre service	8,1	4,6***	0,78	0,49
Orientation vers une autre structure	3,7	3,8***	0,78	0,54
Chi ²			713,40	0,00

Lecture : *, **, *** : test du Chi² significatif au seuil 0.05, 0.01, 0.001 pour la relation entre l'origine de la démarche et le type de professionnel rencontré. Les odds ratio significativement différents de 1 selon le test du Chi² de Wald respectivement au seuil de 0.05 sont indiqués en caractères gras.

ANALYSES RÉGIONALES

STRUCTURE RÉGIONALE DU PUBLIC CONSOMMATEUR

La structure des consommateurs par âge et par sexe connaît des variations régionales.

Malgré la faiblesse des échantillons régionaux qui ne permet pas de relever des tendances suffisamment robustes, 12 régions sur 22 sont caractérisées par des taux de prédominance masculine supérieure à la moyenne nationale (81 %), le plus significativement en Auvergne, Basse-Normandie, Limousin (89 %), Nord-Pas-de-Calais (88 %), Pays de la Loire et Picardie (86 %). À l'inverse, les contingents féminins sont supérieurs de 5 points ou plus à la moyenne nationale (19 %) en Poitou-Charentes (32 %), en Franche-Comté (31 %), en Corse (29 %), dans le Languedoc-Roussillon (26 %), en Ile-de-France et en Aquitaine (24 %) ⁴⁰.

Par rapport à 2005, on retrouve parmi les régions qui font valoir des proportions de filles plus importantes, l'Ile-de-France, la Franche-Comté et le Languedoc-Roussillon - qui en 2005, affichait un taux de féminisation de plus de 37 % ⁴¹ et qui voit reculer la part du public féminin en 2007 (26 %) : cette région reste singulièrement marquée par des niveaux d'usage du cannabis élevés chez les filles (cf. ESCAPAD 2002/2003 ⁴²).

40. Il faut évidemment tempérer ces observations au vu des taux de réponse régionaux : dans le cas de la Corse par exemple, le pourcentage par sexe apparaît peu significatif.

41. Si la part du public féminin semble avoir reculé en 2007 (26 % vs 37 % en 2005), c'est en partie dû au fait que dans cette édition de l'enquête, les consultants plus âgés sont mieux représentés (sachant que l'âge moyen du public féminin est plus élevé).

42. Beck (F.), Legleye (S.), Spilka (S.), Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français - Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003, Saint-Denis, OFDT, 2005, 224 p.

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 72 - Répartition régionale des consultants par sexe et par âge (consommateurs)

	Taux de réponse régionale (CJC rép.)	N =	Par sexe		Âge moyen (années)	Par âge (% en ligne)		
			Garçons	Filles		12-17 ans	18-25 ans	Plus de 25 ans
Alsace	4 / 6	54	85 %	15 %	25,8	15	43	43
Aquitaine*	8 / 8	146	76 %	24 %	21,8	27	54	18
Auvergne	3 / 4	98	91 %	9 %	22,1	11	74	14
Basse-Normandie	4 / 7	53	89 %	11 %	25,5	13	47	40
Bourgogne	10 / 12	141	77 %	23 %	23,6	13	57	29
Bretagne	13 / 18	178	84 %	16 %	23,8	12	58	30
Centre	8 / 9	140	79 %	21 %	20,7	24	65	11
Champagne-Ardennes	5 / 6	55	85 %	15 %	24,4	7	62	31
Corse	1 / 2	7	71 %	29 %	22,3	0	86	14
DOM	3 / 6	32	91 %	9 %	18,4	47	50	3
Franche-Comté	6 / 7	55	69 %	31 %	21,6	25	58	16
Haute-Normandie*	1 / 1	98	84 %	16 %	21,0	21	70	8
Ile-de-France	36 / 43	388	76 %	24 %	24,5	16	49	34
Languedoc-Roussillon	10 / 11	84	74 %	26 %	19,5	27	64	8
Limousin*	3 / 3	36	89 %	11 %	24,2	17	44	39
Lorraine	12 / 17	103	82 %	18 %	22,6	17	59	24
Midi-Pyrénées	9 / 10	83	80 %	20 %	24,6	14	45	41
Nord-Pas-de-Calais	18 / 22	405	88 %	12 %	23,1	13	62	24
Pays de la Loire	4 / 4	73	86 %	14 %	24,3	17	52	32
Picardie*	7 / 7	76	86 %	14 %	24,1	18	47	36
Poitou-Charentes*	16 / 19	177	68 %	32 %	22,6	12	67	21
Provence Alpes								
Côte d'Azur	12 / 20	260	82 %	18 %	25,1	15	48	37
Rhône-Alpes	21 / 32	196	81 %	19 %	21,7	22	60	18
Total régions	214 / 274	2938	81 %	19 %	23,2	17	57	26

N.B. : Seules les régions signalées par des astérisques ont assuré un taux de réponse à l'enquête de 100 % des « consultations jeunes consommateurs ». Par ailleurs, les DOM sont distingués dans le tableau car ils ne constituent pas une région administrative en tant que telle.

La structure par âge est également contrastée. Le trait le plus frappant concerne la jeunesse du public des consultations cannabis localisées dans les DOM, qui est à peine majeur (18,4 ans en moyenne), ou de celui des consultations du Languedoc-Roussillon (19,5 ans) ; à l'inverse, l'âge moyen des publics en Alsace ou en région PACA dépasse 25 ans (respectivement 25,8 et 25,1 ans).

Le public des consultations spécialisées est plus jeune que la moyenne nationale (23,2 ans) dans la moitié des régions (11 sur 22, en excluant les DOM qui ne constituent pas une région) : le Languedoc-Roussillon (19,5), le Centre (20,7), la Haute-Normandie (21), la Franche-Comté (21,6), la région Rhône-Alpes (21,7), l'Aquitaine (21,8), l'Auvergne (22,1), la Corse (22,3), la Lorraine (22,6), la Picardie (22,6) et le Nord-Pas-de-Calais (23,1 ans).

Plus spécifiquement, la part des mineurs dans le public est supérieure à la moyenne nationale (17 %) dans près d'un tiers des régions françaises (7 sur 22, hors DOM) : le Languedoc-Roussillon (27 %), l'Aquitaine (27 %), la Franche-Comté (25 %), le Centre (24 %), en Rhône-Alpes (22 %), en Haute-Normandie (21 %) et dans les Pays de la Loire (18 %).

Spécificités régionales dans les motifs de recours au dispositif

Douze régions se distinguent par des parts de consultants orientés par la justice plus élevées que la moyenne nationale (48 %) : l'Auvergne (78 %), la Picardie (69 %), le Nord-Pas-de-Calais (64 %), la région PACA (59 %), la Lorraine (58 %), la Corse (57 %), la Bourgogne (56 %), le Limousin (55 %), la Champagne-Ardenne (55 %), la Haute-Normandie (53 %), le Centre (52 %) et les Pays de la Loire (49 %).

Dans sept régions (Midi-Pyrénées, Ile-de-France, Aquitaine, Basse-Normandie, Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon), les recours spontanés sont notablement plus élevés que la moyenne nationale (22 %). Si dans le Languedoc-Roussillon, une bonne partie de l'explication tient à la prédominance des filles dans le public venu en consultation (26 %, *vs* 19 % dans la moyenne nationale), dans les Pays-de-la-Loire, elle tient davantage à la prépondérance des consultants plus âgés (36 % ont plus de 25 ans, contre 26 % dans l'échantillon national). En Ile-de-France enfin, c'est la combinaison de ces deux facteurs (un public féminisé et une fraction relativement importante de consultants plus âgés) qui produit un effet de gonflement des demandes spontanées (24 % de filles, soit 5 points de plus que la moyenne nationale, et 34 % de consultants âgés de plus de 25 ans, soit 6 points d'écart à la moyenne).

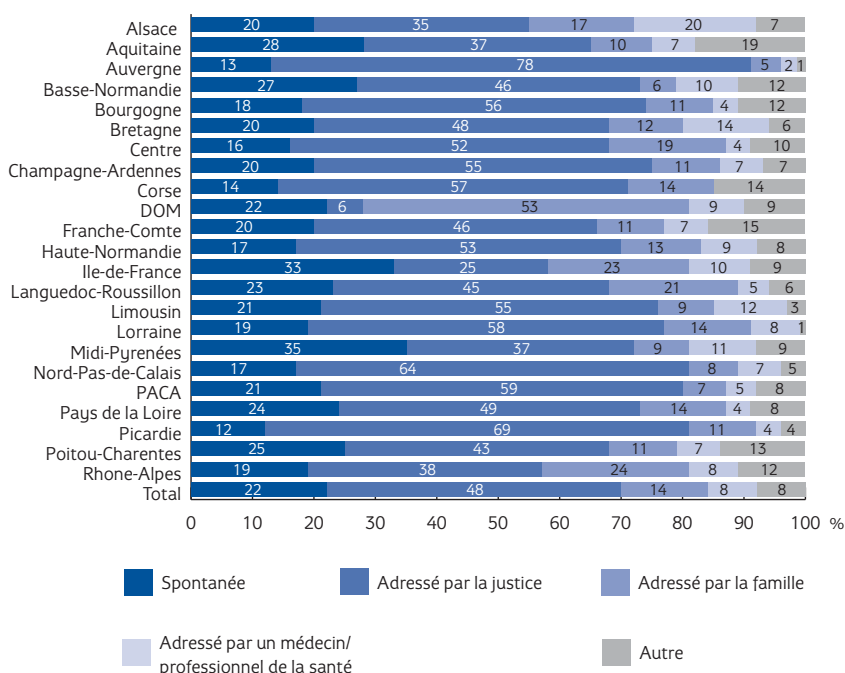
La part des recours en consultation sur suggestion familiale culmine (plus de 14 % des motifs de recours) dans 5 régions : départements d'outre-mer (53 %), Rhône-Alpes (24 %), Ile-de-France (23 %), Languedoc-Roussillon (21 %), Centre (19 %),

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Alsace (17 %). Ceci s'explique par les parts importantes de mineurs dans le public (22 % de mineurs en Rhône-Alpes, 27 % dans le Languedoc-Roussillon, 24 % dans le Centre). En outre, les départements d'outre-mer et le Languedoc-Roussillon sont les deux régions où l'âge moyen des consultants est le plus bas et inférieur à 20 ans (respectivement 18,4 et 19,5 ans, vs 23,2 au plan national).

Par ailleurs, certaines CJC semblent avoir développé une véritable « spécialisation » dans l'accueil du public sous main de justice : 83 consultations reçoivent plus de 50 % de consultants orientés par la justice et 19 d'entre elles reçoivent exclusivement ce public (ce sont en général des micro-consultations recevant moins de 5 usagers par mois).

Figure 44 - Structure régionale des modalités de recours aux consultations de diagnostic (% en ligne)



Compte tenu de l'influence des modalités de recours sur la structure des problématiques exprimées par le public, ces tendances sont utiles pour comprendre les dynamiques locales d'accès aux soins.

SYNTHÈSE GÉNÉRALE DES RÉSULTATS

Depuis son lancement fin 2004, le dispositif des CJC propose un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres substances et à leurs familles. Intervenant désormais dans le cadre des CSAPA⁴³, 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.). De mars 2005 à décembre 2007, les CJC ont accueilli environ 70 000 personnes.

Trois ans après la mise en place des CJC, la seconde édition de l'enquête⁴⁴ menée par l'OFDT auprès des professionnels qui reçoivent les consultants fait état de résultats d'observation collectés dans 226 des 274 CJC recensées en 2007 (soit 82 %). Elle fait le point sur l'évolution du public accueilli, à partir d'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 %).

Une fréquentation mensuelle en baisse et une évolution de la structure du public

Le volume global d'activité des CJC a diminué entre mars 2005 et décembre 2007 : le nombre moyen de personnes reçues mensuellement par structure est passé de 20,3 à 16,5⁴⁵. En fait, la part des consommateurs progresse de 70,1 % à 81, % : c'est la part de l'entourage (notamment des parents) qui s'affaïsse notablement (baisse de 10 points).

43. 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).

44. Obradovic, 2006.

45. Source : Système d'information mensuel sur les consultations cannabis (SIMCCA), supprimé en janvier 2008.

Parmi ces consommateurs en plus grande proportion, la part des nouveaux consultants est en nette baisse (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). Autrement dit, si les usagers de produits sont plus fortement représentés dans le public en 2007, il s'agit pour l'essentiel d'habitues, c'est-à-dire de patients réguliers, et non de consultants nouveaux.

Une forte prédominance des hommes, des jeunes majeurs et des justiciables

Comme en 2005, les garçons sont majoritaires (81 % vs 19 % de filles). La majorité des usagers sont âgés de 18 à 25 ans (57 %), tandis que 26 % ont plus de 25 ans⁴⁶ 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 %)⁴⁷. À l'inverse, les garçons, qui sont sur-représentés entre 18 et 25 ans, sont plus fréquemment orientés par la justice (54,8 % vs 20,8 % des filles), surtout parmi 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 : les consultants scolarisés sont majoritaires jusqu'à 20 ans, avec de fortes proportions d'apprentis par rapport à la population générale (41,3 % des consultants à 17 ans, vs 11,4 %), et de fortes proportions de chômeurs parmi les jeunes sortis du système scolaire (15,9 % à 17-19 ans). A 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.

Un renouvellement du public par les orientations judiciaires

L'évolution la plus significative 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.

46. 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).

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

La deuxième variation concerne, corrélativement, le public des 18-25 ans 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 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, % en population générale).

Des consultations polyvalentes quoique fortement centrées sur le cannabis

Le produit motivant la venue en consultation spécialisée est le cannabis dans 92 % des cas (n=2702), 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. 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 deux consultants sur cinq fument du cannabis tous les jours

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 spontanément plus souvent 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.

Profils et motivations d'usage

L'usage quotidien est significativement associé à l'âge des consultants (34 % à 16-17 ans, 37 % à 18-25 ans, 46 % après 25 ans) mais aussi à leurs motivations d'usage. Plus de la moitié des usagers de cannabis 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, sont plus fréquents parmi les usagers quotidiens que parmi les plus occasionnels. À l'inverse, les usages festifs (« pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage ») sont minorés parmi les usagers quotidiens.

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

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 différencient 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 apparemment similaires (15 %). L'usage régulier d'alcool est le fait de 23 % des consultants mais une partie importante du public n'a pas répondu à cette question.

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).

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 (cf. troisième partie du rapport).

Des profils spécifiques de consultants parmi les justiciables

La moitié des consommateurs viennent par la voie judiciaire (48 %), en général du fait d'une mesure alternative aux poursuites (66 %), dont l'exécution entraîne une suspension des poursuites : ces mesures peuvent prendre la forme d'un classement sous condition avec orientation sociosanitaire (33 %), d'une injonction thérapeutique (18 %) ou d'un rappel à la loi (15 %). 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 immédiate⁴⁸.

Le public justiciable comprend 4 fois plus de garçons (91,9 % vs 8,1 % de filles), 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 hommes⁴⁹). L'analyse logistique menée dans la quatrième partie du rapport montre que les justiciables sont plus souvent des jeunes majeurs (âgés de 18 à 25 ans) que des mineurs. Ils sont plus souvent déscolarisés ou sans emploi que scolarisés. Leur consommation de cannabis est plus souvent occasionnelle que régulière ou quotidienne et motivée par une recherche de plaisir et de convivialité plutôt que par la gestion d'un mal-être psychologique. Il est moins probable que ces consultants sous main de justice soient vus par un psychologue et moins encore, par un médecin, et plus vraisemblable qu'ils soient reçus par un éducateur, un infirmier ou un travailleur social. Enfin, les justiciables font, plus souvent que les autres, l'objet d'évaluations limitées à une seule séance, 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.

48. 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.

49. OCRTIS, 2008.

Des critères d'évaluation de la dépendance surdéterminés par la fréquence et l'intensité d'usage

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). Les deux variables orientant 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). Toutefois, 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 1ère séance et la 2ème, 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 2ème séance (25 % sont tempérés en un diagnostic d'usage à risque et 8 % reformulés en un diagnostic de dépendance).

Une sous-utilisation des tests de repérage des usages « problématiques » qui limite la comparabilité des diagnostics et des suivis

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 utilisés sont le CAST (pour 19 % des consultants, surtout vus par un médecin), l'ALAC (12 %), le DETC-CAGE (6 %), le DEPENDO (5 %) et l'ADOSPA (3 %).

L'analyse logistique menée dans la cinquième partie du rapport 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.

Des taux de réussite à la réduction d'usage qui culminent après la 2ème et la 3ème séance...

Parmi les consultants encouragés à revenir après la 1ère visite, 30 % ne sont pas revus, ce qui confirme l'estimation du *drop out* faite en 2005. Parmi les consultants effectivement revenus après la 1ère visite (n=1028), la moitié déclare avoir réduit sa consommation dès le 2ème 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 1ère 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).

C'est parmi les consultants qui viennent pour une 3ème ou une 4ème 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 4ème 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 4ème : à partir de la 5ème, 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).

... Sans toutefois prendre en compte le risque de rechute

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 1ère 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).

Caractéristiques du public qui parvient à réduire sa consommation

L'analyse logistique menée dans la sixième partie du rapport 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. Enfin, la capacité à diminuer est plus nettement associée aux débuts du parcours de consultation (jusqu'à la 3ème séance) et à des usages déclarés auto-thérapeutiques (pour réguler l'anxiété).

Spécificités régionales

La structure des consommateurs par âge et par sexe connaît des variations régionales : 12 régions sur 22 sont caractérisées par des taux de prédominance masculine supérieure à la moyenne nationale (81 %). Par rapport à 2005, on retrouve parmi les régions qui font valoir des proportions de filles plus importantes l'Ile-de-France, la Franche-Comté et le Languedoc-Roussillon.

La structure par âge est également contrastée, entre la jeunesse du public des DOM, à peine majeur (18,4 ans en moyenne) ou celui du Languedoc-Roussillon (19,5 ans) et les consultants accueillis en Alsace ou en région PACA (qui ont en moyenne 25,8 et 25,1 ans).

Dans sept régions (Midi-Pyrénées, Ile-de-France, Aquitaine, Basse-Normandie, Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon), les recours spontanés sont notablement plus élevés que la moyenne nationale (22 %), ce qui peut s'expliquer soit par une prédominance des filles dans le public, soit par une prépondérance des consultants plus âgés, soit par ces deux facteurs (comme en Ile-de-France). À l'inverse, douze régions se distinguent par des parts de consultants orientés par la justice plus élevées que la moyenne nationale (48 %) : l'Auvergne, la Picardie, le Nord-Pas-de-Calais, la région PACA, la Lorraine, la Corse, la Bourgogne, le Limousin, la Champagne-Ardenne, la Haute-Normandie, le Centre et les Pays de la Loire. Ainsi, certaines CJC semblent avoir développé une véritable « spécialisation » dans l'accueil du public sous main de justice : 83 points de consultation reçoivent plus de 50 % de consultants orientés par la justice et 19 reçoivent exclusivement ce public (ce sont en général des micro-consultations recevant moins de 5 usagers par mois).

CONCLUSION

Ainsi, en 2007 comme en 2005, le dispositif est fortement centré sur une clientèle d'usagers de produits (80 %) principalement concernés par le cannabis (92 %). Alors que la polyvalence était explicitement affichée dans les orientations de la circulaire précisant les missions du dispositif⁵⁰, il apparaît la demande effective concerne marginalement les autres pratiques addictives (usage d'alcool, de cocaïne, de psychostimulants ou addictions sans produit : jeux, internet, travail, etc.). Environ 3 % des consultants accueillis évoquent toutefois une polyconsommation associant le cannabis et une autre drogue illicite, le plus souvent l'héroïne ou la cocaïne, en particulier dans le public féminin plus âgé.

En, outre, l'accès aux « consultations jeunes consommateurs » continue de constituer 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 depuis 2005.

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 %) mais leurs profils d'usage de cannabis ne sont pas plus lourds. La différenciation des profils par genre suggère plutôt un questionnement en termes de chances d'accès au dispositif : il semble en effet que le public féminin se distingue par un style de vie exposé au stress où, par ailleurs, les expérimentations de produits illicites sont plus nombreuses et les usages réguliers de substances licites (ou du cannabis) plus courants. Il en résulte que les consommatrices de cannabis qui accèdent effectivement au dispositif sont celles qui font valoir

50. 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).

des usages auto-thérapeutiques, visant à réguler l'anxiété. On peut donc se demander si les filles confrontées à des problèmes d'usage « légers » consultent ailleurs que dans les CJC, si elles ne consultent pas du tout ou si 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 de consommateurs occasionnels.

L'enquête 2007 confirme le taux de rétention important du dispositif (environ 70 %) et apporte des éléments d'explication nouveaux du *drop out* (30 %). Les analyses montrent en effet que ni l'âge, ni la situation actuelle des consultants, ni l'origine de la démarche, ni la fréquence d'usage du cannabis ne sont significativement associés au risque d'abandonner le suivi en cours. Les consultants qui décrochent se distinguent par plusieurs traits : ce sont plus souvent des garçons ; ils expriment plus souvent que les autres une simple demande d'information ou de conseil lors de la première visite. Toutes choses égales par ailleurs, le risque de décrocher est plus important après la première séance qu'après les suivantes. Enfin, le rôle joué par le professionnel accueillant apparaît déterminant : l'édition 2005 de l'enquête avait déjà établi l'influence déterminante de la présence du médecin dans les chances de « garder » le consultant dans le dispositif.

L'enquête a également permis d'engager une réflexion sur les facteurs optimisant les chances de succès des consultants souhaitant réduire leur consommation de cannabis après la première consultation. Si les résultats ne concernent que la probabilité de faire baisser la consommation à court terme, après les deux premières séances, ils offrent tout de même des pistes d'amélioration du dispositif intéressantes. Six variables ont été identifiées comme prédictives d'une réduction de l'usage de cannabis à court terme : **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 3ème 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 3^{ème} consultation que l'enjeu d'un arrêt complet devient plausible.

L'intérêt de cette étude est donc de compléter la description, amorcée en 2005, du public reçu et de la réponse qui lui est offerte, dans une réflexion plus globale sur les pratiques professionnelles. Le questionnement ouvert par l'observation, par exemple, des pratiques de repérage des usages (jugés nocifs ou non), mériterait des explorations ultérieures, dans un contexte où aucun outil de repérage des consommations problématiques ne semble s'imposer : un tiers des consultants sont diagnostiqués sans référence à un test de dépistage connu (32 %) et 20 % le sont avec une grille clinique interne. On relève ainsi que si la difficulté de poser un diagnostic est moindre pour les fréquences d'usage élevées, les critères d'appréciation clinique de l'usage nocif et de la dépendance semblent mouvants : près de deux diagnostics sur dix sont révisés entre la première séance et la deuxième ; les critères d'appréciation de l'« usage nocif » (ou « abus ») semblent particulièrement flous : ils sont remis en cause à la deuxième consultation dans plus de deux tiers des cas (67 %) (25 % sont tempérés en un diagnostic d'usage à risque et 8 % sont reformulés en un diagnostic de dépendance). Partant de ce constat, la nécessité d'étudier la piste d'une généralisation à l'ensemble des CJC de la pratique d'un outil de repérage des consommations problématiques cliniquement validé semble évidente. Actuellement, les médecins semblent couramment recourir au CAST, à l'ADOSPA et au DETC-CAGE, tandis que les psychologues (personnel majoritairement en service dans les CJC) se tournent davantage que les autres professionnels vers des grilles internes.

Il faut toutefois souligner les limites de l'étude. L'interprétation des résultats, qui reposent sur le croisement de données déclaratives (fréquence ou motivations d'usage du cannabis) et de données hétéro-administrées (diagnostic, test utilisé), est exposée au risque d'une dissimulation ou d'une sous-estimation des fréquences, des quantités et des conditions d'usage du cannabis, produit illicite (en particulier chez les consultants sous contrainte judiciaire). En outre, comme on l'a souligné, l'analyse des critères diagnostiques se heurte à la fois à la sous-utilisation des tests de repérage des consommations problématiques et à la dispersion des tests utilisés, qui limitent la comparabilité des résultats. La seconde limite est consubstantielle à l'objectif de l'enquête : décrire une population (et les sous-populations qui la composent) sur la base d'un échantillon limité de cas. Ainsi, toutes les fois où l'on ne s'intéresse qu'à une partie de l'échantillon et qu'on use de variables-filtres, les effectifs qui soutiennent l'analyse s'amenuisent et deviennent parfois trop

faibles pour produire une analyse statistiquement significative. Les analyses présentées sur des sous-populations, parfois peu nombreuses, sont donc à interpréter avec précaution. Enfin, du fait de l'hétérogénéité dans la qualité du remplissage des questionnaires, l'étude de suivi des parcours initialement prévue n'a pu être menée à bien que de façon limitée : les taux de non-réponse en hausse après les premières consultations ont trop souvent obéré les possibilités d'analyse au long cours.

L'enquête apporte néanmoins des éléments essentiels à la réflexion sur les moyens d'améliorer l'accès à une structure de prévention et de soins, généraliste et spécialisée à la fois.

ANNEXES

Questionnaire 2007	159
Nombre de réponses et taux de retour des consultations cannabis par département	163
Liste des tableaux et figures	167
Bibliographie	172
Références législatives et réglementaires	172

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

QUESTIONNAIRE 2007

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis
(reçues entre le 20 mars et le 20 avril 2007 puis suivies jusqu'au 30 juin 2007)

MERCI DE REMPLIR TOUS LES CHAMPS DU QUESTIONNAIRE
PENDANT LA CONSULTATION OU JUSTE APRÈS

Code d'accès au site de l'OFDT (recueil mensuel / SIMCCA)

À retourner avant le 15 juillet 2007 à :
OFDT - 3 avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex

Profil du (ou des) consultant(s) lors de la 1ère visite dans la période du 20 mars au 20 avril
(à remplir même si ce n'est pas la 1ère fois que le consultant est vu)

1. Date de la consultation (jj/mm/aa) : / ___ / ___ / 2007 (entre le 20 mars et le 20 avril)

2. Présents à la consultation : Le consommateur seul
 Le consommateur accompagné d'une ou plusieurs personnes de l'entourage
 Une ou plusieurs personnes de l'entourage (sans le consommateur)

3. Produit principal à l'origine de la consultation : Cannabis Alcool Tabac Autre, précisez :

4. Type de demande : Information / conseil personnalisé Sevrage immédiat
 Aide à l'arrêt de la consommation Autre, précisez : _____
(7 seule réponse possible) Aide à la réduction de la consommation

5. Le consommateur vient : pour la 1ère fois
 pour la 2ème fois
 pour la 3ème fois
 pour la 4ème fois
 pour la 5ème fois
 pour la 6ème fois ou plus
(1 seule réponse possible)

6. Si l'entourage est présent, il s'agit :
(plusieurs réponses possibles)
a. de la mère du consommateur
b. du père du consommateur
c. d'un membre de la fratrie
d. d'un ou d'une ami(e)
e. autre, précisez : _____

Description du consommateur

7. Sexe : masculin féminin

8. Date de naissance (mm/aa) : |__| |__| 19 |__| |__|

9. Situation actuelle :
(plusieurs réponses possibles)
a. Travaille
b. Au chômage
c. Etudiant
d. Lycéen ou collégien
e. En apprentissage
ou en formation alternée
f. Sans activité (ni actif employé,
ni en recherche d'emploi)

10. Situation scolaire (année en cours) :
(1 seule réponse possible)

1	<input type="checkbox"/> CAP
2	<input type="checkbox"/> BEP
3	<input type="checkbox"/> 6ème, 5ème, 4ème ou 3ème
4	<input type="checkbox"/> Seconde
5	<input type="checkbox"/> Première
6	<input type="checkbox"/> Terminale
7	<input type="checkbox"/> 1ère année Bac Pro
8	<input type="checkbox"/> Terminale Bac Pro
9	<input type="checkbox"/> Enseignement supérieur
10	<input type="checkbox"/> Plus scolarisé

11. Origine de la démarche :
(1 seule réponse possible)

<input type="checkbox"/>	Spontanée
<input type="checkbox"/>	Adressé par la justice
<input type="checkbox"/>	Adressé par la famille
<input type="checkbox"/>	Adressé par l'Éducation nationale (dont médecin ou infirmier scolaires)
<input type="checkbox"/>	Adressé par un médecin / professionnel de santé
<input type="checkbox"/>	Autre, précisez : _____

11 bis. Si le consommateur est adressé par la justice, c'est dans le cadre de :

<input type="checkbox"/>	injonction thérapeutique
<input type="checkbox"/>	classement sous condition avec orientation sociosanitaire
<input type="checkbox"/>	rappel à la loi
<input type="checkbox"/>	obligation de soins
<input type="checkbox"/>	autre, précisez : _____

Substances consommées au cours des 30 derniers jours

	0 fois	1 ou 2 fois	Entre 3 et 9 fois	Entre 10 et 19 fois	Entre 20 et 29 fois	Tous les jours
12. Cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
13. Alcool	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

14. Nombre de joints fumés un jour typique de consommation : / ____ /

15. Âge lors de la 1ère consommation de cannabis : / ____ / ans

16. Consommation de cigarettes au cours des 30 derniers jours :

- Aucune
 Moins d'une par jour
 Entre 1 et 5 par jour
 Entre 6 et 10 par jour
 Entre 11 et 20 par jour
 Plus de 20 par jour

17. Âge lors de la 1ère cigarette : / ____ / ans (0 si le sujet n'a jamais fumé)

Autres substances consommées au cours des 12 derniers mois

18a. Ecstasy	1 <input type="checkbox"/> non	2 <input type="checkbox"/> oui	
18b. Cocaïne	1 <input type="checkbox"/> non	2 <input type="checkbox"/> oui	
18c. Poppers	1 <input type="checkbox"/> non	2 <input type="checkbox"/> oui	
18d. Champignons hallucinogènes	1 <input type="checkbox"/> non	2 <input type="checkbox"/> oui	
18e. Médicaments psychotropes	1 <input type="checkbox"/> non	2 <input type="checkbox"/> oui	
18f. Héroïne	1 <input type="checkbox"/> non	2 <input type="checkbox"/> oui	
18g. Autre drogue	1 <input type="checkbox"/> non	2 <input type="checkbox"/> oui	Précisez laquelle : _____

Déroulement de la consultation d'inclusion

19. Le consommateur est vu par :

(plusieurs réponses possibles)

- a Éducateur
 b Infirmier
 c Médecin
 d Psychologue
 e Autre, précisez : _____

20. Évaluation de l'usage de cannabis :

- Usage simple
 Usage à risque
 Usage nocif/abus
 Dépendance

21. Outil utilisé (le plus couramment) :

(plusieurs réponses possibles)

- a Aucun
 b CAST
 c DEP-ADO
 d ADOSPA
 e DETC-CAGE-Cannabis
 f ALAC
 g Autre, précisez : _____

22. Décision prise à l'issue de la consultation :

(1 seule réponse possible)

- 1 Poursuite non nécessaire
 2 Poursuite de l'évaluation au sein de la consultation cannabis
 3 Orientation interne (vers un autre service)
 4 Orientation vers autre structure / professionnel

↳ 22 bis. Si oui, le consommateur a été orienté vers :

(1 seule réponse possible)

- 1 un CSST extérieur
 2 un CCAA extérieur
 3 un psychiatre de ville
 4 un médecin généraliste
 5 un CMP/CMPP
 6 un service social
 7 un service hospitalier en psychiatrie
 8 un psychologue clinicien
 9 un autre type de structure

23. Le consommateur fume du cannabis (principalement) :

(plusieurs réponses possibles)

- a pour lutter contre l'angoisse et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup ?
 b pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage ?
 c par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit ?

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Suivi au-delà de la consultation d'inclusion

Consultation n° 2

24. Date de la consultation n° 2 : / ____ / ____ / 2007

25. Présent(s) à la consultation :
(plusieurs réponses possibles)

- a. le consommateur
- b. la mère du consommateur
- c. le père du consommateur
- d. un membre de la fratrie
- e. un/une ami(e)
- f. autre, précisez : _____

26. Le consommateur est vu par :
(plusieurs réponses possibles)

- a. Éducateur
- b. Infirmier
- c. Médecin
- d. Psychologue
- e. Autre, précisez : _____

27. Évaluation de l'usage de cannabis : *(1 seule réponse possible)*

- 1. Usage simple
- 2. Usage à risque
- 3. Usage nocif / abus
- 4. Dépendance

28. À ce stade du suivi, l'entrée dans la consommation vous semble liée :

- (1 seule réponse possible)*
- 1. à des difficultés personnelles et familiales
 - 2. à des fréquentations particulières
 - 3. les deux
 - 4. ne sait pas pour l'instant

29. Évolution de la consommation depuis la dernière consultation ?

- a Cannabis ↗ ↘ stable
- b Alcool ↗ ↘ stable
- c Tabac ↗ ↘ stable
- d Autres ↗ ↘ stable

29 bis. Précisez quelles autres substances :

30. Décision prise à l'issue de la consultation :

- (1 seule réponse possible)*
- 1. Poursuite non nécessaire
 - 2. Poursuite au sein de la consultation
 - 3. Orientation interne (vers un autre service)
 - 4. Orientation vers autre structure / professionnel

30 bis. Si oui, il s'agit d'une orientation vers :

- (1 seule réponse possible)*
- 1. CSST extérieur
 - 2. CCAA extérieur
 - 3. psychiatre de ville
 - 4. médecin généraliste
 - 5. CMP/CMPP
 - 6. service social
 - 7. service hospitalier en psychiatrie
 - 8. psychologue clinicien
 - 9. autre type de structure

Consultation n° 3

31. Date de la consultation n° 3 : / ____ / ____ / 2007

32. Présent(s) à la consultation :
(plusieurs réponses possibles)

- a. le consommateur
- b. la mère du consommateur
- c. le père du consommateur
- d. un membre de la fratrie
- e. un/une ami(e)
- f. autre, précisez : _____

33. Le consommateur est vu par :
(plusieurs réponses possibles)

- a. Éducateur
- b. Infirmier
- c. Médecin
- d. Psychologue
- e. Autre, précisez : _____

34. Évaluation de l'usage de cannabis : *(1 seule réponse possible)*

- 1. Usage simple
- 2. Usage à risque
- 3. Usage nocif / abus
- 4. Dépendance

35. À ce stade du suivi, l'entrée dans la consommation vous semble liée :

- (1 seule réponse possible)*
- 1. à des difficultés personnelles et familiales
 - 2. à des fréquentations particulières
 - 3. les deux
 - 4. ne sait pas pour l'instant

36. Évolution de la consommation depuis la dernière consultation ?

- a Cannabis ↗ ↘ stable
- b Alcool ↗ ↘ stable
- c Tabac ↗ ↘ stable
- d Autres ↗ ↘ stable

36 bis. Précisez quelles autres substances :

37. Décision prise à l'issue de la consultation :

- (1 seule réponse possible)*
- 1. Poursuite non nécessaire
 - 2. Poursuite au sein de la consultation
 - 3. Orientation interne (vers un autre service)
 - 4. Orientation vers autre structure / professionnel

37 bis. Si oui, il s'agit d'une orientation vers :

- (1 seule réponse possible)*
- 1. CSST extérieur
 - 2. CCAA extérieur
 - 3. psychiatre de ville
 - 4. médecin généraliste
 - 5. CMP/CMPP
 - 6. service social
 - 7. service hospitalier en psychiatrie
 - 8. psychologue clinicien
 - 9. autre type de structure

Consultation n° 4

38. Date de la consultation n° 4 : / / 2007

39. Présent(s) à la consultation :
(plusieurs réponses possibles)

- a) le consommateur
b) la mère du consommateur
c) le père du consommateur
d) un membre de la fratrie
e) un/une ami(e)
f) autre, précisez : _____

40. Le consommateur est vu par :
(plusieurs réponses possibles)

- a) Éducateur
b) Infirmier
c) Médecin
d) Psychologue
e) Autre, précisez : _____

41. Évaluation de l'usage
de cannabis : (1 seule réponse possible)

- Usage simple
 Usage à risque
 Usage nocif / abus
 Dépendance

42. À ce stade du suivi, l'entrée dans la
consommation vous semble liée :

(1 seule réponse possible)

- à des difficultés personnelles et familiales
 à des fréquentations particulières
 les deux
 ne sait pas pour l'instant

43. Évolution de la consommation
depuis la dernière consultation ?

- a Cannabis ↗ ↘ stable
b Alcool ↗ ↘ stable
c Tabac ↗ ↘ stable
d Autres ↗ ↘ stable

43 bis. Précisez quelles autres substances :

44. Décision prise à l'issue de
la consultation :

(1 seule réponse possible)

- Poursuite non nécessaire
 Poursuite au sein de la consultation
 Orientation interne (vers un autre service)
 Orientation vers autre structure /
professionnel

↳ 44 bis. Si oui, il s'agit d'une
orientation vers :

(1 seule réponse possible)

- CSST extérieur
 CCAA extérieur
 psychiatre de ville
 médecin généraliste
 CMP/CMPP
 service social
 service hospitalier en psychiatrie
 psychologue clinicien
 autre type de structure

Consultation n° 5

45. Date de la consultation n° 5 : / / 2007

46. Présent(s) à la consultation :
(plusieurs réponses possibles)

- a) le consommateur
b) la mère du consommateur
c) le père du consommateur
d) un membre de la fratrie
e) un/une ami(e)
f) autre, précisez : _____

47. Le consommateur est vu par :
(plusieurs réponses possibles)

- a) Éducateur
b) Infirmier
c) Médecin
d) Psychologue
e) Autre, précisez : _____

48. Évaluation de l'usage
de cannabis : (1 seule réponse possible)

- Usage simple
 Usage à risque
 Usage nocif / abus
 Dépendance

49. À ce stade du suivi, l'entrée dans la
consommation vous semble liée :

(1 seule réponse possible)

- à des difficultés personnelles et familiales
 à des fréquentations particulières
 les deux
 ne sait pas pour l'instant

50. Évolution de la consommation
depuis la dernière consultation ?

- a Cannabis ↗ ↘ stable
b Alcool ↗ ↘ stable
c Tabac ↗ ↘ stable
d Autres ↗ ↘ stable

50 bis. Précisez quelles autres substances :

51. Décision prise à l'issue de
la consultation :

(1 seule réponse possible)

- Poursuite non nécessaire
 Poursuite au sein de la consultation
 Orientation interne (vers un autre service)
 Orientation vers autre structure /
professionnel

↳ 51 bis. Si oui, il s'agit d'une
orientation vers :

(1 seule réponse possible)

- CSST extérieur
 CCAA extérieur
 psychiatre de ville
 médecin généraliste
 CMP/CMPP
 service social
 service hospitalier en psychiatrie
 psychologue clinicien
 autre type de structure

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs »
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

**NOMBRE DE RÉPONSES ET TAUX DE RETOUR DES CONSULTATIONS CANNABIS
PAR DÉPARTEMENT**

Dép	Nom du département	Lieux de consultation	Nombre total de consultations	Nombre de consultations incluses dans l'enquête
01	Ain	Ambérieu en Bugey, Bellegarde sur Valserine, Bourg-en-Bresse (2), Châtillon sur Chalaronne, Gex, Méximieux, Oyonnax, Saint Maurice de Beynost	9	6
02	Aisne	Laon, Soissons	2	2
03	Allier	Moulins	1	1
04	Alpes-de-Haute-Provence	Digne-les-Bains	1	1
05	Hautes-Alpes	Gap	1	1
06	Alpes-Maritimes	Antibes, Cannes, Cannes/CCAA, Grasse, Nice	5	3
07	Ardèche	Annonay, Aubenas	2	0
08	Ardennes	Charleville-Mézières	1	1
09	Ariège	Foix	1	1
10	Aube	Troyes	1	1
11	Aude	Carcassonne (2), Narbonne	3	3
12	Aveyron	Rodez	1	1
13	Bouches-du-Rhône	Aix-en-Provence, Arles, Marseille (2), Marseille / CSST rattaché au centre hospitalier	5	4
14	Calvados	Caen	1	1
15	Cantal	Aurillac	1	1
16	Charente	Angoulême	1	1
17	Charente-Maritime	La Rochelle, Rochefort, Royan, Saintes, Saint Pierre d'Oliéron	5	5
18	Cher	Bourges, Vierzon	2	2
19	Corrèze	Brive-la-Gaillarde	1	0
20A	Corse-du-Sud	Ajaccio	1	0
20B	Haute-Corse	Bastia	1	1
21	Côte-d'Or	Auxonne, Châtillon-sur-Seine, Dijon, Dijon / CHRU, Semur-en-Auxois	5	3
22	Côtes-d'Armor	Dinan, Lannion, Saint Briec	3	2

Dép	Nom du département	Lieux de consultation	Nombre total de consultations	Nombre de consultations incluses dans l'enquête
23	Creuse	Guéret	1	1
24	Dordogne	Pas de consultation	0	0
25	Doubs	Besançon, Montbéliard	2	2
26	Drôme	Valence (2)	2	2
27	Eure	Evreux	1	1
28	Eure-et-Loire	Chartres, Dreux	2	2
29	Finistère	Brest, Morlaix, Quimper	3	3
30	Gard	Nîmes, Alès	2	1
31	Haute-Garonne	Toulouse (2)	2	2
32	Gers	Auch	1	1
33	Gironde	Bordeaux	1	1
34	Hérault	Béziers, Montpellier (3)	4	4
35	Ille-et-Vilaine	Dinard, Dol de Bretagne, Fougères, Redon, Rennes, Rennes/CSST hospitalier, Saint Malo, Vitré	8	4
36	Indre	Châteauroux	1	1
37	Indre-et-Loire	Tours	1	1
38	Isère	Bourgoin-Jallieu, Grenoble, Voiron	3	2
39	Jura	Dole, Lons-le-Saunier, Saint Claude	3	2
40	Landes	Dax, Mont-de-Marsan	2	2
41	Loir-et-Cher	Blois	1	1
42	Loire	Saint Etienne	1	1
43	Haute-Loire	Le Puy en Velay	1	0
44	Loire-Atlantique	Nantes / service hospitalier d'addictologie, Nantes / Le Triangle, Saint Nazaire	3	2
45	Loiret	Orléans	1	1
46	Lot	Cahors	1	1
47	Lot-et-Garonne	Agen	1	1
48	Lozère	Mende	1	1
49	Maine-et-Loire	Angers (2), Baugé, Beaupreau, Chemillé, Cholet, Saumur, Sègre	8	4
50	Manche	Cherbourg-Octeville, Coutances	2	0
51	Marne	Châlons-en-Champagne, Epernay, Reims	3	3
52	Haute-Marne	Chaumont	1	0
53	Mayenne	Château-Gontier, Laval, Mayenne	3	3

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Dép	Nom du département	Lieux de consultation	Nombre total de consultations	Nombre de consultations incluses dans l'enquête
54	Meurthe-et-Moselle	Jarny, Mont-Saint-Martin/Briey/Villerupt, Nancy	3	2
55	Meuse	Bar-le-Duc, Commercy, Etain, Saint Mihiel, Stenay, Vaucouleurs, Verdun	7	3
56	Morbihan	Lorient, Ploermel, Pontivy, Vannes	4	4
57	Moselle	Forbach, Metz, Sarrebourg, Thionville	4	4
58	Nièvre	Nevers	1	1
59	Nord	Armentières, Bailleul, Cambrai, Faches-Thumesnil, Fourmies, Gravelines, Lille (4), Maubeuge, Roubaix, Templeuve, Valenciennes, Villeneuve d'Ascq	15	14
60	Oise	Clermont de l'Oise	1	1
61	Orne	Alençon, Argentan, Flers, L'Aigle	4	3
62	Pas-de-Calais	Arras, Béthune, Calais, Hénin-Beaumont, Lens, Saint Omer (2)	7	4
63	Puy-de-Dôme	Clermont-Ferrand	1	1
64	Pyrénées-Atlantiques	Bayonne, Pau (2), Saint Jean de Luz	4	4
65	Hautes-Pyrénées	Tarbes	1	1
66	Pyrénées-Orientales	Perpignan	1	1
67	Bas-Rhin	Haguenau, Saverne, Sélestat, Wissembourg / CCAA, Wissembourg / Mission locale	5	3
68	Haut-Rhin	Mulhouse	1	1
69	Rhône	Ecully, Givors, L'Arbresle, Lyon (3), Rillieux-la-Pape, Saint Priest, Villefranche-sur-Saône	9	6
70	Haute-Saône	Vesoul	1	1
71	Saône-et-Loire	Châlon-sur-Saône, Le Creusot, Mâcon, Montceau-les-Mines	4	4
72	Sarthe	Le Mans, La Flèche	2	1
73	Savoie	Albertville, Chambéry	2	0
74	Haute-Savoie	Annecy (2), Annemasse, Sallanches	4	4
75	Paris	9è, 10è (2), 12è, 13è (2), 14è, 17è, 18è	9	9
76	Seine-Maritime	Bolbec, Dieppe, Elbeuf-sur-Seine, Le Havre, Sotteville-lès-Rouen	5	4
77	Seine-et-Marne	Meaux, Melun, Nangis/Provins	3	3

Dép	Nom du département	Lieux de consultation	Nombre total de consultations	Nombre de consultations incluses dans l'enquête
78	Yvelines	Le Chesnay, Mantes-la-Jolie, Rambouillet, Saint Germain-en-Laye, Trappes, Versailles	6	6
79	Deux-Sèvres	Niort	1	1
80	Somme	Amiens	1	1
81	Tarn	Albi, Castres	2	2
82	Tarn-et-Garonne	Montauban	1	0
83	Var	Fréjus, Toulon	2	2
84	Vaucluse	Avignon (2), Carpentras, L'Isle sur la Sorgue, Vaison-la-Romaine/ Bollène	5	5
85	Vendée	Fontenay-le-Comte, la Roche sur Yon, Luçon, Saint Jean de Monts	4	2
86	Vienne	Aucune	0	0
87	Haute-Vienne	Limoges (2)	2	2
88	Vosges	Epinal, Neufchâteau, Saint Dié	3	3
89	Yonne	Auxerre, Sens	2	2
90	Territoire de Belfort	Belfort	1	1
91	Essonne	Arpajon, Etampes, Evry, Massy	4	2
92	Hauts-de-Seine	Boulogne-Billancourt, Bourg-la-Reine, Gennevilliers, Issy-les-Moulineaux, Villeneuve-la-Garenne	5	5
93	Seine-Saint-Denis	Aulnay-sous-Bois, Bobigny, Bondy, Saint-Denis	4	3
94	Val-de-Marne	Créteil, Ivry-sur-Seine, La Queue-en-Brie, La Varenne Saint Hilaire, Villiers-sur-Marne/ Le Plessis Trévisé, Villeneuve-Saint-Georges	6	3
95	Val-d'Oise	Cergy	1	1
971	Guadeloupe	Pointe-à-Pitre	1	1
972	Martinique	Bourg du Robert, Fort de France, Le Lamentin	3	1
973	Guyane	Cayenne	1	1
974	Réunion	Saint Paul	1	0
Total départements			274	214

N.B. : les points de consultation qui n'ont pas répondu ou qui n'ont reçu aucun patient dans la période d'inclusion figurent en italique.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 - Taux de réponse à l'enquête, par région (taux de réponse global = 78 %)	19
Tableau 2 - Répartition des CJC selon le nombre de consommateurs reçus un mois donné - comparaison des sources (% en ligne)	27
Tableau 3 - Distribution des consultants par âge et par sexe	29
Tableau 5 - Produit principal motivant la venue en consultation cannabis	30
Tableau 4 - Répartition des consommateurs reçus en consultation de diagnostic un mois donné par sexe et par classe d'âge (% en colonne)	30
Tableau 6 - Produit motivant la venue en consultation (n = 2938)	31
Tableau 7 - Prévalence des polyconsommations motivant la venue en consultation (n = 2938)	32
Tableau 8 - Statut de consultation selon l'âge moyen et le sexe (% en ligne)	32
Tableau 9 - Statut de l'entourage venu en « consultation jeunes consommateurs » (avec ou sans le consommateur lui-même)	33
Tableau 10 - Produit motivant la venue en CJC parmi les consommateurs venus seuls ou accompagnés, % en ligne	34
Tableau 11 - Circonstances de consultation parmi les consommateurs venus seuls ou accompagnés, % en ligne	35
Tableau 12 - Statut des accompagnateurs selon l'âge des consultants venus accompagnés, % en ligne	37
Tableau 13 - Taux de scolarisation des consultants entre 16 et 25 ans, par rapport à la population générale (en %)	40
Tableau 14 - Situation scolaire ou professionnelle des consultants âgés de 17 ans (% en colonne).	42
Tableau 15 - Situation actuelle des consultants entre 18 et 25 ans, en 2005 et en 2007 (% en colonne)	43
Tableau 16 - Structure socio-professionnelle ou scolaire des consultants selon le sexe et l'âge	43
Tableau 17 - Situation scolaire ou professionnelle des consultants en 2007, par sexe, entre 17 et 25 ans (% en ligne)	44
Tableau 18 - Profil comparé des consultants selon l'âge	45-47
Tableau 19(a) - Produit principal à l'origine de la consultation	48
Tableau 19 (b) - Produits cités, seuls ou en association avec d'autres, comme motifs de consultation	49
Tableau 20 - Nature de la demande exprimée en consultation cannabis selon la fréquence d'usage du cannabis (n = 2777)	52
Tableau 21 - Âge moyen des consultants selon la fréquence d'usage du cannabis dans les trente derniers jours	57
Tableau 22 - Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation, selon la fréquence d'usage de cannabis dans le dernier mois, % en ligne (n = 2938)	60
Tableau 23 - Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation, selon l'âge et la fréquence d'usage de cannabis, en % (n = 2527).	60
Tableau 24 - Nombre de joints fumés un jour de consommation, par tranche d'âge, % en ligne (n = 2554)	61
Tableau 25 - Part d'usagers déclarant fumer au moins 5 joints un jour de consommation, selon la fréquence d'usage de cannabis, en % (n = 2526)	62

Tableau 26- Nombre de joints fumés un jour de consommation, en fonction de la fréquence de l'usage, chez les usagers occasionnels de cannabis (% en colonne).	63
Tableau 27 : Motif d'usage de cannabis par tranche d'âge (n = 2631)	64
Tableau 28 - Sexe et motif et d'usage du cannabis (n = 2591)	64
Tableau 29 - Motif et fréquence d'usage du cannabis (n = 2591)	66
Tableau 30 - Motif et fréquence d'usage du cannabis, par sexe	67
Tableau 31 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis chez les consultants âgés de 15 à 25 ans (n = 1995)	69
Tableau 32 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis (en années), par âge et par sexe (n = 1995 consultants).	69
Tableau 33 - Nombre de cigarettes fumées par jour au cours des 30 derniers jours, selon la fréquence d'usage du cannabis (% en colonne)	73
Tableau 34 - Usage quotidien de tabac dans les 30 derniers jours, par fréquence d'usage du cannabis et par sexe (n = 2037 garçons et 485 filles).	73
Tableau 35 - Nombre de cigarettes fumées au cours des 30 derniers jours parmi les fumeurs quotidiens de tabac, par sexe et par fréquence d'usage du cannabis (% en colonne)	74
Tableau 36 - Âges moyens d'expérimentation du tabac et du cannabis à 17-18 ans (en années), par sexe, dans la population des consultants et dans la population générale	74
Tableau 37 - Fréquence des usages d'alcool au cours des 30 derniers jours, selon la fréquence d'usage du cannabis (% en colonne)	78
Tableau 38 - Usages au cours de l'année d'autres produits illicites suivant le produit motivant la venue en consultation (% en colonne)	78
Tableau 39 - Usage au cours de l'année de drogues illicites autres que le cannabis suivant l'âge des consultants venus pour un problème lié au cannabis, par comparaison avec la population générale (% en colonne)	79
Tableau 40 - Usage d'ecstasy au cours de l'année suivant l'âge des consultants et le produit motivant leur recours aux consultations cannabis (% en ligne)	80
Tableau 41 - Usages de drogues illicites autres que le cannabis au cours de l'année écoulée, à 17 ans, comparaison consultants / population générale	81
Tableau 42 - Usage de cocaïne au cours de l'année suivant l'âge des consultants et le produit motivant leur recours aux consultations cannabis	81
Tableau 43- Modélisation logistique du profil des consultants adressés par la justice (odds ratios ajustés et seuils de significativité).	89
Tableau 44 - Profil comparé des consultants orientés dans le cadre d'une alternative aux poursuites et d'une alternative à l'incarcération	91
Tableau 45- Modélisation logistique du profil des consultants justiciables adressés dans le cadre d'une alternative aux poursuites (référence) vs alternatives à l'emprisonnement (testé)	92
Tableau 46 - Structure des diagnostics, en lien avec les fréquences d'usage déclarées (% en ligne)	96
Tableau 47 : Comparatif des sous-populations d'usagers, selon le diagnostic	99
Tableau 48 - Modélisation logistique du profil des consultants diagnostiqués dépendants vs autres (odds ratios bruts, odds ratios ajustés et seuils de significativité)	101
Tableau 49 - Diagnostic d'usage selon l'âge, le sexe, la fréquence et l'intensité d'usage de cannabis (% en ligne)	103
Tableau 50 - Diagnostic à la 1ère consultation selon la fréquence d'usage du cannabis, % en ligne (n = 1487)	104

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Tableau 51 - Révision du diagnostic d'une séance sur l'autre, % en colonne (n = 626)	105
Tableau 52 - Évolution de la consommation de cannabis après la 1ère séance selon le motif de recours (% en ligne)	111
Tableau 53 - Évolution de la consommation de cannabis parmi les primo-consultants selon l'avancement dans le parcours de consultation (n = 1028), % en colonne	112
Tableau 54 - Évolution de consommation de cannabis entre la 1ère et la 3ème séance en consultation cannabis (en %)	112
Tableau 55 - Évolution des consommations de produits après la 1ère séance, selon l'évolution de l'usage de cannabis (% en ligne)	113
Tableau 56 - Evolution des consommations de produits après la 1ère séance, selon la fréquence d'usage initiale et l'évolution de l'usage de cannabis (% en ligne)	114
Tableau 57 - Modélisation logistique du profil des consultants ayant réduit leur consommation de cannabis après la consultation d'inclusion (odds ratios ajustés et seuils de significativité).	116
Tableau 58 - Nombre moyen de consultations durant la période d'enquête et délai moyen entre 2 consultations, selon le rang de consultation (n = 2905)	117
Tableau 59 - Nombre moyen de consultations durant la période d'enquête et délai moyen entre 2 consultations, selon le diagnostic posé lors de la 1ère consultation	119
Tableau 60 - Nombre moyen de visites ³⁷ selon la modalité de recours à la consultation (n = 2898)	119
Tableau 61 - Répartition des consultants selon le nombre de séances pendant la période d'enquête, par type de recours (% en colonne)	120
Tableau 62 - Type de personnel d'accueil, selon la fréquence d'usage de cannabis du consommateur reçu pour une première consultation, % en ligne (n = 1487)	122
Tableau 63 - Orientation proposée à l'issue de la première consultation, selon le(s) produit(s) principal(aux) à l'origine de la consultation, % en ligne (n = 1504)	123
Tableau 64 - Taux de <i>drop out</i> calculé après la 1ère et la 2ème consultation	125
Tableau 65- Profils comparés des consultants en situation de <i>drop out</i> ou non après la 1ère consultation (n = 1028)	127
Tableau 66 - Modélisation logistique du profil des consultants qui décrochent après la consultation d'inclusion (odds ratios ajustés et seuils de significativité)	129
Tableau 67 - Comparaison des profils de consultants selon l'orientation proposée à l'issue de la première consultation (relations significatives)	131-132
Tableau 68 - Part des consultants dépistés avec un test ou non, selon le professionnel rencontré (% en ligne)	135
Tableau 69 - Type de professionnel rencontré selon l'origine du recours au dispositif (% en ligne)	136
Tableau 70 - Modélisation logistique du profil des consultantes féminines (odds ratios ajustés et seuils de significativité).	139
Tableau 71 Modélisation logistique du profil des consultants mineurs (12 à 17 ans) vs 18 ans et plus (odds ratios ajustés et seuils de significativité)	141
Tableau 72 - Répartition régionale des consultants par sexe et par âge (consommateurs)	143
Tableau 73 - Nombre de réponses et taux de retour des consultations cannabis par département.	163-166

Figure 1 - Nombre et statut de consultation des personnes décrites par le questionnaire (n = 3788)	22
Figure 2 - Structure du public accueilli en consultation entre mars 2005 et décembre 2007	23
Figure 3 - Fréquentation moyenne des consultations cannabis entre mars 2005 et décembre 2007	24
Figure 4 - Estimation du nombre des consommateurs vus pour la première fois, par mois et par structure, en fourchette	25
Figure 5 - Distribution des effectifs de consultants (consommateurs) par âge (n = 2 938)	28
Figure 6 - Statut de l'entourage venu en accompagnement selon l'âge des consommateurs venus accompagnés (n = 604)	36
Figure 7 - Structure socio-professionnelle ou scolaire des consultants selon l'âge	38
Figure 8 - Structure socio-professionnelle ou scolaire des consultants selon le sexe et la classe d'âge	39
Figure 9 - Situation scolaire ajustée (année en cours) des consultants entre 16 et 25 ans (n = 2077)	41
Figure 11 - Nature de la demande exprimée par les consultants (en %)	50
Figure 10 - Fréquence d'usage de cannabis dans le dernier mois (n = 2938)	50
Figure 12 - Nature de la demande exprimée en consultation selon la fréquence d'usage	51
Figure 13 - Répartition des consommateurs reçus en consultation par type d'usage et par sexe.	53
Figure 14 - Part d'usagers réguliers ou quotidiens de cannabis par sexe et par tranche d'âge	54
et par tranche d'âge	55
Figure 15 - Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation, par sexe... et par tranche d'âge	55
Figure 15 bis - Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation, par sex... et par fréquence d'usage dans le dernier mois	55
Figure 16 - Nombre moyen de joints fumés un jour typique de consommation, par sexe et par fréquence d'usage du cannabis	56
Figure 17 - Fréquence d'usage du cannabis par tranche d'âge parmi les consultants reçus un mois donné	58
Figure 18 - Part d'usagers quotidiens de cannabis dans le public entre 15 et 25 ans	59
Figure 19 - Motif d'usage selon le sexe et l'âge (n = 2631)	65
Figure 20 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis selon l'âge des consommateurs à la date de consultation et la fréquence d'usage actuelle.	70
Figure 21 - Part de consultants ayant expérimenté le cannabis avant l'âge de 14 ans, par classe d'âge et par fréquence d'usage actuelle	71
Figure 22 - Âges d'expérimentation moyens du cannabis et du tabac, par classe d'âge et par sexe	75
Figure 23 - Part des répondants ayant expérimenté le tabac avant l'âge de 13 ans, par classe d'âge et selon la fréquence d'usage du cannabis	76
Figure 24 - Usage régulier d'alcool (au moins 10 épisodes de consommation dans les trente derniers jours) par fréquence d'usage du cannabis parmi les consultants répondants	77

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Figure 25 - Modalités de recours à la consultation parmi les consommateurs venus en consultation, par sexe (n = 2898)	84
Figure 26 - Modalités de recours à la consultation par tranche d'âge (n = 2897)	85
Figure 27 : Modalités de recours à la consultation parmi les consommateurs venus en consultation, par sexe et par classe d'âge (n = 2898)	86
Figure 28 - Structure des recours judiciaires (en %)	87
Figure 29 - Structure des mesures judiciaires à l'origine d'une orientation en consultation cannabis, par classe d'âge et par sexe (en %)	88
Figure 30 - Part d'usagers faisant l'objet d'un diagnostic de consommation « simple », « à risque », « nocive » ou d'un diagnostic de dépendance, selon le motif de recours à la consultation (n = 2570)	94
Figure 31 - Structure du public reçu un mois donné selon le diagnostic d'usage, par sexe (n = 2726)	95
Figure 32- Structure de la file active, selon le rang de consultation (n = 2694)	96
Figure 33 - Structure du public, selon l'âge, le sexe et le diagnostic d'usage	98
Figure 34 - Diagnostic d'usage selon l'âge moyen d'expérimentation du cannabis et l'âge actuel des consommateurs	105
Figure 35 - Profil du public reçu un mois donné (n = 2872)	106
Figure 36- Origine de la démarche des nouveaux consultants reçus un mois donné, par tranche d'âge, en % (n = 1510)	107
Figure 37 - Diagnostic d'usage selon le rang de consultation	108
Figure 38 - Décision prise à l'issue de la consultation d'inclusion, en fonction du diagnostic d'usage	109
Figure 39 :- Évolution de la consommation de cannabis selon le stade de consultation (en %) (n = 1387)	110
Figure 40 - Nombre de séances individuelles de consultation sur une période de 15 semaines, selon le diagnostic d'usage à la 1ère consultation (n = 1416)	118
Figure 41 : Part de consultants reçus par profil de professionnel accueillant (pour une 1ère consultation)	121
Figure 42 - Suite donnée à la première consultation, selon le diagnostic d'usage (n = 1399)	122
Figure 43 - Part de consultants dépistés avec les outils de repérage courants	133
Figure 44 - Structure régionale des modalités de recours aux consultations de diagnostic (% en ligne)	145

BIBLIOGRAPHIE

- Aliaga (C.), « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *INSEE Première*, n°869, Paris, octobre 2002.
- Barré (M.-D.), « Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts », *Déviante et Société*, 1996, 20, 4, p.299-315.
- Beck (F.), Guilbert (P.), Gautier (A.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, INPES, 2007, 593 p.
- Beck (F.), Legleye (S.), Spilka (S.), *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : ESCAPAD 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p. (<http://www.ofdt.fr/ofdt-dev/live/ofdt/publi/rapports/rap04/epfxfbka.html>)
- 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.
- Obradovic (I.), « Consultations cannabis ». *Enquête sur les personnes accueillies en 2005*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 109 p.
- Obradovic (I.), « Les usagers des consultations cannabis en 2005 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°33, 2007.
- Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2007*, 2008, 119 p.
- 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.
- Setbon (M.), « Drogue facteur de délinquance ? D'une image à son usage », *Revue Française de Science Politique*, 1995, 45, 5, p.747-774.

REFERENCES LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

- 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).
- 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).

**Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs»
(2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge**

Citation recommandée

OBRADOVIC (I.), *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, Saint-Denis, OFDT, 2009, 173 p.

**Observatoire français
des drogues et des toxicomanies**

3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La plaine Cedex
Tel : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
Courriel : ofdt@ofdt.fr

Site Internet : www.ofdt.fr

Depuis son lancement fin 2004, le dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (CJC) propose un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives et à leurs familles : de mars 2005 à décembre 2007, 45 000 usagers de produits et 26 000 personnes de leur entourage ont été accueillis.

Après une 1ère enquête nationale menée en 2005, l'Observatoire des drogues et des toxicomanies a renouvelé ses investigations pour caractériser le public reçu, par type d'usage et par filière de recrutement (recours spontané, orientation judiciaire ou autre), la réponse qui lui est offerte et les parcours individuels au sein du dispositif. L'enquête propose une analyse des facteurs prédictifs du *drop out* mais aussi des conditions de réussite, à court terme, des tentatives de réduire le niveau d'usage. Elle souligne en outre les disparités dans les pratiques professionnelles de prise en charge et de repérage des usages nocifs et de la dépendance. Ce bilan de trois ans d'activité offre ainsi des perspectives de réflexion sur la différenciation des profils d'usage et de suivi du public en fonction des canaux de recrutement, en soulignant notamment la prépondérance des consultants orientés par la justice, majoritairement usagers occasionnels de cannabis.