

Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs »

Ivana
Obradovic

La consommation de substances psychoactives chez les jeunes constitue un enjeu de santé publique important [1]. Pour y faire face, une offre de « consultations jeunes consommateurs » (CJC) a été développée en 2004, après un doublement des niveaux d'usage du cannabis au cours de la décennie 1990. Mis en place par le ministère de la Santé et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA¹), ce dispositif s'adressait à l'origine aux plus jeunes usagers et à leurs familles, souvent réticents à consulter dans un centre de soins aux toxicomanes.

Dix ans après la mise en place des CJC, afin de faire le point sur leur activité et repérer les tendances d'évolution du public, l'OFDT a mené en 2014 une nouvelle enquête nationale auprès des intervenants des CJC, avec le soutien financier de la Fédération Addiction. Il s'agit de la troisième enquête de ce type, après celles de 2005 [2] et de 2007 [3]. Réalisée entre mars et juin 2014, elle a permis d'inclure près de 5 000 consommateurs de produits et 1 600 personnes de l'entourage, vues en entretien dans une CJC.

Cette étude se prolongera en 2015 sous la forme d'une seconde vague d'enquête, menée entre avril et juin, qui permettra d'appréhender les retombées de la campagne de communication sur les CJC,

La troisième édition de l'enquête menée en 2014 permet d'analyser l'offre de CJC en France et le public reçu.



lancée par l'Inpes en début d'année afin de mieux faire connaître ces consultations gratuites de proximité auprès du grand public. Cette campagne, combinant spots télé, brochures d'information et supports de communication², répond à l'objectif du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 de « valoriser et renforcer les consultations jeunes consommateurs ».

Ce numéro de *Tendances* présente donc les résultats de la première vague d'enquête (2014), qui témoigne de l'activité soutenue des CJC, de la place persistante des personnes sous main de justice dans la file active et d'une précarisation socio-économique du public reçu.

■ L'offre et le recrutement

Une offre diversifiée

Selon l'état des lieux préalable réalisé par l'OFDT, en 2014, environ 260 structures³ gèrent une activité de CJC en métropole et outre-mer. Plus de la moitié de ces CJC actives sont rattachées à un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) associatif (54 %), tandis que 46 % relèvent du secteur hospitalier (CSAPA hospitalier ou consultation hospitalière).

Depuis son lancement fin 2004, le dispositif des CJC propose un accompagnement aux jeunes usagers de substances psychoactives et à leurs familles [4]. D'abord bénéficiaires de financements spécifiques, accordés en 2005, les CJC constituent, depuis la circulaire de 2008 [5], une mission facultative des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). L'activité de CJC a 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. Les CJC s'adressent en priorité aux jeunes mais doivent accueillir tous les publics (patients plus âgés ou entourage) et prendre en compte tous les comportements relevant de l'addictologie : usages de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne ou de psychostimulants mais aussi de jeux vidéo, d'Internet, etc.

1. La MILDT de l'époque (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), devenue MILDECA en mars 2014.

2. La campagne a été menée du 12 janvier au 8 février 2015, en métropole et dans les DOM. Un logo et une charte graphique ont été mis à la disposition des CJC en guise d'appui à la communication (<http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/002-cjc.asp>).

3. Les structures sont entendues au sens des établissements médico-sociaux ou hospitaliers gérant une activité de CJC, et non pas des personnes morales gestionnaires. Une structure peut néanmoins correspondre à plusieurs points de consultation.

On compte aujourd'hui 540 points de consultation au plan national (contre moins de 300 dans les premières années d'activité du dispositif), répartis sur plus de 420 communes, sous des formes diverses : CJC installée dans les locaux du CSAPA, au sein d'un service hospitalier ou même « hors les murs ». À l'image du temps de personnel dédié à la CJC et de leur fréquence très variable d'ouverture (qui peut aller d'une permanence hebdomadaire de trois heures le mercredi à une accessibilité six jours par semaine), l'activité de ces antennes de consultation est fort disparate. Ainsi, la majorité des CJC réalisent moins de 10 consultations individuelles par mois. À l'inverse, 4 % des structures (parmi les plus importantes en taille) font état d'une activité de plus de 25 consultations par mois.

Le cadre de la prise en charge proposée dans les CJC s'est diversifié depuis leur création. Si la plupart des consultations ont toujours lieu dans les locaux du CSAPA (79 % vs 6 % dans une consultation hospitalière), un nombre grandissant de structures ont ouvert des points de consultation avancée⁴, qui représentent désormais 15 % du volume des consultations. Il s'agit le plus souvent de consultations avancées en milieu scolaire (4 % de l'activité globale), mais la CJC peut aussi être hébergée dans une Maison de l'adolescent, un Point accueil écoute jeunes (PAEJ) ou d'autres types d'établissements en lien avec les jeunes (centre de formation, centre socio-culturel, mission locale...). Les structures recevant un public sous main de justice apparaissent également comme des lieux fréquents de consultation avancée : foyer de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), tribunal ou établissement pénitentiaire.

Des consultations polyvalentes, à 80 % en lien avec le cannabis

Au cours des deux premières années d'activité, les CJC ont accueilli environ 35 000 personnes par an. En 2014, les CJC ont reçu environ 30 000 personnes par an. Les trois quarts du public se composent de consommateurs de produits (23 000 par an), contre un quart de personnes de l'entourage d'un consommateur (7 000).

La majorité du public accueilli consulte pour une consommation de produits psychoactifs (95 %) : 80 % des consultants citent un seul produit posant problème (en général le cannabis), 11 % en citent plusieurs et 8 % mentionnent une addiction comportementale, dont la moitié avec un usage de produit associé. Moins de 1 % des consultants viennent solliciter une simple écoute, sans lien avec un produit ou un trouble comportemental.

Dans la grande majorité des cas, le produit motivant le recours à la CJC est le canna-

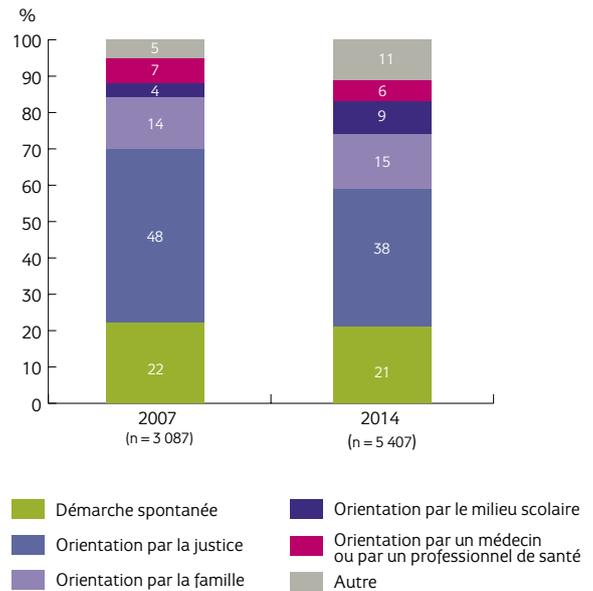
bis (80 %), loin devant l'alcool (14 %), le tabac (6 %), l'héroïne (3 %), la cocaïne (2 %) et les stimulants (MDMA/ecstasy, amphétamines ou speed) (1 %). Les autres produits représentent moins de 1 % des recours (médicaments psychotropes, dont benzodiazépines, LSD, nouveaux produits de synthèse...). Lorsque le motif de recours n'est pas lié à un produit mais à une « autre conduite addictive », il s'agit le plus souvent des jeux vidéo (6 %), d'Internet (2 %) ou des désordres alimentaires (1 %), parmi une grande variété de comportements représentant chacun moins de 1 %⁵. Les demandes motivées par un trouble du comportement viennent deux fois plus souvent de l'entourage que des jeunes eux-mêmes. Elles concernent surtout les pratiques d'écrans : environ 12 % des consultations sollicitées par des parents d'adolescents concernent les seuls jeux vidéo.

Des vecteurs de recrutement diversifiés

La démarche de consulter peut être, ou non, volontaire. Comme en 2007, l'activité de consultation est majoritairement formée de recours contraints (voir figure 1). Ainsi, en 2014, près de 40 % de l'activité de consultation est alimentée par les orientations judiciaires, première source de recrutement des CJC (10 points de moins qu'en 2007). À elles deux, les démarches spontanées (21 %) et les orientations par la famille (15 %) représentent l'équivalent des orientations judiciaires en volume de consultations. Leurs parts respectives ont peu évolué depuis 2007. Au 4^e rang, les orientations par le milieu scolaire comptent pour 9 % de l'activité de consultation, deux fois plus qu'en 2007. Cette progression des orientations en CJC par l'Éducation nationale s'explique essentiellement par la multiplication des consultations avancées en milieu scolaire. Enfin, les autres filières de recrutement du public regroupent moins de 5 % des demandes : orientation par le milieu socio-éducatif (prévention spécialisée, assistant(e) social(e)...), par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), par un professionnel de santé (à l'hôpital ou en médecine de ville), etc.

Ces filières de recrutement sont logiquement associées à des profils bien différenciés (voir tableau 1, page 3). Ainsi,

Figure 1 - Évolution des vecteurs de recrutement entre 2007 et 2014



Source : enquêtes CJC 2007 et 2014, OFDT

84 % des consultants orientés par la justice viennent seuls, vs 66 % de ceux qui viennent spontanément et 52 % de ceux qui ont été orientés par la famille.

■ Le public reçu

Place toujours prédominante des jeunes hommes orientés par la justice

Parmi les consultants venus en leur nom propre, accompagnés ou non (n = 4 958), les hommes sont très largement majoritaires (81 % vs 19 % de femmes), malgré des disparités territoriales (forte proportion de femmes, supérieure à 25 % dans le Languedoc-Roussillon, en Franche-Comté ou dans le Limousin, qui reflète dans certaines de ces régions une plus forte présence féminine parmi les usagers). Le public reçu comprend surtout des jeunes consommateurs : neuf usagers sur dix ont moins de 26 ans vs 51 % de 18-25 ans et 39 % de mineurs⁶ (voir encadré page 5). L'âge moyen en CJC, qui ne diffère pas selon

4. La notion de consultation avancée est introduite par la circulaire de 2008 [5], qui précise que, en tant qu'établissements médico-sociaux, les CSAPA se caractérisent par leur proximité : « le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes, soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées ».

5. Addictions au sexe, à la pornographie, aux achats compulsifs, aux sports extrêmes, à la musculation, à la scarification...

6. Les critères d'inclusion dans la CJC, liés à l'âge, au produit, au comportement ou au type d'usage, posent question depuis le début du dispositif. Ainsi, près de la moitié des CJC n'ont pas délimité de critère d'âge spécifique. Contrairement aux enquêtes précédentes, certaines structures ont indiqué qu'elles privilégieraient, dans l'enquête CJC 2014, le public âgé de moins de 25 ans dans le remplissage des questionnaires, ce qui explique la proportion moindre de publics au-delà de 25 ans dans cette enquête (10 % en 2014 vs 26 % en 2007).

le sexe, est de 20,1 ans. La moitié des consommateurs reçus en CJC ont moins de 19 ans. Le plus jeune est âgé de 11 ans et le plus âgé de 65 ans. La classe d'âge la plus représentée est celle des 16-18 ans, qui regroupe deux consultants sur cinq.

Les jeunes adultes (18-25 ans) se caractérisent par une forte présence masculine (sex ratio de 4,9 à 18-25 ans *vs* 3,4 avant 18 ans et 4,0 après 25 ans). Comme l'ont montré les enquêtes précédentes, cette prédominance s'explique par les orientations judiciaires, qui concernent trois fois plus les hommes (45 % *vs* 16 % des femmes, voir figure 2) et constituent, de loin, le premier vecteur de recrutement masculin parmi les majeurs (54 % à 18-25 ans et 57 % après 25 ans *vs* 29 % avant 18 ans). À l'inverse, les femmes consultent deux fois plus souvent de façon spontanée (28 % *vs* 14 %), surtout parmi les plus âgées et, parmi les plus jeunes, à la suite d'une orientation par le milieu scolaire (15 % *vs* 8 %)⁷.

Plus généralement, parmi les hommes reçus en CJC, qu'ils soient ou non orientés par la justice, 70 % ont déjà été interpellés pour usage ou détention de stupéfiants (*vs* 37 % des femmes), ce qui témoigne de la surreprésentation, au sein du dispositif, des usagers les plus visibles (usagers de cannabis dans l'espace public en particulier).

Des profils marqués par une fragilité socio-économique

La situation socioprofessionnelle du public est différenciée selon l'âge mais elle révèle, dans tous les cas, une part importante de personnes dont le parcours est marqué par des difficultés d'insertion, voire par la précarité. Jusqu'à 18 ans, les consultants scolarisés ou en cours d'études sont majoritaires (près de 90 %), surtout parmi les filles (92 % *vs* 87 % parmi les garçons), avec de fortes proportions d'apprentis par rapport à la population générale (14 % des consultants entre 16 et 25 ans *vs* 5 %). Parmi les quelque 10 % de mineurs sortis du système scolaire, la moitié ont quitté l'école avant 16 ans, plus souvent parmi les filles (55 % *vs* 47 %).

Parmi les jeunes adultes (18-25 ans), qui se caractérisent par un faible niveau d'études (40 % n'ayant aucun diplôme ou un niveau brevet), la part des chômeurs et des inactifs est très élevée (43 %). Un jeune adulte sur cinq reçu en CJC n'a ni formation ni emploi. Les actifs occupés sont eux-mêmes à 40 % titulaires d'un contrat de travail précaire (CDD, intérim, chèque emploi-service ou aucun contrat).

Au-delà de 25 ans, la plupart des consultants sont chômeurs ou inactifs (54 %),

Tableau 1 - Types de consultants et origine de la demande (% en ligne)

	Consommateur venu seul (n = 3 878)	Consommateur venu accompagné (n = 1 139)	Entourage venu seul (n = 390)
Orientation par la justice	84	16	< 1
Démarche spontanée	66	13	21
Orientation par la famille	52	43	5
Orientation par le milieu scolaire ou par un centre de formation	76	19	5
Orientation par le milieu socio-éducatif (prévention spécialisée, aide sociale à l'enfance, travailleur social...)	64	30	6
Orientation par la PJJ	72	26	2
Orientation par un professionnel hospitalier (médecin, infirmier, psychiatre, urgences...)	74	20	6
Orientation par un médecin de ville (médecin généraliste ou spécialiste)	75	20	5
Orientation par une structure d'insertion (Mission locale, chantier d'insertion...)	74	20	6
Orientation par un(e) ami(e) ou parent d'ami(e)	69	20	11
Orientation par une structure accueillant des jeunes (MDA, PAEJ, PIJ*, Espace santé jeunes)	60	13	27
Orientation par un médecin du travail	90	10	-
Orientation par un foyer ou un centre d'hébergement	88	12	-
Orientation par une ligne d'écoute et de soutien (Écoute cannabis, Drogues info service, Fil santé jeunes...)	33	17	50
Orientation par un centre médico-psychologique (CMP) ou médico-psychopédagogique (CMPP)	75	-	25
Orientation par le milieu professionnel, ESAT**	50	25	25
Orientation par une structure de soins spécialisés ou de réadaptation (centre de rééducation, institut médico-éducatif...)	100	-	-
Autre (avocat, établissement pénitentiaire...)	100	-	-

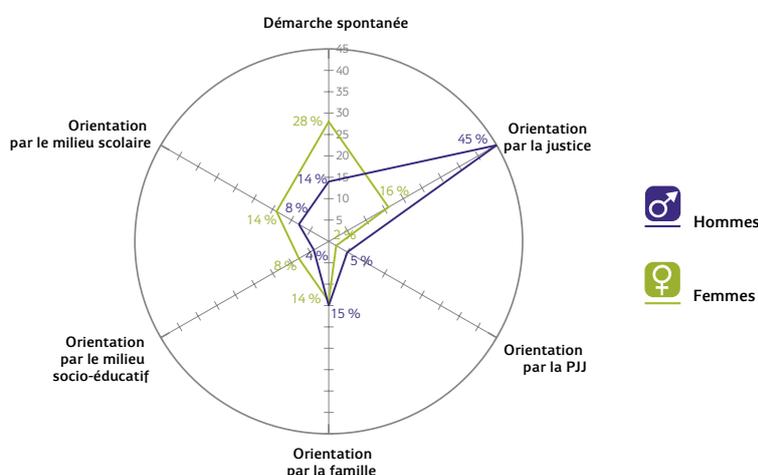
* MDA : Maison des adolescents ; PAEJ : Point accueil écoute jeunes ; PIJ : Point information jeunesse.

** Établissement et service d'aide par le travail (Ésat), anciennement centre d'aide par le travail (CAT).

Exemple de lecture : 84 % des consultants orientés par la justice sont venus seuls, 16 % accompagnés et moins de 1 % n'étaient pas des consommateurs mais des personnes de leur entourage.

Source : enquête CJC 2014, OFDT

Figure 2 - Origine de la démarche selon le sexe



Source : enquête CJC 2014, OFDT

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

44 % exercent une activité professionnelle (le plus souvent en CDI) et 2 % poursuivent toujours des études.

La précarité socio-économique du public majeur est nettement plus marquée qu'en 2007 (voir figure 3). Elle touche tout particulièrement les hommes (dont un tiers a un niveau de diplôme équivalent au maximum au brevet des collèges et 70 % inférieur au bac *vs* 55 % des femmes), notamment lorsqu'ils sont orientés par la justice. Parmi les consultants sous main de justice, la part des chômeurs avoisine 45 % (*vs* 39 % parmi les consultants venus spontanément).

Une demande variable selon l'âge et le sexe

Comme la démarche de consulter, la nature de la demande varie fortement selon l'âge. Les demandes motivées par plusieurs produits augmentent avec l'âge : elles représentent 15 % après 25 ans et concernent surtout des usages conjoints de cannabis et d'alcool (voir tableau 2). À l'inverse, les recours pour une addiction sans produit sont plus fréquents parmi les mineurs (6 % des recours), qui viennent souvent accompagnés des parents pour ce type de consultation, principalement en lien avec un usage d'écrans (jeux vidéo, Internet...).

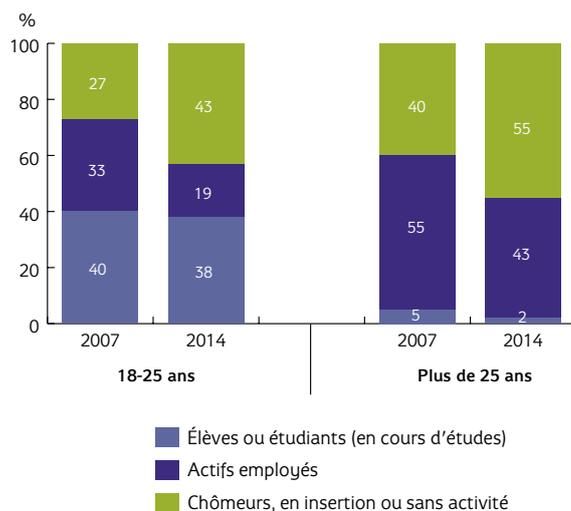
La demande varie également selon le genre [6]. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à citer plusieurs produits (16 % *vs* 10 %) ou

une addiction comportementale (6 % *vs* 4 %) comme motif de consultation. Quel que soit le genre, le cannabis reste de loin le produit le plus évoqué mais le tabac, la cocaïne et les stimulants (MDMA/ecstasy, amphétamines, speed) le sont nettement plus par les femmes. Au sein des addictions sans produit, les garçons semblent, comme en population générale, davantage touchés par les usages problématiques d'écrans [7] (près de 10 % des recours masculins parmi les mineurs), alors que les jeunes filles consultent pour des troubles du comportement alimentaire, surtout entre 18 et 25 ans (6 % des recours féminins dans cette classe d'âge).

Un consultant sur deux usager de tabac, alcool et cannabis

Plus de la moitié du public déclare avoir consommé tabac, alcool et cannabis au cours du dernier mois (52 %). La quasi-totalité des consultants fument du tabac, au moins occasionnellement (80 % tous les jours et 9 % de temps

Figure 3 - Évolution de la situation socio-économique des majeurs reçus en CJC entre 2007 et 2014



Source : enquêtes CJC 2007 et 2014, OFDT

en temps), et sept sur dix déclarent un usage récent⁸ d'alcool et/ou de cannabis (la moitié étant fumeurs réguliers⁹). Les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis culminent parmi les jeunes majeurs et les hommes (voir tableau 3, page 5).

La population reçue en CJC rapporte nettement plus de consommations à risque que la population générale [8]. Entre 18 et 25 ans, par exemple, 53 % des consultants déclarent avoir connu une alcoolisation ponctuelle importante (API)¹⁰ dans les 30 derniers jours (*vs* 32 % en population générale) et 28 % indiquent consommer jusqu'à l'ivresse à chaque fois qu'ils boivent de l'alcool. Par ailleurs, 52 % rapportent un usage régulier de cannabis¹¹ (*vs* 9 % en population générale). Enfin, les fréquences d'expérimentation (au moins une fois dans la vie) de toutes les drogues illicites s'avèrent beaucoup plus élevées qu'en population générale au même âge : cocaïne (26 % *vs* 7 %), MDMA/ecstasy (23 % *vs* 7 %), amphétamines (18 % *vs* 3 %), champignons hallucinogènes (16 % *vs* 7 %), héroïne (11 % *vs* 1 %). A contrario des observations en population générale [6], les femmes s'avèrent, pour certains produits, plus expérimentatrices que les hommes : au sein du public des CJC, 26 % d'entre elles ont déjà consommé de la cocaïne (*vs* 18 % des hommes) et 23 % de la MDMA/ecstasy (*vs* 17 % des hommes). La diffusion des substances psychoactives illicites autres que le cannabis est large, en particulier auprès des femmes et des plus de 25 ans (voir tableau 3, page 5).

Tableau 2 - Motifs de recours les plus fréquents suivant l'âge et le sexe

	Ensemble n = 4 958	Mineurs n = 1 946	18-25 ans n = 2 527	Plus de 25 ans n = 485	Hommes n = 3 998	Femmes n = 960
Motif de consultation (produit ou comportement)						
Un seul produit	80	80	80	78	81	74
Plusieurs produits	11	9	12	15	10	16
Addiction comportementale sans produit	4	6	3	4	4	6
Produit(s) + addiction(s) comportementale(s)	4	4	5	3	4	3
Ni produit ni addiction comportementale	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	1
Produit ou comportement cité						
Cannabis	81	84	78	80	83	71
Alcool	14	8	17	16	13	15
Tabac	6	8	5	5	5	11
Cocaïne	2	< 1	4	3	2	5
MDMA/ecstasy, amphétamines, speed	1	< 1	2	< 1	< 1	3
Écrans (jeux vidéo + Internet ou réseaux sociaux)	6	8	5	3	7	2
Troubles du comportement alimentaire (TCA)	1	< 1	1	1	< 1	5

N.B. : La somme des pourcentages excède 100 % car plusieurs motifs de recours pouvaient être cités. Les motifs « autres », fort divers, n'apparaissent pas dans ce tableau.

Source : enquête CJC 2014, OFDT

8. Au moins une consommation dans le dernier mois.

9. Au moins dix usages dans le dernier mois.

10. Au moins cinq verres d'alcool consommés en une seule occasion.

11. Au moins dix usages de cannabis dans le dernier mois.

Hétérogénéité des profils de « consultants cannabis »

Largement majoritaires, les consultants reçus au titre du seul cannabis (à l'exclusion de tout autre produit ou addiction) représentent près de 70 % de l'ensemble des recours. Il s'agit surtout d'hommes (84 %), fréquemment des jeunes majeurs (49 %), le plus souvent usagers quotidiens de cannabis depuis plusieurs années. Une partie importante de ce public comprend, en outre, des personnes sous main de justice (46 %), les recours spontanés étant peu fréquents dans cette population (13 %). Les consultants reçus au titre du seul cannabis se distinguent en outre par des proportions importantes de jeunes en cours d'études ou au chômage (seulement 10 % d'actifs en situation d'emploi parmi les moins de 26 ans) ou dotés d'un faible niveau de diplôme (46 % des 18-25 ans n'ayant aucun diplôme, sinon le brevet). L'analyse approfondie des consultants reçus pour une problématique liée au cannabis révèle cependant de fortes disparités de profil.

Les motivations d'usage majoritairement déclarées par ces consultants sont centrées sur la « recherche de plaisir et de convivialité » (60 %) (voir tableau 4), d'autant plus fréquente que les consultants sont jeunes et leurs usages occasionnels. La motivation du « plaisir » s'accompagne très souvent d'un ou de plusieurs autres motifs. Elle s'avère beaucoup moins courante, cependant, parmi les usagers quotidiens, qui déclarent deux fois plus souvent que les autres des motifs auto-thérapeutiques, consistant à consommer du cannabis pour « lutter contre l'anxiété et le stress » ou pour « mieux dormir » (près de 60 % d'entre eux). Ces intentions auto-thérapeutiques sont également sur-représentées dans le public féminin. Les motivations d'usage apparaissent ainsi corrélées à l'âge, au sexe, à la fréquence d'usage mais aussi à l'intensité des consommations : 45 % des

Tableau 3 - Produits les plus consommés parmi les consultants, en %

	Ensemble	Mineurs	18-25 ans	Plus de 25 ans	Hommes	Femmes
<i>Effectifs</i>	n = 4 958	n = 1 946	n = 2 527	n = 485	n = 3 998	n = 960
Prévalences d'usage dans le mois						
Tabac	89	86	91	89	89	88
Cannabis	71	71	73	66	72	70
Alcool	71	65	76	64	71	67
Alcoolisation ponctuelle importante (au moins 5 verres en une occasion)	48	42	53	42	49	43
Prévalences d'usage au cours de la vie						
Cocaïne	19	7	26	35	18	26
MDMA/ecstasy	18	9	23	31	17	23
Médicaments psychotropes	16	8	20	28	14	25
Amphétamines, speed	13	6	18	23	13	16
Champignons hallucinogènes	12	6	16	19	12	12
Héroïne	8	1	11	18	7	10

Source : enquête CJC 2014, OFDT

Tableau 4 - Motivations d'usage du cannabis selon l'âge et le sexe, en %

	Ensemble	Mineurs	18-25 ans	Plus de 25 ans	Hommes	Femmes
<i>Effectifs</i>	n = 4 958	n = 1 946	n = 2 527	n = 485	n = 3 998	n = 960
Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage	60	68	56	43	61	56
Pour passer le temps	35	35	35	31	35	31
Pour lutter contre l'anxiété et le stress	46	40	48	56	43	60
Pour mieux dormir	39	78	15	47	39	42
En raison d'une dépendance au produit	27	19	32	37	26	33

N.B. : La somme des pourcentages excède 100 % car plusieurs motifs de recours pouvaient être cités.

Source : enquête CJC 2014, OFDT

usages auto-thérapeutiques sont associés à la consommation d'au moins 5 joints, un jour typique de consommation (vs 31 % des usages motivés par une recherche de convivialité).

Le public des consultants reçus au titre du cannabis se caractérise en outre par une initiation précoce au produit. Ainsi, les usagers quotidiens de cannabis de moins

de 18 ans (soit 41 % des consultants mineurs) ont en moyenne débuté leur usage à 13,4 ans. Les deux tiers d'entre eux ont commencé à fumer tous les jours avant 16 ans. Ce public inclut également des proportions importantes d'usagers intensifs : près de 40 % déclarent fumer au moins 5 joints lors d'une occasion typique de consommation (22 % parmi les usagers occasionnels, 28 % parmi les réguliers, 53 % parmi les quotidiens). La diversité des modes de consommation caractérise une partie de ces usagers. Ainsi, 5 % rapportent avoir « assez souvent » ou « très souvent » consommé du cannabis sous forme de bang ou de chicha¹². Ces formes récentes d'usage restent toutefois minoritaires et circonscrites aux plus jeunes générations : l'usage de cannabis sous forme de bang ou de chicha concerne 7 % des consultants mineurs vs 5 % des 18-25 ans et seulement 1 % au-delà de 25 ans. A contrario, l'expérimentation d'autres drogues illicites est fréquente : MDMA/ecstasy (18 %), cocaïne (17 %), médicaments psychotropes

12. Le bang (ou pipe à eau, douille, bong) est un objet utilisé pour inhaler de la fumée de cannabis après qu'elle est passée dans de l'eau. Même si des bangs en verre ou en bambou sont commercialisés, ils sont la plupart du temps fabriqués par les utilisateurs. La chicha (ou narguilé) désigne à la fois une forme traditionnelle de consommation du tabac mais aussi l'objet utilisé, qui permet de fumer un mélange de tabac et de cannabis chauffé grâce à du charbon.

Les mineurs, un public sensible

La moitié des mineurs reçus en CJC ont moins de 16 ans. Les mineurs se caractérisent par une forte présence du public scolarisé (dont un tiers en filière professionnelle) et une surreprésentation féminine (23 % vs 17 % entre 18 et 25 ans par exemple), favorisée par les consultations avancées en milieu scolaire. Environ 40 % des mineurs viennent accompagnés, en général de leur(s) parent(s), quatre fois plus que les autres consultants. Plus souvent orientés par la famille (23 %) ou le milieu scolaire (18 %), ils sont aussi particulièrement sujets aux orientations judiciaires ou par la PJJ (35 %), les recours spontanés atteignant dans ce public un niveau plancher (en deçà de 8 %). Plus fréquemment que les autres, les mineurs consultent au titre d'un seul produit, majoritairement le cannabis (84 %), ou d'une addiction comportementale (jeux vidéo parmi les garçons, troubles alimentaires parmi les jeunes filles).

Sur le plan des consommations, les mineurs se distinguent par une relative sous-consommation des drogues licites (13 % n'ont jamais fumé de tabac vs 9 % des 18-25 ans, et 33 % n'ont pas bu d'alcool dans le dernier mois vs 23 % des 18-25 ans) et une surreprésentation des usages occasionnels et réguliers de cannabis. Les mineurs déclarent plus souvent que les autres plusieurs motivations d'usage, notamment celle de consommer « pour mieux dormir » (voir tableau 4). La moitié des moins de 18 ans a déjà été interpellée pour usage ou détention de stupéfiants.

En termes d'accueil et de suivi en CJC, la plupart des mineurs (54 %) sont invités à revenir après la première consultation mais 45 % ne sont pas invités à aller au-delà d'une seule consultation, et 1 % sont orientés vers une structure spécialisée.

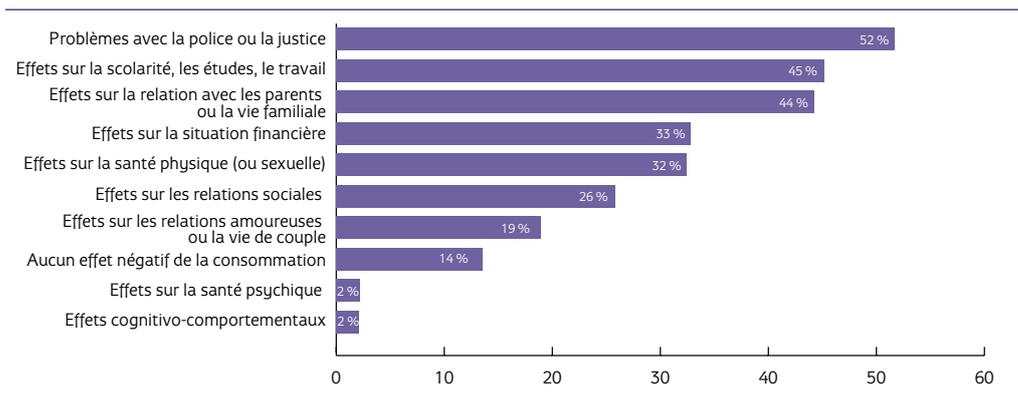
(14 %), amphétamines/speed (13 %), champignons hallucinogènes (12 %), etc. Le produit illicite le plus cité par les mineurs venus au titre du cannabis est la MDMA/ecstasy, que près de 10 % ont expérimentée.

Les consultants venus au titre du cannabis sont consommateurs de tabac (avec 80 % de fumeurs quotidiens, dont un tiers ne fument que des cigarettes roulées) et sujets à une alcoolisation fréquente, voire massive. Environ 10 % de ces « consultants cannabis » sont des buveurs réguliers¹³. La consommation régulière d'alcool s'avère cependant moins fréquente que les comportements d'alcoolisation intensive. Ainsi, un consultant sur cinq déclare souvent consommer de l'alcool en vue de parvenir à l'ivresse¹⁴, surtout parmi les jeunes majeurs (19 % des mineurs, 26 % des 18-25 ans, 16 % des plus de 25 ans). En outre, près de la moitié des « consultants cannabis » (48 %) déclarent au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le dernier mois, 21 % des API répétées (au moins 3 dans le mois) et 4 % des API régulières (au moins 10 dans le mois). Lors de ces épisodes d'alcoolisation massive, la consommation se porte, dans la majorité des cas (49 %), sur un seul type d'alcool, consommé en forte quantité. Il arrive que deux (36 %) ou trois (11 %) types d'alcool soient mélangés, associant à minima bière et alcools forts (vodka, whisky, rhum, pastis...), souvent consommés sous forme de shooters¹⁵.

Si les consultants venus au titre de leur usage de cannabis apparaissent fortement polyconsommateurs et sujets aux comportements à risque (expérimentation d'autres drogues illicites, alcoolisation ponctuelle importante), nombre d'entre eux s'inscrivent dans une démarche de réduction de la consommation. Ainsi, les deux tiers des consultants reçus au titre du cannabis déclarent avoir réduit leur consommation au cours du dernier mois (67 %), ou même avoir arrêté (pour près de 40 % d'entre eux, surtout parmi les plus âgés). Une majorité déplore cependant une (ou plusieurs) tentative(s) d'arrêt infructueuses, notamment parmi les femmes (67 % vs 53 % des hommes), ce qui motive probablement le recours à une aide spécialisée.

L'enquête CJC 2014 s'intéressait plus spécifiquement aux motifs de préoccupation de ces consultants à l'égard

Figure 4 - Effets négatifs ressentis en lien avec la consommation de cannabis (n = 3 995)



N.B. : La somme des pourcentages excède 100 % car plusieurs effets négatifs pouvaient être cités.
Source : enquête CJC 2014, OFDT

du cannabis. Interrogés sur les effets négatifs de leur consommation, 86 % déclarent au moins un désagrément lié au cannabis : en premier lieu les problèmes avec la police et la justice mais aussi les conséquences sur la scolarité, le travail et les relations avec l'entourage (les parents pour les plus jeunes, le couple ou la famille pour les plus âgés) (voir figure 4). Un tiers environ mentionne, à parts égales, des conséquences financières (coût de la consommation) et physiques (effets sur les aptitudes sportives ou l'activité sexuelle, surtout chez les hommes). Les problèmes psychiques (troubles anxieux, dépressifs, bouffées délirantes...) et les troubles cognitivo-comportementaux (mémoire, concentration, motivation, orientation spatiale...) sont cités par 2 % des enquêtés. Néanmoins, 14 % des consultants jugent que leur consommation de cannabis ne présente aucune conséquence négative, en particulier parmi ceux qui sont orientés par le milieu scolaire ou par la justice.

Cette perception spontanée des effets de la consommation de cannabis peut être rapprochée des résultats de la mesure du Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Au regard de cet outil de mesure de l'usage du cannabis, il apparaît que l'échantillon des consultants accueillis au titre du cannabis comprend près de 70 % d'usagers problématiques (score supérieur ou égal à 7, signalant un risque élevé de dépendance), soit 51 % des usagers occasionnels, 81 % des usagers réguliers et 93 % des usagers quotidiens. Les items du CAST le plus souvent cités sont, par ordre décroissant : avoir fumé du cannabis seul (55 % des consultants), avoir subi des remarques de l'entourage à propos de la consommation (47 %), avoir déjà fumé du cannabis avant midi (40 %), avoir rencontré des problèmes à cause de la consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats scolaires) (26 %), avoir eu des problèmes de mémoire du fait du cannabis (24 %) et avoir essayé de réduire ou d'arrêter sans succès (10 %).

■ Pratiques professionnelles

Diversification des intervenants

La structure des professionnels impliqués dans les CJC n'a pas connu de grands bouleversements depuis 2007, même si la place des psychologues et des éducateurs s'est notablement accrue (voir figure 5, page 7). Il faut souligner toutefois le recul de la proportion de médecins dans l'accueil et la prise en charge du public.

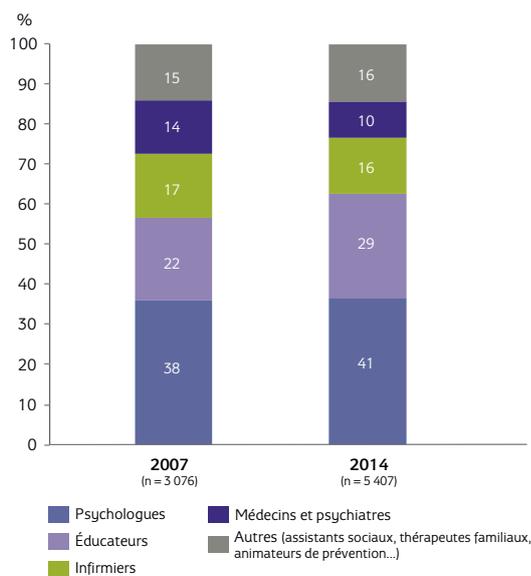
À l'image de la structure des personnels dédiés aux CJC (en équivalents temps plein), les psychologues sont les intervenants le plus mobilisés par l'activité de consultation (41 %), devant les éducateurs (29 %) et les infirmiers (16 %), qui reçoivent le plus souvent le consultant en face-à-face. Les médecins et les psychiatres (10 %) assurent environ 10 % du volume des consultations, souvent en binôme avec un(e) infirmier/ère ou un(e) psychologue. Enfin, les assistants sociaux (5 %), les thérapeutes familiaux (2 %) et les animateurs de prévention (2 %) assurent le restant des consultations, parmi une gamme d'autres professionnels (conseiller/ères en économie sociale et familiale, psychothérapeutes, pharmaciens...). À cet égard, il faut souligner la diversité croissante des profils professionnels mobilisés dans l'activité de consultation depuis les débuts du dispositif, incluant désormais des intervenants aussi variés que des thérapeutes familiaux, des éducateurs sportifs, des sophrologues, ainsi que de nouveaux métiers (tels que « conseiller/ère en intervention pré-

13. Au moins dix usages d'alcool dans le dernier mois.

14. La question posée était : « Lorsque vous consommez de l'alcool, à quelle fréquence est-ce jusqu'à l'ivresse ? », les modalités de réponse possibles étant « jamais », « rarement », « de temps en temps », « souvent » ou « toujours » (hormis pour ceux qui ne consomment jamais d'alcool).

15. Un shooter est un cocktail alcoolisé qui contient entre 25 ml et 100 ml de un ou de plusieurs alcool(s) fort(s), parfois mélangés à des ingrédients non-alcoolisés (sirop, jus de fruits, soda, lait...). Aujourd'hui proposés dans la plupart des bars, servis dans des « verres à shot », ils sont généralement bus d'un seul trait.

Figure 5 - Évolution de la structure des profils de professionnels mobilisés par l'activité de consultation



N.B. : La somme des pourcentages excède 100 % car plusieurs professionnels pouvaient être cités pour une consultation donnée.
Source : enquêtes CJC 2007 et 2014, OFDT

coce »). Cette multiplicité de profils accrédite l'idée d'une offre de prise en charge de plus en plus diversifiée.

L'adhésion du consommateur, condition du suivi

La décision prise à l'issue de la première consultation est, le plus souvent, la poursuite du suivi en CJC. Parmi les consultants rencontrés pour la première fois, la majorité (57 %) continue d'être suivie au sein de la CJC, 40 % ne sont pas invités à revenir et 3 % sont orientés vers une autre structure ou un professionnel spécialisé, souvent en (pédo-) psychiatrie (en ville ou à l'hôpital). La suite donnée à la première consultation dépend fortement des circonstances de

spécialisée. En somme, le suivi en CJC concerne surtout les usagers réguliers ou quotidiens de produit(s), qui ont effectué la démarche de consultation de leur plein gré ou sur avis médical et qui ont adhéré au principe d'une prise en charge

Repérage, suivi et prise en charge : une palette élargie de pratiques

La suite donnée à la première consultation dépend évidemment du repérage des consommations effectué à l'entrée. Si l'entretien clinique reste l'outil principal guidant la consultation (88 %), environ 16 % des consommateurs sont interrogés, souvent en complément, à l'aide d'un instrument de repérage des

consommations problématiques (DEP-ADO, CAST, CRAFFT ADOSPA...) ou d'une grille d'évaluation élaborée en interne s'inspirant des outils standardisés (8 %) (voir encadré *infra*). Les outils d'évaluation et de diagnostic (de type MINI, ASI, CIDI¹⁶) sont utilisés pour 3 % des consultants, lorsqu'ils sont usagers quotidiens de cannabis et poly-consommateurs.

L'enquête CJC 2014 permet, enfin, d'illustrer la pluralité des stratégies de suivi et de prise en charge adoptées par les professionnels. La plupart des approches de suivi mises en place en CJC combinent plusieurs dimensions : écoute et soutien (80 %), approche motivationnelle (30 %), suivi médical (20 %), thérapie psychodynamique (8 %), approche TCC¹⁷ (7 %), soutien à la parentalité (5 %), thérapie corporelle intégrant par exemple relaxation et sophrologie (2 %), etc. Une analyse approfondie des modes de suivi proposés, en lien avec les profils d'usage, fera l'objet d'investigations complémentaires.

Conclusion

Depuis sa création, l'offre de CJC a progressé, le nombre de lieux de contact de proximité avec les usagers étant passé de près de 300 dans les premières années à plus de 500 aujourd'hui. Cette offre importante a permis de maintenir un volume de consultation assez élevé, qui reste largement alimenté par les recours contraints, malgré une poussée des orientations par le milieu scolaire.

Comme lors des enquêtes précédentes, l'activité de CJC reste centrée sur une clientèle cible d'usagers de produits (majoritairement de cannabis). Elle constitue un recours contraint pour la plupart du public – qu'il soit orienté par la justice ou par d'autres instances : famille, milieu scolaire ou socio-éducatif, professionnel de santé, etc. –, les démarches spontanées demeurant peu fréquentes (17 % en 2014 vs 18 % en 2007) et relativement circonscrites (touchant plus souvent les consultants plus âgés et les femmes). La judiciarisation du dispositif reste donc un trait dominant depuis 2005 : les CJC continuent de recevoir une majorité de personnes sous main de justice (âge moyen = 21 ans), qui sursoient ainsi à des poursuites pénales ou à une peine d'emprisonnement. C'est surtout le cas des hommes qui, à tous les âges, sont majoritairement adressés par la justice mais tout particulièrement entre 18 et 25 ans. Dans la population masculine, qu'elle soit ou non orientée par la jus-

Repérer et évaluer les consommations de cannabis

Plusieurs échelles de repérage et d'évaluation de la consommation de cannabis sont utilisées dans les CJC : 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 **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).

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.

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).

Un Guide pratique des principaux questionnaires destinés à repérer un usage problématique de cannabis chez les adolescents a été conçu par l'OFDT [9]. Il vise à offrir une aide technique aux professionnels de santé de première ligne confrontés aux adolescents pour repérer un éventuel usage problématique de cannabis.

16. Le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), l'ASI (Addiction Severity Index) et le CIDI (Composite International Diagnostic Interview) sont des outils diagnostiques qui permettent d'identifier l'abus ou la dépendance aux drogues.

17. Thérapie cognitivo-comportementale.

tice, 70 % des consultants ont déjà été interpellés pour usage ou détention de stupéfiants, ce qui témoigne de la surreprésentation, au sein des CJC, des usagers les plus visibles (fumeurs de cannabis dans l'espace public). Cette persistance du public sous main de justice va de pair avec le constat d'une précarité socio-économique du public, encore plus marquée qu'en 2007. Par exemple, parmi les adultes (majeurs) accueillis en CJC, la part des chômeurs et des inactifs dépasse 40 % (vs 31 % en 2007).

Outre ce public judiciarisé, la file active inclut également d'autres populations bien distinctes : des jeunes de 11 à 25 ans, orientés par la famille ou le milieu scolaire et socio-éducatif, qui comptent pour 30 % des consommateurs rencontrés (âge moyen : 17 ans) ; des consultants plus âgés, qui viennent pour évoquer leur polyconsommation ; ou encore l'entourage familial (le plus souvent des parents), qui vient témoigner d'une inquiétude à l'égard de comportements présumés « addictifs » chez leur enfant. Après avoir récemment estimé le public à atteindre par les CJC, qui représenterait environ 35 000 jeunes usagers problématiques de cannabis n'ayant jamais effectué aucune démarche d'aide à 17 ans [10]

– donnée de cadrage qui, extrapolée aux 15-25 ans, estimerait à 350 000 le potentiel de jeunes patients –, l'OFDT met en évidence, dans cette enquête représentative, la forte mobilisation professionnelle qui perdure autour de ce dispositif, face à un public qui semble y trouver parfois un accueil et un accompagnement dépassant la seule prise en charge pour un problème de consommation de produits. Au-delà d'une ou deux consultations, parfois obligatoires s'agissant du public sous main de justice, le suivi en CJC à plus long terme concerne surtout les usagers réguliers ou quotidiens de produit(s), qui ont effectué la démarche de consultation de leur plein gré. Ces données corroborent les résultats de l'enquête qualitative menée en 2011 auprès des professionnels, qui mettaient en évidence le rôle à géométrie variable de la CJC, assimilable à une « clinique de l'adolescence » pour les plus jeunes, offrant une écoute généraliste [11] mais aussi à une offre de prise en charge au long cours pour les consultants en difficulté avec un produit. La prochaine enquête, menée en 2015, permettra de mesurer le renouvellement du public par des filières de recrutement extra-judiciaires et d'en évaluer les effets sur le type de prise en charge proposée.

bibliographie

1. SPILKA S., LE NÉZET O. et BECK F., « Estimations 2014 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans », Saint-Denis, OFDT, Note 2015-02 du 21 avril 2015, 6 p.
2. OBRADOVIC I., « Éléments pour un premier bilan des « consultations jeunes consommateurs ». Profils d'usage des consultants et parcours de suivi », *Santé Publique*, Vol. 21, n° 5, 2009, pp. 443-452.
3. OBRADOVIC I., « Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005-2007) », *Tendances*, OFDT, n° 63, 2008, 4 p.
4. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS et DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, « Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 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 », *BO Santé* n° 2004/42 du 30 octobre 2004, NOR : SANP0430495C, 2004.
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS et DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, « Circulaire DGS/MC2 n° 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 », *BO Santé, protection sociale, solidarité* n° 3 du 15 avril 2008, NOR : SJSPO830130C, 2008.
6. OBRADOVIC I. et BECK F., « Les femmes sous influence. Une féminisation du public reçu pour usage de cannabis dans les dispositifs d'aide ? », *Travail, genre et sociétés* n° 29, 2013, pp. 105-127.
7. OBRADOVIC I., SPILKA S., PHAN O., BONNAIRE C., « Écrans et jeux vidéo à l'adolescence. Premiers résultats de l'enquête du Programme d'étude sur les liens et l'impact des écrans sur l'adolescent scolarisé, PELLEAS », *Tendances*, OFDT, n° 97, 2014, 6 p.
8. BECK F., RICHARD J.-B., GUIGNARD R., LE NÉZET O. et SPILKA S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », *Tendances*, OFDT, n° 99, 2015, 8 p.
9. OBRADOVIC I., *Usage problématique de cannabis. Revue de la littérature internationale + Guide pratique des outils de repérage de l'usage problématique de cannabis en annexe* (118 p.), Paris, OFDT ; Fédération addiction, 2013, 69 p.
10. OBRADOVIC I., LE NÉZET O. et SPILKA S., « Jeunes usagers de drogues et demande d'aide. Estimation du public potentiel d'un dispositif d'aide aux jeunes consommateurs », *Agora débats/jeunesses*, n° 64, 2013, pp. 61-76.
11. OBRADOVIC I. et PALLE C., « Comment améliorer l'attractivité d'un dispositif ciblant de jeunes consommateurs de drogues ? L'apport d'une démarche par focus groups », *Psychotropes*, Vol. 18, n° 2, 2012, pp. 77-100.

repères méthodologiques

L'enquête sur les personnes reçues dans le cadre de la mission CJC des CSAPA a été menée par questionnaire auprès de l'ensemble des structures identifiées comme exerçant une activité de CJC. Il était demandé aux professionnels au contact des patients de remplir un questionnaire pour chaque personne reçue dans le cadre de la CJC entre le 24 mars et le 30 juin 2014 (consommateur ou entourage).

Le questionnaire comprenait quatre parties :
 ■ les circonstances et motifs de la consultation ;
 ■ la description du consommateur (sexe, âge, situation socio-économique, niveau de diplôme, etc.) ;
 ■ les substances consommées (tabac, alcool, cannabis, autres substances) et évaluation de la consommation de cannabis au regard du CAST (voir encadré page 7) ;
 ■ la décision prise à l'issue de la consultation.

Une seconde vague d'enquête, prévue entre le 20 avril et le 20 juin 2015, permettra d'apprécier l'effet de la campagne CJC de l'Inpes (menée du 12 janvier au 8 février 2015) sur la structure du public reçu.

Sur 260 structures gestionnaires d'une activité de CJC en métropole et dans les DOM recensées en 2014, 212 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 82 %. Ce taux est variable selon les régions (atteignant jusqu'à 100 % dans 5 des 22 régions interrogées : Alsace, Lorraine, Centre, Corse, Réunion) mais aussi selon le type de structure (86 % dans les CSAPA associatifs vs 76 % dans les CSAPA hospitaliers ou consultations hospitalières). Cette sous-représentation des consultations hospitalières parmi les répondants était déjà relevée dans les éditions précédentes de l'enquête.

Sur 5 421 questionnaires collectés, correspondant au nombre de consultations menées pendant la période d'enquête (14 semaines), 5 407 ont été jugés exploitables pour décrire l'activité de consultation, soit : 3 878 consultations avec un consommateur seul, 1 139 consultations associant un consommateur et une ou plusieurs personnes de l'entourage et 390 consultations avec l'entourage seul (qui n'a donc à remplir que la première partie du questionnaire portant sur les circonstances et les motifs de la consultation, ainsi que la suite qui lui est donnée). Au total, la base comprend 5 017 consommateurs (77 % du public) et 1 529 personnes de l'entourage (23 %).

Après suppression des questionnaires sans mention de sexe ou d'âge, la base finale de consommateurs inclut 4 958 individus, ce qui représente une perte d'à peine 1 %. Les questions ayant recueilli un taux de réponse inférieur à 90 % n'ont pas été exploitées.

Les évolutions ont été analysées chaque fois que les questions posées dans les enquêtes précédentes étaient rigoureusement identiques et donc comparables.

Remerciements

À l'ensemble des structures qui ont accepté de répondre à l'enquête.
 À la Fédération Addiction pour son soutien financier et l'accompagnement de l'enquête auprès des professionnels.
 À Laure Laviale (ADALIS) et Emma Tarlevé pour la mise à jour de la liste des CJC actives.
 À Nadine Landreau, Frédérique Million et Aurélie Lermenier (OFDT) pour leur aide logistique.
 À Nicolas Bauvard (APLEAT), Géraldine Carrasco-Compain (APS Contact), Maryvonne Coat-Rivry (ALIA 49), Jérémie Contat (CSAPA Evry-Etampes), Patricia Fruleux (La Sauvegarde du Nord), Patrick Launay (Douar Nevez), Florence Soulé (AMPTA), qui ont accepté de tester le questionnaire dans leurs consultations respectives.
 À Christophe Palle, Anne de l'Eprevier, Thierry Delprat, Aurélie Lermenier et Isabelle Michot (OFDT) pour leur relecture attentive.

tendances

Directeur de la publication
François Beck

Comité de rédaction
Christian Ben Lakhdar, Emmanuelle Godeau, Bruno Falissard, Fabien Jobard, Serge Karsenty

Rédactrice en chef
Julie-Émilie Adès

Infographiste / Frédérique Million

Documentation / Isabelle Michot

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

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



www.ofdt.fr