

3.

Les addictions des jeunes aux drogues illicites et à l'alcool : un enjeu de prévention et de prise en charge

Les jeunes constituent un public sensible aux risques liés à la consommation d'alcool et de drogues illicites. Leur cerveau, qui n'atteint sa pleine maturité qu'à l'âge de 25 ans, est particulièrement vulnérable aux conduites addictives, surtout dès 12 ans, âge des premières expérimentations, voire des hospitalisations.

La Haute Autorité de santé (HAS) définit les conduites addictives comme l'ensemble des pratiques de consommations susceptibles d'induire une addiction, qu'elles soient considérées comme usage simple (sans caractère pathologique) ou comme mésusage (usage à risque, nocif ou dépendant). L'addiction se caractérise par des comportements qui incluent un ou plusieurs

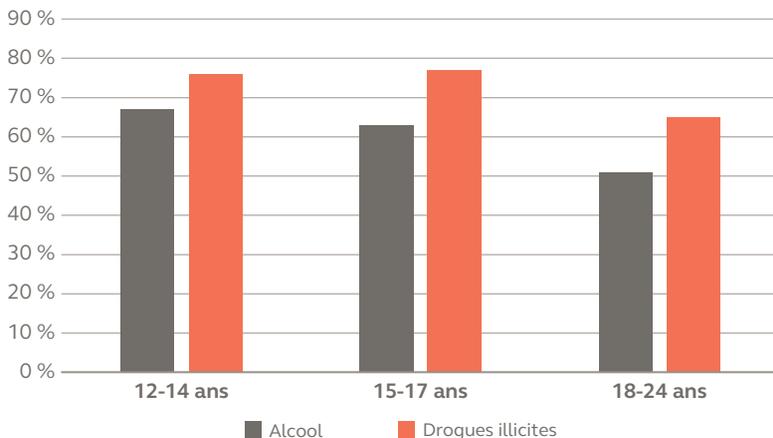
des éléments suivants : altération du contrôle de la consommation de la substance en cause, consommation compulsive, poursuite de la consommation en dépit de ses conséquences négatives pour l’individu ou son entourage et besoin impérieux de consommer la substance¹.

La Cour des comptes a centré son enquête sur les addictions des jeunes à l’alcool et aux drogues illicites². La présente enquête n’a pas intégré le tabac dans son champ d’instruction dans la mesure où la Cour a, en mai 2024, réalisé une enquête sur la « santé respiratoire » faisant état des effets délétères du tabagisme et proposant des recommandations de santé publique³.

La Cour s’est notamment attachée à évaluer le nombre de jeunes concernés par les addictions à l’alcool ou aux drogues illicites, ainsi que les conséquences de ces addictions sur leur santé mentale et physique. Elle s’est appuyée sur les enquêtes et rapports scientifiques déjà existants. Elle a également confié à un institut la réalisation d’un sondage, ciblé sur les pratiques de consommation d’alcool et de drogues illicites et la perception que les 15-25 ans ont de ces produits, auquel 10 000 jeunes ont répondu.

L’enquête s’est concentrée sur les aspects sanitaires et sociaux de la prise en charge des addictions, et non sur ses aspects judiciaires et pénaux⁴. L’efficacité de l’organisation des soins, les outils de sensibilisation et de coordination entre les acteurs, ont été examinés, en France et à l’étranger, en particulier au Danemark, en Écosse et en Islande.

GRAPHIQUE N° 1 | Proportion de jeunes considérant l’alcool et les drogues illicites comme dangereux



Source : sondage CSA pour la Cour des comptes

1. HAS, *Diagnostic du trouble de l’usage d’opioïdes*, 2022.
 2. Parmi celles-ci, on compte notamment le cannabis, la cocaïne et ses dérivés comme le crack, les psychostimulants (cocaïne, amphétamines), ou encore les opioïdes (héroïne, fentanylloïdes).
 3. Cour des comptes, *La santé respiratoire - Un enjeu de « santé environnement » insuffisamment pris en considération*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, mai 2024.
 4. Cour des comptes, *L’Ofast et les forces de sécurité intérieure affectées à la lutte contre le trafic de stupéfiants*, observations définitives, novembre 2024.

Chiffres clés

46,3 %

des jeunes âgés de 18 à 24 ans en 2023 disaient avoir consommé au moins une fois dans leur vie du cannabis. 3,5 % affirmaient en faire un usage quotidien

× 10



commencer à consommer de l'alcool au début de l'adolescence multiplie par dix le risque de devenir alcoolodépendant à l'âge adulte, par rapport à une initiation plus tardive, vers l'âge de 20 ans

260

consultations jeunes consommateurs, réparties en 540 lieux pour l'accueil, l'information, l'évaluation, la prise en charge brève et l'orientation des jeunes et de leur entourage

Source : réponse de la direction générale de la santé au questionnaire envoyé dans le cadre de l'enquête

230 000



jeunes de 18 à 24 ans seraient concernés par les addictions au cannabis

1 jeune sur 10

s'estime dépendant aux drogues illicites ou à l'alcool

Les jeunes ont aujourd’hui une consommation préoccupante de drogues et d’alcool, qui les expose à des risques d’addiction et a des conséquences sur leur santé mentale et physique (I). La réponse sanitaire et médico-sociale se révèle insuffisante et inadaptée, tant en termes d’accès aux soins que de financement (II). Une politique de prévention des addictions plus ambitieuse doit être mise en œuvre sans tarder pour en limiter les effets, souvent irréversibles (III).

I. Une jeunesse française particulièrement touchée

La consommation de drogues pose un problème de santé publique majeur en raison du risque d’addiction qu’elle cause et des maladies dont elle est un facteur de risque et d’aggravation. En France, les jeunes de 12 à 25 ans sont particulièrement touchés par le phénomène de consommation, en particulier les 18-25 ans, chez qui elle augmente.

A. Une consommation qui reste élevée

Le niveau de consommation de drogues et d’alcool est suivi drogue par drogue dans notre pays mais, en termes épidémiologiques, l’addiction n’est pas mesurée.

1. Une consommation en baisse chez les mineurs, mais toujours préoccupante chez les majeurs

Les principales substances illicites consommées sont le cannabis, la MDMA (ecstasy), la cocaïne, les champignons hallucinogènes et le LSD⁵. À cela s’ajoute le phénomène de polyconsommation, c’est à dire l’usage d’au moins deux produits.

Chez les mineurs, une baisse des niveaux d’usage d’alcool de cannabis est observée depuis 2010. Entre 2018 et 2022, la consommation régulière d’alcool est passée chez les lycéens de 16,7 % à 5,3 %, avec toutefois des risques d’usages problématiques, comme des alcoolisations ponctuelles importantes (« *binge drinking* ») fréquentes. Sur la même période, l’usage régulier du cannabis est passé de 6,2 % à 2,9 %⁶. Ces résultats, très positifs, restent toutefois à confirmer dans la durée.

5. Au cours des douze mois précédant l’enquête 2023 de l’Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), ces drogues avaient été consommées par respectivement 22,9 %, 3,9 %, 3 %, 2,4 % et 1,8 % des 18-24 ans. L’OFDT est un groupement d’intérêt public qui a pour objectif d’éclairer ses membres fondateurs, les pouvoirs publics, ainsi que les professionnels du champ et le grand public, sur le phénomène des drogues licites et illicites et des tendances addictives, incluant les jeux d’argent et de hasard.

6. OFDT, *Les usages de substances psychoactives chez les collégiens et lycéens*, 2022.

La situation est plus contrastée pour les majeurs. En effet, chez les 18-25 ans, entre 2017 et 2023, l'usage au cours des douze derniers mois a augmenté pour l'ecstasy ainsi que, de façon plus légère, pour la cocaïne, le LSD, l'héroïne et le crack⁷.

En 2023, 46,3 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans disaient avoir expérimenté le cannabis et 3,5 % reconnaissaient en faire un usage quotidien.

En ce qui concerne l'alcool, selon Santé publique France, 2,6 % des 18-24 ans déclaraient en 2021 consommer quotidiennement de l'alcool. Ce taux est l'un des plus élevés parmi les pays de l'Union européenne.

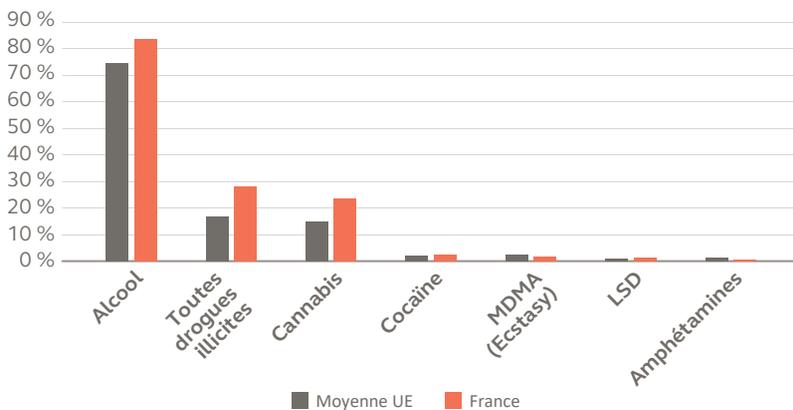
2. Un niveau élevé par rapport à la moyenne européenne

S'agissant des drogues illicites, la consommation des jeunes en France est, selon les données disponibles, parmi les plus importantes de l'Union européenne.

En effet, toutes drogues illicites confondues, 28 % des jeunes de 15 à 24 ans auraient dans notre pays consommé des produits stupéfiants dans l'année, contre une moyenne de 16,9 % dans l'Union européenne⁸.

Les jeunes français se situent au-dessus de la moyenne européenne pour la consommation de cocaïne et de LSD, mais en-dessous pour la consommation d'amphétamines et d'ecstasy⁹.

GRAPHIQUE N° 2 | Estimation de la consommation d'alcool et de drogues illicites des 15-24 ans au moins une fois dans les douze derniers mois en France et dans l'Union européenne



Source : European Drug Report 2024

Lecture : en France, 23,5 % des 15-24 avaient consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'enquête

7. OFDT et SpF, *Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023*, Tendances, 2024 et *Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017*, Tendances, 2018.

8. https://www.euda.europa.eu/data/stats2024/gps_en.

9. https://www.euda.europa.eu/data/stats2024/gps_en. L'enquête européenne retient la tranche d'âge des 15-24 ans.

3. La difficulté d'évaluer l'addiction

D'un point de vue épidémiologique, la France ne dispose pas d'un système d'information ni d'un dispositif de suivi du nombre de jeunes qui souffrent d'addiction. Les statistiques portant sur ceux qui sont accueillis à l'hôpital (13 349 en 2023 en médecine et en psychiatrie) ou dans les structures médico-sociales spécialisées, ne sont pas non plus d'un secours suffisant. En effet, la prise en charge intervient en général seulement quand la dépendance est déjà avancée, ce qui laisse de côté une partie de la population concernée.

Les chiffres les plus significatifs proviennent des accueils dans les structures médico-sociales spécialisées, en dépit du fait que les données de base sont incomplètes¹⁰. Il est ainsi possible d'estimer à 210 000, tous âges confondus, le nombre de personnes accueillies chaque année en France dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Parmi elles, 72 000 sont de nouveaux patients, dont près de 16 000, soit 22 %, ont moins de 25 ans.

Il n'est toutefois pas possible d'additionner les chiffres des hospitalisations et des accueils dans des services médico-sociaux (13 349 et 16 000), car les parcours de soins reposant sur les deux structures sont fréquents, même s'ils ne sont à ce jour tracés dans aucun système d'information. De plus, ces données ne rendent pas compte des jeunes qui, bien que souffrant d'addictions, ne sont suivis dans aucun de ces types d'établissements.

Trois méthodes d'estimation du nombre de jeunes souffrant d'addictions aux drogues

La première méthode s'appuie sur les données de l'Office des nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC)¹¹, qui évalue le nombre de personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage de la drogue (hors alcool et tabac) à une sur quatre-vingt-une dans le monde, soit 1,2 % de la population. Si l'on applique ce *ratio* à la population des jeunes de 12 à 25 ans en France, évaluée par l'Insee à 10,8 millions de personnes au 1^{er} janvier 2024¹², le nombre de jeunes concernés par les addictions à toutes les drogues (hors alcool) pourrait s'élever à 130 000. Cette évaluation présente toutefois de nombreuses limites méthodologiques et doit donc être prise avec précaution, car elle repose sur un *ratio* calculé à l'échelle mondiale, alors que chaque pays a des niveaux d'usage différents.

La deuxième méthode repose sur les enquêtes « ESCAPAD » de l'OFDT. Il résulte de la dernière d'entre elles, portant sur des données de 2022,

10. OFDT, *Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2021, 2024*. Cette étude se fonde sur le retour de 132 CSAPA, quand il en existe plus de 500 en France, et procède donc d'une extrapolation.

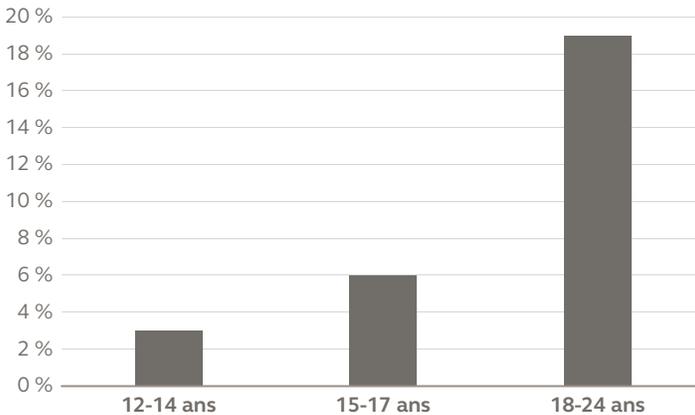
11. Créé en 1997, l'Office des nations unies contre la drogue et le crime est un organe du Secrétariat des Nations unies chargé d'assister les États membres dans la réalisation de l'objectif de sécurité et de justice pour tous en rendant le monde plus sûr face à la criminalité, aux drogues et au terrorisme.

12. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472#tableau-figure1>

que 21,8 % des consommateurs de 17 ans présenteraient un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis. L'OFDT estime que le risque d'usage problématique concernerait au total 8,6 % de l'ensemble des jeunes de 17 ans et celui de dépendance, 4,8 % (6,1 % des garçons et 3,5 % des filles)¹³. Si l'on retient ces ratios et si on les applique aux 18-25 ans, dont le nombre est calculé par l'Insee, l'usage problématique de cannabis concernerait environ 480 000 jeunes de 18 à 25 ans et le risque de dépendance, 272 000 d'entre eux. Eu égard aux biais propres à toute extrapolation, cette estimation reste cependant indicative et ne prend pas en compte les autres drogues illicites ni l'alcool.

Enfin, l'enquête réalisée à la demande de la Cour des comptes sur la perception et les pratiques de 10 000 jeunes de 12 à 24 ans vis-à-vis de la drogue et de l'alcool¹⁴ fait ressortir que plus d'un jeune sur dix s'estime dépendant à l'une de ces substances, c'est-à-dire indique en consommer régulièrement et avoir du mal à s'en passer. Cela signifierait que plus d'un million de jeunes jugent avoir un problème de dépendance. La limite de ce chiffre vient de ce qu'il s'agit de déclarations sans validation médicale, qui renseignent donc plus sur la perception que sur la réalité des addictions.

GRAPHIQUE N° 3 | Pourcentage de jeunes ayant le sentiment d'être concernés par la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites



Source : sondage CSA pour la Cour des comptes

La difficulté d'estimer plus précisément le nombre de jeunes concernés par les addictions sur la base des données actuelles plaide donc pour que le ministère de la santé développe des outils de mesure des addictions des jeunes aux drogues et à l'alcool, en s'appuyant notamment sur des bases de données médico-administratives qui restent encore largement à construire.

13. OFDT, Les drogues à 17 ans. Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022, mars 2023.

https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3257-doc_num--explnum_id-33683-.pdf

14. Consumer Science & Analytics (CSA), *Drogues et addiction chez les 12-24 ans*, mai 2024.

4. Des facteurs de vulnérabilité de nature sanitaire et sociale

Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, la survenue d'une addiction repose sur trois composantes : l'individu, le produit et l'environnement.

Les études scientifiques¹⁵ identifient, parmi ces éléments, le niveau familial, où entrent en jeu l'intensité des conflits, la perception d'un manque de proximité avec les proches, des troubles psychologiques voire psychiatriques chez les parents ou encore l'exposition récurrente aux conduites de consommation. L'initiation à certaines conduites addictives comme l'alcool se fait souvent dans le cercle familial. Les parents et, plus largement, l'entourage familial, jouent un rôle clé en matière de sensibilisation, de prévention et de repérage.

En outre, certains individus ont des prédispositions génétiques qui les rendent plus vulnérables aux addictions ou à l'apparition de pathologies psychiatriques.

D'autres facteurs de risques doivent être pris en compte, comme l'influence de l'environnement social (stress, contexte social et amical¹⁶, présence de troubles psychiques de proches...) ou l'exposition au marketing lié à l'alcool, qui peut inciter les jeunes à en consommer.

Enfin, l'initiation précoce constitue une vulnérabilité spécifique. Ainsi, commencer à consommer de l'alcool au début de l'adolescence multiplie par dix le risque de devenir alcoolodépendant à l'âge adulte, par rapport à une initiation plus tardive, vers l'âge de 20 ans¹⁷.

TABLEAU N° 1 | Profil des jeunes qui déclarent la consommation de drogues comme dangereuse

64 %	...de ceux qui considèrent la consommation de drogues comme dangereuse...	...ont déjà fumé un joint (vs 74 % jamais fumé)
60 %		...ont déjà pris des drogues de synthèse (vs 72 % jamais pris)
76 %		...ne s'estiment pas concernés directement ou indirectement par la dépendance (vs 45 % concernés)

Source : sondage CSA pour la Cour des comptes

15. Voir par exemple l'article de X. Laquielle et K. Liot : *Addictions : définitions et principes thérapeutiques*, L'information psychiatrique, 2009

16. L'addiction au cannabis est fortement associée au fait d'avoir eu des amis fumeurs au moment de l'adolescence.

17. <https://www.drogues.gouv.fr/conduites-addictives-et-adolescence>

B. Des conséquences sanitaires et sociales profondes et durables

Jusqu'à 25 ans, le cerveau d'un individu est en développement. Il est par conséquent plus vulnérable aux effets des drogues et de l'alcool. Les effets psychiques et sanitaires peuvent ainsi intervenir pour un jeune consommateur sans même qu'il n'existe de complication addictive.

1. Des effets préoccupants sur la santé mentale et le bien être des jeunes

Les drogues illicites et l'alcool ont un impact sur la santé mentale et le bien-être quand ils sont consommés de manière précoce et régulière.

L'usage précoce et régulier de cannabis, en particulier avant 25 ans, est un facteur de risque de troubles psychiques et socio-comportementaux¹⁸ : altération des performances psychomotrices et cognitives, isolement social, troubles de la mémoire, difficultés de concentration, troubles du langage et de la coordination motrice, troubles anxieux comme les attaques de panique ou les bouffées d'angoisse.

Le cannabis est aussi un facteur d'aggravation des troubles psychiques que sont la dépression, pouvant conduire au suicide, et les pathologies psychiatriques. Certaines études indiquent ainsi que l'usage de cannabis favorise le déclenchement de la schizophrénie, d'autant plus lorsque cet usage est précoce¹⁹. La cocaïne est également réputée provoquer des épisodes psychotiques chez le consommateur²⁰.

2. Un risque de morbidité et de mortalité accru chez les jeunes

Les études montrent que les personnes ayant fumé à la fois du tabac et du cannabis risquent de développer un cancer bronchopulmonaire significativement plus tôt que les personnes seulement tabagiques.

Outre le risque de mortalité lié à une overdose, la consommation chronique de cocaïne, d'ecstasy, d'amphétamine ou de cannabis expose à un risque accru d'accidents vasculaires cérébraux, même si un lien causal unique est difficile à établir en raison de l'existence d'autres facteurs de risques associés²¹. Ces substances sont en outre fréquemment impliquées dans les accidents cardiaques comme l'infarctus du myocarde.

Par ailleurs, certains modes d'administration du produit présentent des risques infectieux. Ainsi, l'usage de drogues par voie injectable ou sniffée constitue un vecteur de transmission du VIH et de l'hépatite C. Les drogues peuvent aussi être toxiques pour le foie²².

18. Inserm, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Paris, 2014

19. C Hjorthøj et alii, *Association between cannabis use disorder and schizophrenia stronger in young males than in females*, Psychological Medicine, 2023.

20. E. Tahmazov, S. Berrouguet, M. Walter, C. Lemey, *Psychose induite par cocaïne*, French Journal of Psychiatry, 2019

21. Philippe Hantson, *Complications neurovasculaires aiguës liées à la consommation de la cocaïne, des amphétamines et du cannabis*, Réanimation, 2010

22. Camille Mouilleron, *Effets hépatobiliaires des substances utilisées par les usagers de drogues : revue de la littérature*, Sciences du Vivant, 2021.

S'agissant du risque de mortalité, une étude internationale montre que la consommation d'alcool²³, chez les plus jeunes, est un facteur de conduite à risque causant des accidents de la route ou encore des automutilations. La même étude met en évidence une différence selon les sexes, les hommes étant plus touchés par la mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool que les femmes. Enfin l'alcool est aussi un facteur de risque de cancer (près de 8 000 nouveaux cas de cancer du sein seraient liés à sa consommation²⁴), mais aussi de pathologies cardiovasculaires et digestives et de maladies du système nerveux.

II. Une offre de soins sanitaire et médico-sociale insuffisamment ciblée sur les jeunes

La prise en charge sanitaire et sociale des jeunes souffrant d'addictions aux drogues illicites et à l'alcool n'est pas adaptée aux besoins. Elle ne cible pas assez les jeunes et les places disponibles sont insuffisantes, à l'hôpital comme dans le secteur médico-social.

A. Une prise en charge inadaptée à la jeunesse

Le repérage, l'accompagnement et la prise en charge font intervenir aussi bien la médecine de ville que l'hôpital et le secteur médico-social, mais tardivement et sans véritable coordination ni adaptation au parcours de soins des jeunes.

1. Un premier recours insuffisamment présent

Les médecins généralistes en ville, en association avec la médecine et les infirmières scolaires, devraient jouer un rôle clef en matière de sensibilisation, d'information et d'orientation. Cependant leur méconnaissance des problèmes liés aux addictions, à commencer par leur dépistage, est l'un des principaux freins à une prise en charge avancée. Selon une enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé, la détection des conduites addictives n'est entreprise de manière systématique par les médecins généralistes que dans 43 % des cas pour la consommation d'alcool et 24 % pour celle de cannabis²⁵.

Les deux-tiers des praticiens déclarent ne pas connaître les démarches de repérage précoce et d'intervention brève, procédures de prévention visant à identifier un comportement de consommation de substance psychoactive et à inciter à la

23. Max G. Griswold, Nancy Fullman et alii *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study*, Lancet 2018, 392, 1015–1035.

24. Centre international de recherche sur le cancer, *Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine*, 2018.

25. Drees, *Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients*, 2021.

baisse des consommations²⁶. Ils ont toutefois recours aux structures spécialisées, mais pas assez à celles destinées aux jeunes : 26 % d'entre eux seulement ont eu recours à une consultation jeunes consommateurs (CJC), structure d'accueil spécifique pour les 12-25 ans (voir ci-après). Il est donc souhaitable de mieux informer les médecins de premier recours sur l'importance du repérage précoce et sur la nécessité de déclencher le plus rapidement possible une prise en charge adaptée.

2. Un dispositif hospitalier faiblement dimensionné et trop généraliste

À l'hôpital, l'accueil et le soin des personnes souffrant d'addictions comprennent des consultations, une activité de liaison, des bilans d'évaluation, ou encore des sevrages simples ou complexes²⁷. Peu d'établissements disposent toutefois de services spécifiquement consacrés à la jeunesse, alors même que les soins qui lui sont adaptés doivent être prodigués par des spécialistes de troubles psychiatriques infanto-juvéniles ou de troubles de l'addiction des adolescents et jeunes adultes.

L'estimation du nombre de places disponibles pour soigner les addictions n'est pas assurée de façon régulière par le ministère de la santé. Mais, sur la base d'une enquête menée par ce dernier, à laquelle les hôpitaux n'ont cependant pas tous répondu, le nombre de lits d'hospitalisation ouverts à toute la population a pu être chiffré à 6 224 en 2021²⁸, avec une durée moyenne de séjour de 21 jours pour sevrage simple.

À cela s'ajoutent les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), créées par la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie²⁹. Cette circulaire prévoit que les équipes de liaison exercent dans les établissements hospitaliers disposant d'une structure d'urgence. En 2021, seules 351 ELSA ont été recensées, pour 693 structures d'urgences. Leur intervention sur tout le territoire n'est donc pas assurée, notamment en raison des insuffisances de la démographie médicale.

Comme les ELSA, les accès aux courts séjours et aux consultations hospitalières d'addictologie devaient être déployés partout où sont implantés des services d'urgences. Cet objectif n'a pas non plus été atteint.

Il conviendrait donc, pour accélérer le déploiement des ELSA et des accès aux courts séjours, de renforcer l'implication des établissements supports des groupements hospitaliers de territoire, en modifiant, le cas échéant, la circulaire précitée du 26 septembre 2008³⁰.

26. Selon la HAS, le repérage précoce « concerne la consommation déclarée et repose sur un questionnaire qui évalue le risque encouru du consommateur. L'objectif est de repérer les consommations à risque de dommages, à l'aide de seuils quand ils existent ». L'intervention brève consiste à analyser les résultats des questionnaires de consommation (HAS, *Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, 2014).

27. La filière hospitalière a été définie par la circulaire N° DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

28. Selon la DGOS, à partir d'un questionnaire adressé en 2023 et auquel ont répondu 500 hôpitaux.

29. Circulaire N° DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

30. Une telle refonte a été annoncée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre de l'enquête et devrait avoir lieu courant 2025.

Un soin innovant : l'exemple du service spécialisé dans le traitement des troubles de l'addiction chez l'adolescent à l'Institut Mutualiste Montsouris

Parmi les quelques services spécialisés dans la prise en charge des jeunes atteints par des addictions, celui de psychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) est cité comme une référence par les professionnels du secteur. L'approche globale des jeunes et la prise en charge de leur environnement familial et social sont l'une des spécificités de la méthode mise en place. L'atout du service réside dans son organisation du travail décloisonnée : les spécialisations médicales d'addictologie, de psychiatrie, de pédopsychiatrie, de médecine interne, sont affectées simultanément à plusieurs unités.

Un autre aspect intéressant de l'approche déployée à l'IMM est l'accent mis sur la prévention des rechutes et la prise en charge précoce. L'hôpital de jour d'évaluation et d'orientation y propose un repérage avancé et un traitement pendant huit semaines sans hospitalisation. Ces innovations se révèlent bénéfiques en termes de guérison et moins coûteuses qu'une hospitalisation à temps plein pour sevrage.

3. Un secteur médico-social fragile et cloisonné

Dans le secteur médico-social, la prise en charge des personnes souffrant d'addictions est assurée essentiellement dans les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD). Les premiers remplissent des missions de prévention, d'accueil, d'information, d'évaluation ou encore d'orientation. Les seconds sont conçus comme des centres de soins pour les usagers de drogues et proposent aussi du matériel pour prévenir les infections.

Certaines de ces structures dépendent d'établissements de santé, d'autres sont gérées par des associations. Chacune a son fonctionnement propre, sans que le lien avec la médecine de ville et le secteur hospitalier fasse toujours l'objet d'un protocole. De même, l'absence de système d'information partagé fait qu'il n'est pas toujours possible d'assurer le suivi des patients entre établissements médico-sociaux et hospitaliers, ce qui peut créer des ruptures dans le parcours de soin.

Ces structures sont peu fréquentées par les jeunes. En 2019, les moins de 25 ans représentaient seulement 5,8 % des personnes prises en charge par les CSAPA. Dans les CAARUD, la proportion de moins de 25 ans était de 10 % pour les femmes et 5 % pour les hommes.

Ces structures devraient davantage jouer leur rôle de prévention et d'orientation. Il revient aux agences régionales de santé de les soutenir, quand c'est nécessaire, pour leur permettre d'exercer pleinement leurs fonctions.

Enfin le seul dispositif spécifique aux jeunes - celui des « consultations jeunes consommateurs » (CJC), aujourd'hui au nombre de 260 (réparties en 540 points d'accueil) - paraît sous-dimensionné. Créées en 2004, les CJC ont pour mission d'assurer gratuitement l'accueil, l'information, l'évaluation, la prise en charge brève et l'orientation des jeunes et de leur entourage par un médecin, un infirmier ou un psychologue. Elles sont rattachées aux CSAPA et financées par leur dotation. Elles font l'objet d'études qualitatives dans certains territoires et sont jugées utiles et pertinentes par les agences régionales de santé (ARS) mais n'ont pas été évaluées nationalement.

Le ministère de la santé ne dispose pas d'informations nationales sur leur activité. Certaines ARS se sont en revanche intéressées au fonctionnement dans leur ressort du dispositif des « consultations jeunes consommateurs ». En Bretagne, par exemple, en 2023, 2 091 jeunes atteints d'une addiction à l'alcool et aux drogues ont ainsi été suivis dans 16 CJC, soit 131 jeunes par CJC, pour un coût moyen de 540 euros par jeune et par an.

Une évaluation au niveau national des CJC semble nécessaire. En fonction des résultats de cette évaluation, leur développement pourra être préconisé, afin de renforcer leurs moyens humains et leur déploiement sur le territoire, au plus près des besoins.

4. La nécessité d'une meilleure coordination pour fluidifier le parcours de soins

L'articulation entre la médecine de ville, le secteur sanitaire et le secteur médico-social mériterait d'être renforcée pour assurer la continuité des soins et du suivi, éviter les ruptures dans les parcours de soins, et ainsi renforcer l'efficacité de la prise en charge des jeunes.

Certaines agences régionales de santé cherchent à améliorer la coordination des intervenants. Dans la région Grand Est, par exemple, des commissions départementales d'addictologie coordonnent l'ensemble des acteurs de l'offre de soins. En Normandie, des pôles de prévention ont été créés pour assurer la concertation entre les acteurs locaux de la prise en charge des addictions. Il pourrait donc être envisagé de confier, dans chaque ARS, la coordination de l'offre de soins en addictologie au référent santé mentale infanto-juvénile, en lui demandant de suivre spécifiquement les addictions aux drogues et à l'alcool.

L'amélioration de la coordination des soins dans les ARS doit aussi faciliter l'accès des patients à l'information. La région Bourgogne-Franche-Comté a ainsi créé et mis en ligne un répertoire de l'offre de soins en addictologie. Une telle démarche pourrait utilement être généralisée, en ciblant spécifiquement les soignants et les établissements spécialisés dans la jeunesse.

B. Des modalités de financement peu propices au pilotage de la dépense

Chaque structure est régie par un système de financement particulier, sans qu'il soit toujours possible d'identifier les dépenses relatives aux jeunes et aux addictions aux drogues.

1. Des dispositifs disparates et mal ciblés

Le financement des activités hospitalières relève de plusieurs mécanismes, ce qui nuit à sa lisibilité. Ainsi, il n'est pas possible de calculer les coûts d'hospitalisation des jeunes souffrant d'addictions aux drogues. Seuls ceux qui résultent de soins prodigués par les services de médecine peuvent être établis avec précision, car ils font l'objet d'un suivi dans le cadre de la tarification à l'activité des établissements³¹. Dans les services de psychiatrie, les coûts liés au soin des patients souffrant d'addiction ne peuvent pas être identifiés en raison du mode de financement propre à ce secteur³².

Les équipes de liaison et les consultations hospitalières sont, quant à elles, financées respectivement par le fonds d'intervention régional (FIR) et par une mission d'intérêt général (MIG). Une telle différence est source de complexité alors que les équipes sont souvent les mêmes. Une unification des financements permettrait de donner une meilleure lisibilité aux actions territoriales et de définir une stratégie régionale adaptée aux besoins³³.

Dans le secteur médico-social, le financement des établissements se fait par le volet médico-social de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie, et demeure tout aussi peu traçable

Il importe donc de mieux identifier le financement des prises en charge à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux pour améliorer la visibilité et le pilotage de l'offre de soins aux jeunes souffrant d'addictions.

2. Un manque de lisibilité du fonds de lutte contre les addictions

Un fonds de lutte contre les addictions (FLCA), géré conjointement par l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie, a été créé en 2018. Doté d'un budget annuel de 130 M€ depuis 2020, il contribue au financement d'actions réalisées dans le cadre des plans nationaux de lutte contre les addictions. Si les financements visent des actions nationales ou locales³⁴, le FLCA ne distingue pas toujours ses financements en fonction de la nature de l'addiction.

31. Ainsi, selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, en 2023, 15 113 séjours ont été recensés, pour un coût total de 11,7 M€.

32. Dans les secteurs de la psychiatrie et des soins médicaux et de réadaptation, qui ne sont pas financés par la tarification à l'activité mais par des dotations, il n'est pas possible d'évaluer le coût d'une hospitalisation spécifique, faute de comptabilité analytique au niveau de chaque établissement.

33. Des travaux sont actuellement menés par la DGOS pour faire évoluer les modalités de financement des établissements de santé afin d'améliorer leur lisibilité.

34. Au niveau régional, sur 388 projets financés, 181 visaient les jeunes. Un montant de 15,8 M€ y a été alloué. À l'échelle locale, 187 projets ont été financés pour un montant de 1,2 M€.

Concernant les projets ciblant spécifiquement les jeunes, sur la période 2018-2023, hors tabac et addictions comportementales, 30 M€ ont été investis pour la réalisation de campagnes d'information, de sensibilisation ou de prévention, des appels à manifestations d'intérêt ou encore des actions de recherche. Il n'est pas possible d'isoler les financements propres à la lutte contre l'alcool et les drogues illicites, souvent englobés dans des programmes plus vastes. Les autorités sanitaires gagneraient à identifier les dépenses relatives à la lutte contre les addictions des jeunes aux drogues et à l'alcool afin d'en évaluer l'efficacité et d'en renforcer le pilotage.

III. La nécessité d'une politique de prévention plus ambitieuse et mieux coordonnée

Pour prévenir les addictions, il importe d'agir le plus tôt possible, et avant que les problèmes ne se manifestent. L'implication de l'environnement familial est indispensable, tout comme une politique de prévention assise sur des campagnes de communication et de sensibilisation des jeunes. Cependant les efforts en la matière sont encore insuffisants, comme le montrent notamment les résultats du sondage réalisé à la demande de la Cour auprès des jeunes³⁵.

La lutte contre les addictions des jeunes implique ainsi de mobiliser tous les acteurs publics, au niveau national comme territorial - y compris au sein de l'Éducation nationale - ainsi que les lieux d'accueil et d'accompagnement sanitaire et social comme les maisons des adolescents.

Une politique de communication plus active doit donc être conçue et partagée par l'ensemble des acteurs. Un contrôle plus ferme des conditions dans lesquelles les jeunes ont accès aux drogues illicites et à l'alcool doit être mis en place.

A. Faire émerger un objectif de politique publique partagé

Les exemples réussis des politiques conduites dans les pays du Nord plaident pour une approche plus volontaire et plus transversale de la prévention et du soin des addictions des jeunes aux drogues illicites et à l'alcool. Elle doit aussi se fixer des objectifs chiffrés de diminution de leur consommation.

1. Une impulsion interministérielle trop faible

L'action des pouvoirs publics français s'appuie sur une stratégie interministérielle³⁶ pilotée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), placée sous l'autorité du Premier ministre.

35. 28 % des jeunes citent ces demandes comme prioritaires, les classant en tête des propositions d'actions.

36. [Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027](#).

Cette stratégie manque toutefois d'objectifs de santé publique clairs, notamment en termes de diminution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes. Elle vise ainsi à faire reculer l'âge des expérimentations, à réduire les consommations de produits psychoactifs, à prévenir les conduites addictives des enfants et jeunes adultes, à rendre les produits moins accessibles, ou encore à lutter contre la criminalité, la violence et l'insécurité liées aux trafics, sans que des cibles chiffrées ne soient mentionnées.

Il conviendrait donc que la stratégie interministérielle portée par la Mildeca définisse des objectifs de baisse de la consommation d'alcool et de drogue chez les jeunes, chiffrés par le ministère de la santé et inscrits dans un calendrier pluriannuel, en s'appuyant sur des mesures dont la mise en œuvre serait cadencée dans le temps. Une plus grande mobilisation du ministère de l'éducation nationale est également nécessaire. L'âge étant l'un des principaux facteurs de vulnérabilité, les collèges, les lycées et les établissements d'enseignement supérieur ont en effet un rôle-clé à jouer pour identifier les jeunes à risque, les sensibiliser aux dangers des drogues et les conseiller.

Des outils ont été mis à disposition des personnels de l'Éducation nationale sur le site [Éduscol](https://eduscol.education.fr)³⁷. À ce stade, aucun suivi ne permet d'en mesurer la mise en œuvre.

Une stratégie nationale de développement des compétences psycho-sociales chez les enfants et les jeunes (CPS)³⁸ a été lancée. Il s'agit de renforcer les compétences sociales, émotionnelles et cognitives des jeunes pour améliorer leur capacité à s'intégrer et à entrer en relation avec les autres. Selon l'Organisation mondiale de la santé, cette démarche permet de prévenir les conduites à risque et a un effet favorable sur la santé mentale, le climat scolaire et la réussite éducative des jeunes. Entre 2018 et 2021, 240 projets ont été financés par le fonds de lutte contre les addictions, pour un montant total de 26 M€. Après évaluation, il pourrait être pertinent d'accélérer la mise en œuvre de ce programme.

2. Un pilotage territorial à mieux coordonner et à dynamiser

Au niveau régional, la situation est contrastée mais se caractérise par un manque de dynamisme, même si douze des dix-huit ARS ont déjà signé des feuilles de route régionales avec la Mildeca. Il convient d'inciter les agences restantes à faire de même.

Dans cinq agences régionales de santé, le projet régional de santé ne comporte aucun chapitre spécifique sur les addictions. Certaines ARS prévoient toutefois de définir dans ce domaine une feuille de route régionale.

Une impulsion plus forte est donc nécessaire pour harmoniser les pratiques et veiller à la déclinaison, dans tous les projets régionaux de santé, de la feuille de route de la Mildeca. Les projets régionaux de santé doivent par ailleurs se fixer quelques objectifs clairs en termes de diminution de la consommation de drogue et d'amélioration de l'accès aux soins des jeunes souffrant d'addictions, notamment dans le secteur médico-social.

37. <https://eduscol.education.fr/3526/comment-aborder-la-prevention-des-conduites-addictives-l-ecole>

38. Instruction interministérielle n° DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037

Les exemples de l'Islande et du Danemark : une mobilisation de toute la société pour une prévention renforcée

Le Danemark a déployé le programme « MOVE », qui mobilise dans les territoires tous les acteurs, associatifs, soignants, éducatifs, élus locaux, autour d'un programme de prévention ambitieux. Il permet aux jeunes de 15 à 25 ans de bénéficier d'un suivi individualisé, avec un entretien d'évaluation, douze séances de traitement hebdomadaires et un traitement de suivi pendant six mois. Des liens sont établis entre les acteurs pour que les jeunes qui suivent le programme aient accès à des aides (logement, formation, aide à la recherche d'emploi et aux services sociaux). La moitié des jeunes interrogés 21 mois après le début de traitement ne consommaient plus de drogue et étaient davantage insérés socialement. Des analyses économiques ont aussi établi que le programme MOVE coûtait moins cher que les traitements standards de prise en charge de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Les économies réalisées par la société s'élèvent en moyenne à environ 27 000 couronnes danoises, soit 3 600 € par personne au cours des cinq premières années suivant la participation des jeunes au traitement³⁹.

L'Islande a aussi obtenu de bons résultats avec des actions fortes : l'interdiction de la publicité pour de l'alcool et de la vente d'alcool aux moins de 20 ans, l'édiction d'un couvre-feu à 22 heures pour les moins de 16 ans, ou encore l'investissement dans la construction d'aires sportives et le développement associatif, ont permis de réduire nettement l'alcoolisme et la consommation de cannabis chez les jeunes. Entre 1998 et 2018, le pourcentage des jeunes de 15 à 16 ans qui se sont trouvés au moins une fois en état d'ébriété sur une période d'un mois est passé de 42 % à 5 % et la part de ceux qui ont consommé du cannabis serait passée de 17 % à 5 %⁴⁰.

Un autre facteur de succès est le fait que, comme au Danemark, tous les acteurs publics ont été mobilisés : les associations de jeunesse, les missions locales et les structures sportives et, plus généralement, tous les lieux fréquentés par les jeunes. L'Islande a également veillé à l'implication des jeunes pour renforcer leur adhésion aux traitements.

B. Des outils plus efficaces à mettre en place

Il importe de prévenir le plus tôt possible les comportements à risques des jeunes grâce à des informations sur les risques encourus, et de s'appuyer sur une large palette d'outils, intégrant une action sur la vente d'alcool.

39. Autorité danoise des Affaires sociales et du Logement, *Fem kritiske succesfaktorer for implementering af MOVE*, avril 2024.

40. Gudberg Konrad Jonsson et Harvey Milkman, *Perspective: Iceland Succeeds at Preventing Teenage Substance Use*, Future Governments Vol: 7, 2019.

1. Des campagnes de communication destinées à la jeunesse à repenser

La France n'a pas déployé de campagne de communication d'ampleur pour prévenir la consommation de drogues, mobiliser toute la société sur ce thème et mieux impliquer la jeunesse⁴¹. Son absence est motivée par des doutes sur l'efficacité de cet outil. De fait, la campagne dénommée *National Youth Anti-Drug Media Campaign*, conduite entre 1999 et 2002 aux États-Unis, s'est révélée contre-productive. Elle a en effet entraîné une normalisation de la consommation du cannabis chez les jeunes⁴². En revanche, celle intitulée *Above the Influence*, lancée également aux États-Unis et qui visait à lier autonomie et non-consommation de drogues⁴³, a eu des effets positifs. Ces épisodes mettent en évidence l'importance de veiller à la manière dont le message est formulé. Ils ne remettent pas en cause l'utilité même de ces vastes campagnes de communication.

Il convient donc de poursuivre ces efforts pour utiliser les bons termes et les bons canaux d'expression, notamment les réseaux sociaux populaires auprès des jeunes, et d'amplifier la dynamique de communication de prévention en santé⁴⁴. La Mildeca a ainsi noué un partenariat avec l'application de discussion *Snapchat*, qui permet aux contenus destinés à la prévention de la consommation de drogues et des conduites addictives d'être proposés au sein d'un portail éducatif applicatif, « *Heads Up* ». Cette initiative doit être évaluée et, le cas échéant, utilisée à l'appui du lancement d'une campagne ciblée d'information et de sensibilisation des jeunes sur la prévention des addictions aux drogues et à l'alcool.

2. Une action résolue à mener sur le prix de vente des boissons alcooliques

Dans les conclusions du sondage réalisés à la demande de la Cour auprès des jeunes, l'une des propositions les plus fréquemment formulées par ces derniers est de limiter la vente d'alcool, en particulier d'en faire respecter l'interdiction par des sanctions renforcées, et même d'en augmenter le prix.

L'article L. 3342-1 du code de la santé publique interdit la vente d'alcool aux jeunes de moins de 18 ans. La publicité est autorisée sur Internet, sauf sur des sites principalement destinés à la jeunesse ou consacrés au sport ou à l'activité physique.

La vente à des mineurs de boissons alcooliques est punie de 7 500 € d'amende depuis la loi du 21 juillet 2009. Il en est de même de l'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs dans les débits de boissons et tous les commerces ou lieux

41. Des campagnes plus limitées ont toutefois été déployées, comme « C'est la base », mise en œuvre par Santé publique France en 2023.

42. Robert Hornik, Lela Jacobsohn, Robert Orwin, Andrea Piesse, Graham Kalton, *Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths*, American Journal of Public Health, 2008.

43. Michael D. Slater, Kathleen J. Kelly, et alii, *Assessing media campaigns linking marijuana non-use with autonomy and aspirations: "Be Under Your Own Influence" and ONDCP's "Above the Influence"*, Prevention Science, 2011.

44. Selon la Mildeca, les campagnes sont utiles pour développer une meilleure appréhension des risques, afin de mieux s'en prémunir et savoir les réduire. Les jeunes peuvent être avertis des dangers liés aux diverses consommations. Santé publique France, de son côté, réalise un travail en amont du lancement des campagnes de communication.

publics. La loi impose en outre à tout vendeur d'alcool d'exiger du client une preuve de sa majorité, notamment par la production d'une pièce d'identité⁴⁵.

La Cour avait relevé en 2016 que ces obligations n'étaient pas toujours respectées⁴⁶. L'enquête dont est issu le présent chapitre a montré que c'est encore le cas. En effet, des achats tests montrent qu'une majorité de magasins continuent de vendre de l'alcool aux mineurs. Une enquête menée par Addictions France en 2021 a révélé que la moitié des magasins testés n'affichait pas la signalétique d'interdiction de vente aux mineurs. Dans 80 % des cas, il était possible d'acheter de l'alcool sans que la carte d'identité soit demandée. Lorsqu'elle l'était, la vente avait tout de même lieu dans six cas sur dix⁴⁷. Il importe particulièrement, sur ce sujet aux conséquences potentiellement lourdes pour les jeunes, que la loi soit pleinement respectée.

L'introduction d'un prix minimum des boissons alcooliques pourrait aussi se révéler utile pour détourner les jeunes de l'alcool. L'instauration d'un prix plancher, fondé sur la teneur en éthanol des produits alcooliques, est susceptible d'être efficace⁴⁸. Son impact se concentrerait en effet principalement sur les produits les moins chers, qui sont consommés de manière disproportionnée par les gros buveurs. Au Royaume-Uni, le National Institute for Clinical Excellence (NICE) a souligné dès 2012 l'intérêt de ce dispositif pour protéger les jeunes à partir de 18 ans. En Colombie-Britannique, les prix minimums ont été progressivement ajustés à la hausse entre 1989 et 2010. En moyenne, chaque augmentation de 10 % des prix minimums a été suivie d'une réduction de 10 % de la consommation, de 32 % de la mortalité et de 9 % des hospitalisations dues à l'alcool pour l'ensemble de la population. En Écosse, un prix minimum a été instauré en 2018. Il est crédité d'une réduction globale de 13,4 % des décès et de 4,1 % des hospitalisations imputables à l'alcool et d'une baisse de la consommation de 3 %. Les baisses de ventes les plus importantes ont concerné les produits dont le prix avait le plus augmenté⁴⁹.

D'autres éléments tendent à prouver qu'une telle mesure pourrait avoir un impact important sur la consommation d'alcool des jeunes. Une enquête a ainsi montré que les moins de 25 ans citaient le prix comme critère le plus important lorsqu'ils choisissent un produit alimentaire⁵⁰. Les réponses à l'enquête réalisée auprès des jeunes à la demande de la Cour des comptes indiquent que 67 % d'entre eux jugent cette mesure efficace. Elle avait déjà été recommandée par la Cour⁵¹ et envisagée dans des rapports parlementaires⁵².

45. Depuis l'adoption de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST »), l'interdiction de vente des boissons alcooliques a été instaurée pour tous les mineurs. Ensuite, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a édicté une obligation, pour la personne qui délivre des boissons alcooliques, d'exiger une preuve de majorité.

46. Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, rapport public thématique, juin 2016.

47. https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/10/DP_AddictionsFrance_Testing.pdf

48. Une étude française menée par Fabrice Etilé a ainsi montré qu'agir sur les prix constitue un levier efficace pour réduire la consommation.

49. <https://www.who.int/europe/fr/news/item/26-07-2023-no-place-for-cheap-alcohol--scotland-s-minimum-unit-pricing-policy-is-protecting-lives>

50. Enquête Toluna Harris Interactive pour France assos santé : *Les Français et les enjeux de santé liés à leur environnement de vie*, décembre 2023.

51. Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, rapport public thématique, juin 2016.

52. Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, *Rapport d'information en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation*, juin 2023 et Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et commission des finances, *La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?*, mai 2024.

La légalisation et l'augmentation de la consommation du cannabis

Il existe trois catégories de systèmes juridiques dans le monde : les pays qui interdisent la consommation de cannabis (dont la France), ceux qui en ont dépénalisé la consommation sans pour autant en légaliser la commercialisation (32 pays dans le monde) et ceux qui ont complètement légalisé le cannabis, c'est-à-dire qui autorisent tant sa consommation que sa commercialisation (12 pays).

Dans la première catégorie, c'est-à-dire les pays qui ont interdit l'usage du cannabis, figurent notamment la France, l'Irlande, la Suède et le Danemark. Ainsi, en France, l'article L. 3421-1 du code de la santé publique dispose que « *l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende* ». Il ajoute toutefois que l'action publique peut être éteinte par le versement d'une amende forfaitaire d'un montant de 200 €.

La deuxième catégorie est composée des pays ayant dépénalisé l'usage du cannabis (ce qui signifie que l'État renonce à poursuivre les consommateurs de cannabis). Ils sont au nombre de 32, l'un des plus anciens étant les Pays-Bas, depuis le 1^{er} janvier 1976. Parmi les autres pays concernés se trouvent aussi l'Espagne, le Portugal, l'Autriche, l'Italie ou la Grèce.

Enfin la troisième catégorie est celle des pays ayant abrogé l'interdiction de consommer du cannabis, et l'ayant donc légalisé. Ces pays sont au nombre de 12 dont l'Uruguay, qui est le premier à l'avoir fait, en 2013, suivi par onze États, dont trois européens : Malte, le Luxembourg et, depuis le 1^{er} avril 2024, l'Allemagne, sous des conditions strictes.

Quels que soient leurs objectifs, la légalisation et la dépénalisation du cannabis conduisent souvent à une hausse de sa consommation, avec des conséquences du point de vue de la lutte contre les addictions. Ainsi, le nombre d'individus déclarant avoir consommé du cannabis dans l'année a augmenté de sept points au Canada⁵³. En Uruguay, dans les cinq ans qui ont suivi la légalisation, le nombre de consommateurs de cannabis a progressé de 30 %⁵⁴.

53. Le taux de consommation de cannabis était de 14,8 % en 2017, année précédant la légalisation, et de 22 % en 2021 (<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/231016/dq231016c-fra.htm>).

54. Investigación y Evaluación | JND (www.gub.uy) (Cette étude ne distingue pas les jeunes de 12 à 25 ans du reste de la population).

Au sein de l'Union européenne, 21 pays autorisent le cannabis médical, dont la France, à titre expérimental. La France autorise aussi la vente du cannabidiol (CBD), une substance naturellement présente dans la plante de cannabis (ou chanvre). Il se distingue du tétrahydrocannabinol (THC), principal composé psychoactif du cannabis, et n'est pas classé comme stupéfiant ou psychotrope. À ce jour, aucune étude sérieuse n'a été produite en France sur les effets sanitaires de la consommation du CBD.

Le sondage réalisé à la demande de la Cour a montré que 43 % des jeunes de 12 à 25 ans considéraient la légalisation du cannabis comme inefficace pour prévenir les addictions aux drogues. 22 % considèrent la légalisation comme efficace, 23 % comme moyennement efficace et 12 % n'ont pas d'avis.

Conclusion et recommandations

La consommation de drogues illicites et d'alcool par les jeunes, leur banalisation parfois, et les effets coûteux sur les plans sociaux et économiques des addictions, sont un enjeu de santé publique majeur et ce d'autant plus que la situation reste préoccupante en France.

La réussite des politiques de prévention et de lutte contre ce fléau mises en œuvre dans les pays du Nord montre que la lutte contre les addictions peut être conduite plus efficacement. Elle passe par une politique de prévention et de soin ambitieuse, conçue pour mobiliser toute la société, afin de préserver l'avenir des jeunes de 12 à 25 ans.

La Cour formule à cet effet les recommandations suivantes :

1. conduire une étude épidémiologique sur la situation des jeunes souffrant d'addictions (*ministère de la santé et de l'accès aux soins, Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Santé publique France*) ;
2. dresser un état des lieux, agrégé nationalement, de l'offre médico-sociale destinée aux jeunes en état de dépendance aux drogues ou à l'alcool et doter la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives d'objectifs chiffrés de réduction de la consommation de drogue et d'alcool chez les jeunes (*ministère de la santé et de l'accès aux soins, Caisse nationale de l'assurance maladie, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Santé publique France*) ;

3. mobiliser les acteurs du monde éducatif, sanitaire et médico-social pour sensibiliser les jeunes aux risques addictifs des drogues illicites et de l'alcool, ainsi que pour repérer et orienter les jeunes consommateurs (*ministère de l'éducation nationale, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé et de l'accès aux soins*) ;
4. lancer une campagne d'ampleur destinée aux jeunes pour les sensibiliser aux effets nocifs de la consommation de drogues illicites et d'alcool (*ministère de la santé et de l'accès aux soins, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives*) ;
5. mettre en place un prix minimum de l'unité d'alcool pur contenu dans chaque boisson, pour prévenir et réduire notamment la consommation des jeunes (*ministère de la santé et de l'accès aux soins, ministère du budget et des comptes publics*) (recommandation reformulée).

Réponses reçues à la date de la publication

Réponse de la ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.....	94
Réponse du président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).....	97
Réponse de la directrice générale de Santé publique France.....	98

Destinataires n'ayant pas répondu

Madame la ministre de la santé et de l'accès aux soins
Monsieur le ministre auprès du Premier ministre, chargé du budget
et des comptes publics
Monsieur le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie

Réponse de la ministre d'État, ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Vous avez adressé un chapitre destiné à figurer dans le rapport public annuel 2025 de la Cour des comptes et intitulé « les addictions des jeunes aux drogues illicites et à l'alcool : un enjeu de prévention et de prise en charge ».

Je souhaite porter à votre connaissance mes remarques sur la recommandation n° 3 adressée à mon département ministériel, et formulée en conclusion de ce projet de chapitre, par laquelle la Cour préconise de « *mobiliser les acteurs du monde éducatif, sanitaire et médico-social pour sensibiliser les jeunes aux risques addictifs des drogues illicites et de l'alcool, ainsi que pour repérer et orienter les jeunes consommateurs* ».

Je rappelle l'importance de la participation des acteurs du monde éducatif à la sensibilisation des jeunes aux risques d'addiction et des actions conduites en la matière.

S'agissant tout d'abord de la prévention primaire réalisée à l'école, dans le cadre des comités d'éducation à la santé, la citoyenneté et l'environnement (CESCE), chaque établissement scolaire du second degré met en œuvre des actions de sensibilisation et de prévention en direction des élèves et de leurs parents, notamment en matière de prévention des conduites addictives.

Le CESCE s'appuie sur l'expertise du pôle santé / social (médecin scolaire, infirmier scolaire, assistant de service social scolaire, notamment). Ce pôle peut proposer l'organisation de séances de prévention conduites par ses soins et / ou s'appuyer

sur l'expertise de partenaires extérieurs locaux : référent police nationale, unité éducative en milieu ouvert de la protection judiciaire de la jeunesse (UEMO-PJJ), maison des adolescents (MDA), consultation jeune consommateur (CJC), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

Par ailleurs, le service social en faveur des élèves (SSFE), service social spécialisé de l'Éducation nationale, est chargé de conduire la politique de prévention des conduites addictives et de mettre en œuvre un accompagnement social individualisé.

Les conduites addictives, repérées chez les collégiens et les lycéens, se manifestent bien souvent à la suite d'un décrochage scolaire. Dans ce cas, le SSFE doit se fixer pour objectif de limiter la consommation du jeune en l'orientant vers une prise en charge médico-sociale adaptée. À ce titre, les MDA et les CJC sont des relais de premier plan.

Dans des situations plus aigües, les conduites addictives peuvent révéler des difficultés éducatives intrafamiliales, voire des dysfonctionnements familiaux graves. Le SSFE a vocation à soutenir le jeune et sa famille en sollicitant une mesure de protection de l'enfance dans un cadre administratif si possible, judiciaire le cas échéant.

Lorsque les conduites addictives repérées chez le jeune engendrent des conduites délictueuses avec des retentissements sur le parcours scolaire et/ ou le parcours de vie, le SSFE pourra, après évaluation de la situation, solliciter une mesure judiciaire d'investigation éducative auprès du parquet des mineurs. Dans la majorité des situations rencontrées, l'UEMO-PJJ contacte l'assistant de service social de l'établissement scolaire en vue de co-construire, avec le jeune, un parcours scolaire adapté, conformément aux préconisations de la circulaire n° 2015-121 du 3 juillet 2015.

Il y a lieu de souligner également l'importance de la formation continue des personnels sociaux (assistants de service social et conseillers techniques) et de santé intervenant dans les établissements d'enseignement du second degré. Ces personnels bénéficient régulièrement, notamment par le biais de leur réunion de service ou d'invitation à des colloques, de l'expertise des partenaires experts de cette problématique. À cet égard, il convient de citer le lien régulier établi entre la mission métropolitaine des conduites à risques et les services de l'Éducation nationale, pour la région Île-de-France, ou l'appui du réseau des MDA et des CAARUD, sur l'ensemble du territoire.

En outre, à l'école, dans le cadre de la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales (CPS) chez les enfants et les jeunes 2022-2037, plusieurs mesures ont été mises en œuvre :

- création de délégations académiques ;
- formation des personnels ;
- généralisation de cours d'empathie dans les écoles ;
- publication de ressources et mise en ligne d'une page Éduscol dédiée.

Les inspecteurs d'académie ont été formés à la mise en œuvre des comités territoriaux chargés du suivi de cette stratégie et, notamment, des programmes « probants » (par exemple : Unplugged) qui contribuent à la prévention des conduites addictives.

Dans l'enseignement supérieur, la lutte contre les addictions et les conduites addictives est un enjeu majeur, désormais inscrit dans le code de l'éducation : la mission de prévention des conduites addictives est assignée aux établissements et aux services de santé étudiante, réformés par le décret n° 2023-178 du 13 mars 2023 relatif aux services universitaires et interuniversitaires de santé étudiante, modifiant les articles D. 714-20 à D. 714-27 du code.

En effet, l'entrée dans la vie étudiante se traduit par l'éloignement du foyer familial, de nouveaux rythmes de vie, une pression académique, qui génèrent des sources de stress et une fragilisation de la santé mentale des étudiants susceptibles d'induire diverses consommations de produits psychoactifs. C'est dans un objectif de prévention primaire qu'une information est délivrée à chaque étudiant et qu'un examen de santé systématique est proposé à tout étudiant au cours de son cursus dans l'enseignement supérieur.

La stratégie de mon ministère s'articule autour de la construction d'outils de réduction des risques et plus largement, d'une réflexion sur la mise en place d'un cadre d'études favorisant la promotion de la santé, au sens du bien-être physique, mental et social. L'environnement est entendu au sens des différents lieux de vie étudiants : les locaux et espaces d'études ou de formation, de restauration, d'activités physiques, de logement, d'activités culturelles. Une réflexion s'organise autour du concept d'université promotrice de santé, lieu protecteur pour ses étudiants ; une animation nationale contribue à cette réflexion. Les établissements conduisent des actions en faveur de la promotion d'environnements favorables à la santé, qui reposent sur une démarche décloisonnée entre les services. Les services de santé étudiante et les étudiants relais santé jouent un rôle clé dans ces dispositifs.

Dans cet esprit, un premier appel à manifestation d'intérêt a permis de conduire 4 projets dans des établissements (universités et écoles d'ingénieurs) entre 2022 et 2025. Il a été suivi d'un second appel à projet concernant 4 grandes écoles. Ces projets, financés par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives ont permis de mobiliser des actions multiples et des outils variés. Les expérimentations qui en sont issues ont vocation à être capitalisées.

En outre, dans le cadre de la stratégie nationale multisectorielle de développement des CPS chez les enfants et les jeunes 2022-2037, que j'évoquais *supra*, une feuille de route est dédiée au déploiement des CPS dans l'enseignement supérieur. Le renforcement de la mobilisation de ces compétences chez les étudiants et les personnels permettra ainsi de lutter plus efficacement contre les addictions.

Enfin, un guide dédié à l'accompagnement des organisateurs de week-end d'intégration et de rassemblement festifs a été publié en septembre 2024. Une

large communication y a été associée. La majorité des 62 services de santé étudiante développent des actions de réduction des risques, en lien avec les partenaires de leurs territoires.

La stratégie globale conduite dans l'enseignement supérieur permet de prévenir l'entrée dans les addictions et d'accompagner la sortie des conduites addictives pour les addictions à des produits licites comme à des substances illicites. Elle sera poursuivie en 2025, à travers, notamment, la formalisation de la feuille de route en matière de développement des CPS, et l'organisation d'une conférence de prévention étudiante, qui permettra de mobiliser largement les acteurs autour de la notion d'université promotrice de santé.

Réponse du président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

En premier lieu, je souhaite vous remercier pour la prise en compte de nos observations formulées en réponse au relevé d'observations provisoires (ROP) relatif à l'enquête de la Cour des comptes sur les addictions des jeunes aux drogues et à l'alcool S2024-1250 transmises le 9 octobre dernier.

À la lecture du chapitre, je souhaite formuler à nouveau des remarques qui avaient été portées à la connaissance de la Cour par la réponse au ROP de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) et qui concernent l'existence de deux grandes enquêtes épidémiologiques en France (Enclass et ESCAPAD) qui permettent de documenter les évolutions des usages de substances psychoactives chez les jeunes français (<https://www.ofdt.fr/enquetes-epidemiologiques-1692>).

Ceci doit conduire à envisager la reformulation de trois passages.

La Cour relève que « *Le niveau de consommation de drogues et d'alcool est suivi drogue par drogue dans notre pays mais, en termes épidémiologiques, l'addiction n'est pas mesurée.* » et que « *D'un point de vue épidémiologique, la France ne dispose pas d'un système d'information ni d'un dispositif de suivi du nombre de jeunes qui souffrent d'addiction* ».

Étant donné la très faible prévalence du trouble de l'usage de substances (addiction) en population générale adolescente, il n'est pas possible de mesurer ces indicateurs auprès de cette population car les analyses statistiques ne seraient pas exploitables, à l'exception du cannabis (cf. *infra*). Il ne s'agit donc pas d'une lacune dans le dispositif d'observation scientifique des tendances addictives chez les jeunes français. En effet, la combinaison de ces deux dispositifs de l'OFDT (Enclass et ESCAPAD) permet de fournir des résultats scientifiques au plus haut niveau des standards internationaux, notamment du fait de taux de réponses excellents, dépassant les 75 %.

Réponse de la directrice générale de Santé publique France

Vous avez bien voulu nous adresser chapitre destiné à figurer dans le rapport public annuel 2025 de la Cour des comptes et relatif aux addictions des jeunes aux drogues illicites et à l'alcool : un enjeu de prévention et de prise en charge.

Santé publique France partage la majorité des résultats et recommandations de cette enquête. Celle-ci couvre l'ensemble des aspects du problème : de la prise en charge à la prévention y compris les mesures réglementaires et fiscales.

Mettre l'accent sur l'addiction des jeunes est classique en raison de l'importance symbolique de la jeunesse pour la société et son avenir. Il est néanmoins nécessaire de rappeler que les jeunes ne peuvent pas être considérés comme une population à part du reste de la population. Les adolescents, jeunes adultes et les autres adultes sont en interaction permanente et sont irrigués par les mêmes influences culturelles, sociétales et commerciales.

Il est également nécessaire de rappeler que les consommateurs de substances psychoactives ne souffrent pas tous d'addiction, concept d'ailleurs assez difficile à objectiver et à mesurer comme le rappelle la Cour. Si près d'un tiers (28 %) des jeunes Français de 15 à 24 ans ont consommé au moins un produit stupéfiant au cours des douze derniers mois d'après le chapitre de la Cour (à comparer à 17 % dans l'Union européenne), ils ne relèvent pas tous, loin de là, d'un dispositif de soins et de prise en charge addictologique. Il est important d'avoir à l'esprit qu'il existe un continuum de comportements et qu'il faut résister à la tendance de tout classer sous une même étiquette d'addiction.

Santé publique France partage le besoin d'ajouter un volet « prévention de l'entrée dans la consommation de substances psychoactives des jeunes » en plus de l'approche de sortie des consommations ou de réduction des risques festifs actuellement en place.

Ceci est réalisé entre autres par des programmes de développement des compétences psychosociales des jeunes comme recommandé par plusieurs expertises collectives de l'Inserm. Certains programmes européens, tel qu'Unplugged, ont été évalués comme étant capables de réduire l'initiation de la consommation de substances psychoactives. Dans le contexte français, il a récemment été montré que ce programme permet un retour sur investissement de 6 € en perspective restreinte au système de santé. Dans une perspective sociétale (incluant la valorisation des décès via la valeur de la vie statistique), 1 € dépensé dans le programme permettrait de générer 150 € en coûts évités, toutes choses égales par ailleurs.

Concernant les campagnes médiatiques de prévention, il convient d'être prudent en raison des échecs de prévention rencontrés par le passé (effet boomerang) et bien documentés scientifiquement, comme le rappelle la Cour. Le meilleur argument n'est pas forcément le risque sanitaire classiquement mis en avant ; des arguments psychologiques sur le maintien de la maîtrise sur sa propre autonomie peuvent être proposés comme par exemple la campagne Above the influence citée par la Cour.

Le modèle islandais, rappelé par la Cour, influencé par le chercheur américain Milkman, et reposant sur de nombreux ressorts théoriques reconnus de modification de l'environnement des jeunes, manquerait malheureusement de preuves empiriques solides. Les baisses des ivresses des jeunes constatées en Islande sont identiques à celles d'autres pays européens et les auteurs islandais des évaluations n'ont pas pu les corrélérer à l'intervention. C'est ce que rappelle la Société européenne de recherche en prévention¹ dans son position paper. Ce n'est pas l'approche inspirante qui est critiquée, mais le besoin de renforcer l'évaluation que ce soit en Islande ou dans les autres pays intéressés pour adopter et adapter le modèle islandais à leur contexte.

Par ailleurs il est important de mentionner que les services d'aide à distance portés par Santé publique France, et en particulier les dispositifs Alcool info service, Drogues info service et Écoute cannabis, sont des dispositifs de premier recours particulièrement adaptés au public jeune. À titre d'illustration, en 2022, sur 39 115 appels et chats traités, 4 021 proviennent de jeunes de moins de 25 ans (soit 10 % des sollicitations). L'aide à l'arrêt, les effets et risques liés aux produits, les inquiétudes suite à un malaise physique ou psychique attribué à une consommation, la recherche d'information sur le dépistage sont les principales thématiques évoquées par les jeunes. Agir pour les jeunes, c'est également s'adresser à leur entourage. 3 413 demandes d'aide et d'information provenant de l'entourage concernent des jeunes de moins de 25 ans.

Les jeunes expriment globalement une réticence à parler de leurs consommations avec un professionnel en face à face. Face à ce frein, l'anonymat, l'absence de regard, l'amplitude horaire d'un dispositif d'aide à distance tel qu'Alcool info service, Drogues info service et Écoute cannabis sont des leviers souvent facilitateurs pour les jeunes. Répondre à leurs questions, interrogations, inquiétudes sur leurs consommations, les encourager à consulter un professionnel de santé contribue à une démarche globale de prévention.

Enfin, en ce qui concerne la conclusion et les recommandations :

- La recommandation 1 porte sur la conduite d'une « *étude épidémiologique sur la situation des jeunes souffrant d'addictions* ». Des enquêtes permettant de décrire cette situation existent déjà, portées par l'OFDT et Santé publique France. Il conviendrait de préciser le périmètre de l'étude épidémiologique recommandée par la Cour.
- La recommandation 3 mentionne les acteurs de l'éducation ; elle pourrait être élargie à une implication renforcée de ces acteurs, aux côtés des acteurs de la santé et de la prévention, dans la stratégie de développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes dont l'efficacité a été largement démontrée pour prévenir et limiter l'entrée des jeunes dans les consommations de substances. La sensibilisation et le repérage sont nécessaires mais ne suffisent pas en matière de prévention.

1. <https://euspr.org/2020/02/10/position-paper-of-the-european-society-for-prevention-research-on-the-icelandic-model/> accédé le 31 décembre 2024

- Une recommandation portant sur le respect de l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs pourrait être formulée, au vu de l'importance et de la persistance des contournements constatés.
 - Lancer une campagne d'ampleur destinée aux jeunes pour contribuer à la réduction de la consommation de drogues illicites et d'alcool. L'approche préventive de cette campagne devra être testée et l'argument de la nocivité n'est pas nécessairement le plus efficace, comme l'indique la Cour en mentionnant la campagne Above the influence. On peut aussi imaginer de renforcer positivement la baisse de la consommation correspondant à des tendances naturelles observées.
-