

En novembre 1997, 76 % des recours des usagers de drogues illicites aux établissements de soins, spécialisés ou non, sont liés à la consommation de produits opiacés, 12% au cannabis, 4 % aux médicaments psychotropes et 3 % à la cocaïne ou au crack. Cette répartition est restée assez stable depuis la fin des années 80. La part des prises en charge liées aux psychotropes a toutefois diminué (de plus de 8% à 4%). Cette stabilité apparente recouvre toutefois une très forte augmentation des recours au système de soins, qui concerne les usagers de tous les types. Le nombre de prises en charge a triplé au cours de la décennie et atteint près de 30 000 en novembre 1997. L'évolution du système de soins et le développement des traitements de substitution en expliquent une large part, sachant que deux tiers des usagers d'opiacés pris en charge bénéficient de ces traitements.

**Christophe PALLE**  
Observatoire français des drogues  
et des toxicomanies OFDT  
**Sergine TELLIER**  
Ministère de l'Emploi et de la solidarité  
DREES

## Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1997

Le nombre d'usagers de drogues pris en charge par les établissements sanitaires et sociaux était d'environ 25 000 en novembre 1997. Depuis 10 ans, les prises en charge ont plus que triplé, leur nombre passant de 9 000 en 1987 à 29 000 en 1997 (graphique 1).

Cette augmentation reflète, à la fois, celle du nombre d'usagers, mais aussi l'évolution de l'offre de soins et le développement des traitements de substitution. Les usagers sont, en effet, pris en charge par les différents types d'établissements sanitaires et sociaux dont le nombre s'est fortement accru depuis 1990, avec un recours de plus en plus important aux centres spécialisés (encadrés 1 et 2).

Trois catégories d'usagers méritent toutefois d'être distinguées, selon le type de produits qu'ils consomment à titre principal : les usagers d'opiacés, en moyenne plus âgés, qui sont de loin les plus nombreux et impriment de ce fait leur marque aux caractéristiques moyennes de l'ensemble des toxicomanes ; les usagers de cannabis,



## Les toxicomanes pris en charge par les établissements sanitaires et sociaux résultats globaux de l'enquête de novembre 1997

**Au** mois de novembre 1997, on pouvait évaluer à environ 25 000 le nombre d'usagers de drogues suivies par le système médico-social (tableau). Sur le total des prises en charge, un peu plus de la moitié s'est effectué dans les structures spécialisées, un peu moins de 30 % dans les établissements hospitaliers et un peu moins de 20 % dans les établissements sociaux. Dans les structures spécialisées<sup>1</sup>, seul type de structure pour laquelle les chiffres annuels soient connus, le nombre total de toxicomanes pris en charge au cours de l'année s'est élevé à environ 60 000.

Entre 1990 et 1997 le nombre de recours recensés a triplé dans les centres spécialisés et doublé dans les établissements sanitaires et les établissements sociaux. Cette augmentation rapide des recours est sans doute la conséquence de l'augmentation du nombre des usagers mais également de l'amélioration de l'offre de soins tant du point de vue quantitatif (le nombre de structures concernées par l'enquête de novembre passe de 760 en 1990 à 1231 en 1997) que qualitatif. Le développement du travail en réseau, la diversification des traitements et notamment la prescription de produits de substitution peuvent en effet conduire davantage d'usagers à se faire prendre en charge.

Parmi les toxicomanes pris en charge en novembre 1997, on comptait 23% de femmes. Cette proportion reste globalement stable avec une légère tendance à la baisse. La tendance au vieillissement des usagers ayant recours aux centres spécialisés et aux établissements sanitaires se poursuit en 1997 (respectivement 29,8 ans et 30,5 ans), alors que comme les années précédentes l'âge moyen pour les recours aux centres sociaux s'est maintenu à un peu plus de 24 ans (graphique). Cette différence d'âge moyen s'explique par le poids des usagers de cannabis qui recourent davantage aux établissements sociaux et qui sont en moyenne beaucoup plus jeunes que les usagers d'autres produits (à l'exception des usagers d'ecstasy).

nombre d'usagers de drogues pris en charge en novembre 1997  
selon la catégorie d'établissements

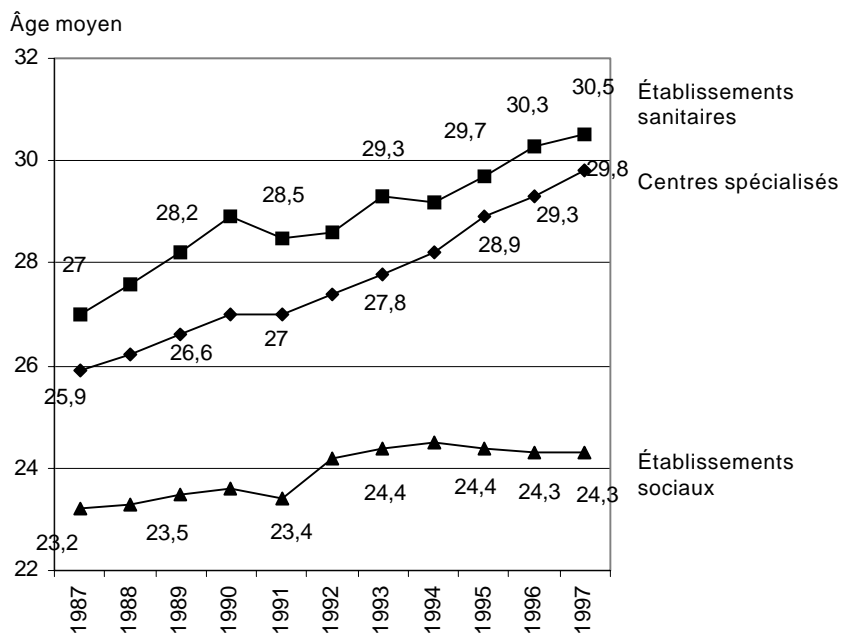
Type d'établissement	Nombre d'établissements	Nombre d'usagers de drogues
<b>Centres spécialisés</b>	<b>271</b>	<b>15 276</b>
<b>Établissements sanitaires</b>	<b>513</b>	<b>8 122</b>
Centre hospitalier régional	56	2 502
Centre hospitalier et hôpital public	268	2 363
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital public	107	2 634
Maison de santé pour malades mentaux	77	312
Service médico-psychologique régional	5	311
<b>Établissements sociaux</b>	<b>447</b>	<b>5 188</b>
Centre d'hébergement et de réadaptation social	287	1 978
Club équipe et prévention	160	3 210
<b>Total</b>	<b>1 231</b>	<b>28 586*</b>
<b>Total hors doubles comptes</b>	<b>1 231</b>	<b>25 338**</b>

\* Le nombre total des toxicomanes n'est pas la somme directe des individus suivis dans chaque structure, dans la mesure où 3248 toxicomanes sont suivis simultanément par un centre spécialisé et un hôpital ou un établissement social.

\*\* Les doubles comptes éventuels au sein de chaque catégorie d'établissements ne sont cependant pas éliminés. Un usager ayant fréquenté plusieurs centres spécialisés ou plusieurs services hospitaliers au cours du mois de novembre sera compté plusieurs fois.

Source : DREES.

évolution de l'âge moyen lors du recours  
selon le type d'établissements



Source : DREES.

1. Les structures spécialisées regroupent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les centres d'accueil pour toxicomanes, les centres d'hébergement et de réadaptation sociale recevant principalement des usagers de drogues.

en moyenne plus jeunes ; enfin, les usagers de médicaments psychotropes (graphique 2).

### Les usagers d'opiacés

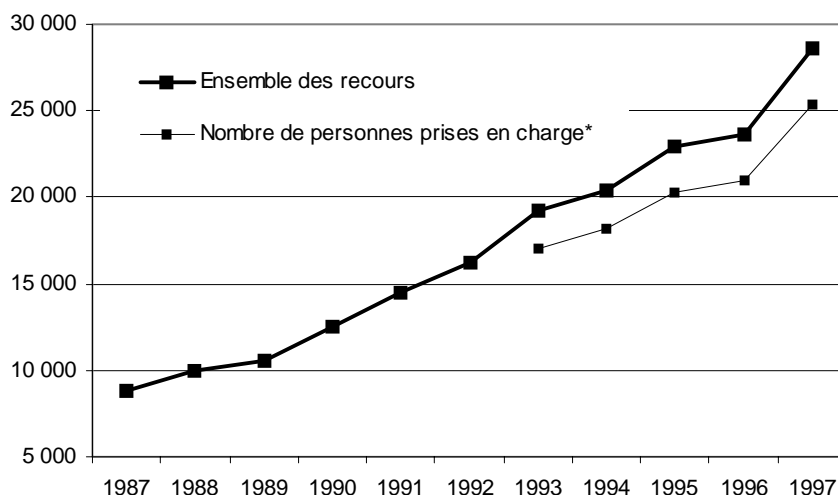
#### ■ Deux usagers sur trois suivent un traitement de substitution.

Les consommateurs dépendants aux opiacés<sup>1</sup> constituent toujours, et même d'avantage qu'au début de la décennie, la clientèle principale des institutions de soins accueillant des usagers de drogues. Ils sont, en novembre 1997, au nombre de 15 000 contre 5 700 en novembre 1987.

La majorité de ces consommateurs suivent cependant un traitement de substitution (57 % dans les centres spécialisés, 40 % dans les établissements sanitaires), et ne consomment plus d'héroïne ou d'autres opiacés non prescrits. La politique de développement de ce type de traitements a commencé à s'affirmer à partir de 1993 et constitue un événement majeur de la seconde moitié de la décennie. En 1994 les prises en charge pour traitement de substitution ne représentaient encore que 6 % des recours aux centres spécialisés et étaient quasiment inexistantes dans les établissements sanitaires. En 1997, deux usagers dépendants aux opiacés sur trois sont déclarés suivre un traitement de substitution. Cette émergence des traitements de substitution est sans doute le principal élément explicatif de l'accroissement du nombre des recours au système de soins depuis 1995 (encadré 3). Il faut cependant souligner que les traitements de substitution, dans leur ensemble, étant beaucoup plus

G  
01

nombre de prises en charge de consommateurs de drogues illicites dans le système médico-social au mois de novembre (1987 - 1997)



\* Les personnes prises en charge peuvent l'être par plusieurs établissements et conduisent dans ce cas à des doubles-comptes dans les recours.

Source : DREES.

E•2

### Les modalités de prise en charge des usagers de drogues

La prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues s'appuie sur un dispositif spécialisé de soins, sur le dispositif de soins de droit commun et sur des établissements sociaux non spécialisés.

#### Le dispositif sanitaire spécialisé

Les centres de soins en ambulatoire assurent l'accueil et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème lié à la dépendance, les consultations médicales, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif. Ils peuvent prendre en charge le sevrage en ambulatoire et l'accompagnement du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution.

Les centres avec hébergement collectif prennent en charge les usagers de drogue sous l'angle médico-psychologique et socio-éducatif ; l'objectif de la prise en charge est la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion sociale des résidents.

Les centres de soins en milieu pénitentiaire interviennent en milieu carcéral.

#### Le système hospitalier général

À la suite de constats sur la sous-médicalisation de la population des usagers de drogues dépendants et de ses difficultés à se faire prendre en charge dans les hôpitaux, différentes mesures ont visé à remédier à cette situation. En 1993 un plan vise ainsi une meilleure implication des services hospitaliers au niveau du sevrage. L'objectif sera ensuite de favoriser l'accès des usagers de drogues à l'ensemble des services hospitaliers. La priorité est donnée en 1996 à l'implication des consultations de médecine, la mise en place d'équipes de liaison et de soins aux usagers de drogues, au renforcement de certains services impliqués dans la prise en charge des usagers en situation de crise et à la formation du personnel hospitalier.

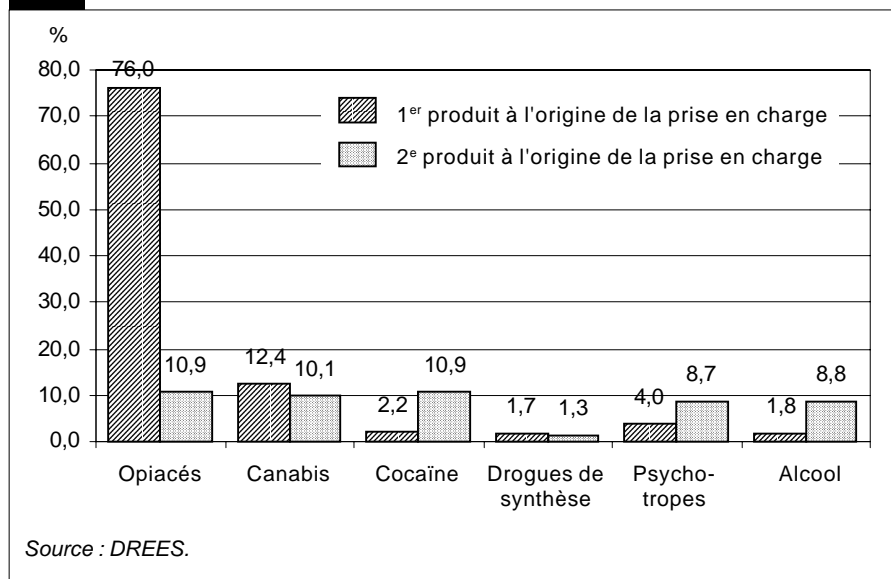
#### Centres sociaux non spécialisés en toxicomanie

Il s'agit de centres pour l'accueil et le soutien à des populations en difficulté ou marginalisées, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, clubs et équipes de prévention, susceptibles de recevoir, entre autres, des toxicomanes, mais qui ne sont pas des établissements sanitaires.

1. Héroïne principalement, mais aussi dérivés de codéine, morphine, opium ou encore méthadone et buprénorphine non prescrites.

G  
02

répartition des recours aux centres spécialisés et établissements sanitaires  
en novembre 1997 selon le premier et le deuxième produit à l'origine de la prise en charge



4

E-3

### Les traitements de substitution

Initiée en 1993, la politique de développement de traitement de substitution s'est d'abord appuyée sur la prescription de méthadone dans des centres agréés, sous des conditions strictes : dépendance de l'utilisateur aux opiacés depuis cinq ans, plusieurs tentatives de sevrage effectués antérieurement, venue quotidienne au centre. Ce traitement vise à réinsérer l'utilisateur dans le circuit médico-social et à lui permettre d'abandonner la voie de l'injection intraveineuse, s'inscrivant ainsi dans la politique de réduction des risques infectieux. À partir de 1995, les possibilités de prescription s'élargissent par l'autorisation de prescription de méthadone pour tous les centres spécialisés sous des conditions moins restrictives pour le patient, avec possibilité de prescription relais par un médecin de ville. À partir de 1996, le nombre de patients sous traitement de substitution va s'accroître très rapidement par la mise à disposition de Subutex dans les pharmacies, prescriptible directement par les médecins généralistes. Les objectifs de la substitution à la buprénorphine sont de favoriser l'insertion dans un processus thérapeutique et de suivi médical mais vise également l'interruption de la consommation d'opiacés et d'augmenter les possibilités d'insertion sociale.

Sous des hypothèses de doses moyennes prescrites par individu, les ventes mensuelles correspondent à la mi 1999 à environ 61 800 patients sous traitement de substitution au Subutex, principalement prescrit en ville mais également dans les centres spécialisés. De même, on peut estimer à 7 400 environ les patients sous traitement de substitution à la méthadone, dont environ 3 100 suivis en ville et de 4 300 suivis dans un centre spécialisé.

Ces nombres sont à rapprocher de l'estimation du nombre des usagers d'opiacés « à problèmes »<sup>1</sup> situé dans une fourchette de 140 000 à 170 000.

1. OFDT, Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances – édition 1999.

souvent prescrits en médecine de ville, il n'existe pas de lien mécanique entre l'augmentation globale de la substitution et l'accroissement de la fréquentation des institutions de soins.

Le développement des traitements de substitution participe de la politique de réduction des risques infectieux impulsée dans les années 1990 pour faire face à l'extension de l'épidémie du VIH puis du virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. La prévalence déclarée du VIH chez les patients traités en centres spécialisés est comprise entre 16 % et 20 % en 1997, ce qui représente une baisse sensible par rapport à la valeur maximale atteinte en 1994. En partie liée aux effets de cette politique de réduction des risques, la baisse peut aussi s'expliquer par l'importance des décès et des nouveaux cas de Sida chez les usagers dans la première moitié des années 1990. Pour l'infection par le VHC, la prévalence est estimée à 58 % sachant que seulement 72 % des statuts sérologiques sont connus pour ce dernier. Contrairement au VIH, cette prévalence est en augmentation. La croissance du nombre d'usagers connaissant leur statut sérologique joue sans doute un rôle dans cette évolution. Mais cette élévation de la prévalence du VHC parmi les usagers d'opiacés s'explique également par les caractéristiques propres de ce virus qui se transmet plus facilement par voie sanguine que le VIH et notamment lors de la mise en commun du matériel d'injection autre que les seringues (eau, cuillère, coton). Le niveau élevé de la prévalence du VHC est également un facteur de propagation de ce virus.

La poly consommation est fréquente : pour 53 % des usagers d'opiacés recensés dans l'enquête, un deuxième produit est à l'origine de la prise en charge. La cocaïne et le crack sont les produits le plus souvent associés (15 %) suivis des médicaments psychotropes (9 %) et de l'alcool (6 %).

■ **L'âge moyen des usagers d'opiacés augmente.**

Le nombre de recours au système de soins augmente dans toutes les classes d'âges, mais la croissance est beaucoup plus forte chez les plus âgés, à partir de 30 ans. De ce fait, l'âge moyen des usagers pris en charge augmente régulièrement (de 25,8 ans en 1987 à 30,5 ans en 1997). Cette augmentation est en partie due au vieillissement des usagers pris en charge et qui se maintiennent dans le système de soins. Les évaluations conduites sur les traitements de substitution montrent, en effet, une forte permanence des personnes soignées, plus de la moitié des patients se trouvant toujours sous traitement plus d'un an après son début.

L'augmentation de l'âge moyen est cependant liée aussi à l'entrée de nouveaux usagers dans les traitements, y compris à des âges plus élevés, avec, sans doute, un effet incitatif du développement de l'offre de soins.

L'âge moyen relativement élevé des usagers d'opiacés est à mettre en relation avec la forte proportion de ceux, relativement aux autres groupes de consommateurs, venus consulter de leur propre initiative. Les autres origines des recours sont, dans 25% des cas, des professionnels de santé (médecin de ville, centre spécialisé de soins aux toxicomanes et hôpital), et dans 6% des cas des mesures judiciaires (injonction thérapeutique et autres obligations de soins).

■ **Des caractéristiques et des comportements distincts suivant l'âge.**

L'âge des usagers d'opiacés pris en charge varie de seize ans à cinquante ans environ (graphique 3). Des différences de comportement séparent les plus jeunes consommateurs (moins de 25 ans) des plus âgés (plus de 30 ans). Liée directement à l'âge, la proportion de premiers recours est beaucoup plus élevée chez les plus jeunes (45% contre 25%). Mais surtout, la

proportion de traitements de substitution est beaucoup plus faible chez les jeunes (56% contre 70%), écart particulièrement marqué pour la prescription de méthadone (11% contre 32%).

L'utilisation de la voie intraveineuse comme mode actuel de consommation est un peu plus souvent mentionné pour les jeunes (25% contre 19%). La prévalence du VIH chez les jeunes consommateurs d'opiacés est beaucoup plus basse que chez les consommateurs de plus de trente ans (4% à 6% contre 27% à 30%), mais la proportion de statuts sérologiques inconnus est très élevée chez les premiers (28%).

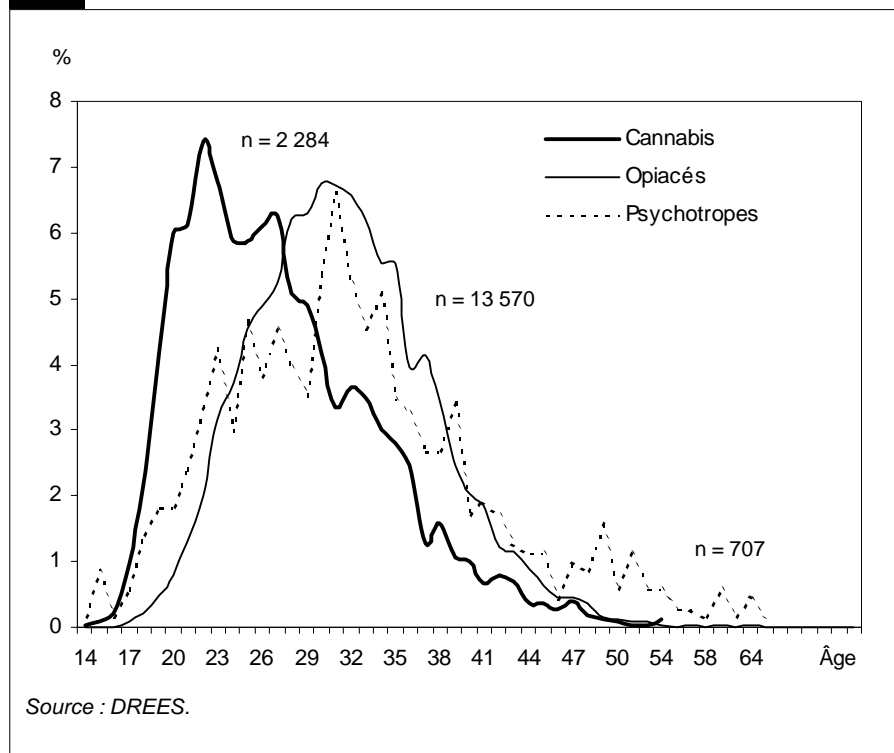
Encore plus souvent consommateurs d'un deuxième produit que les plus de trente ans (57% contre 51%), les jeunes usagers d'opiacés pris en charge par le système de soins y associent plus souvent le cannabis que les plus âgés (15% contre 9%). Ces der-

niers sont, au contraire, davantage consommateurs d'alcool (8% contre 4% pour les moins de 25 ans).

■ **Une forte proportion de recours liés aux opiacés dans cinq régions.**

Bien que les consommateurs d'opiacés, jeunes ou plus âgés, soient toujours les plus nombreux à recourir au système de soins sur l'ensemble du territoire, un groupe de régions se distingue par une proportion plus importante de prises en charge liées aux opiacés : l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Languedoc-Roussillon, l'Alsace et la Corse, qui font partie des régions traditionnellement les plus touchées par l'usage d'opiacés, présentent un nombre de recours au système de soins plus important, rapporté au nombre d'habitants de 20 à 39 ans. Leur recours aux traitements de substitution, mesuré par les ventes de Stéribox® et de Subutex®, par habitants est aussi plus

**G.03** répartition des recours pour usage de cannabis, opiacés et psychotropes selon l'âge des usagers



élevé. Le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et la Champagne-Ardenne se rapprochent de ce groupe avec plus de 80 % des recours liés aux opiacés, mais elles s'en distinguent par une proportion sensiblement plus élevée de jeunes de moins de 25 ans (30 % à 35 %).

Dans les régions où la proportion de consommateurs d'opiacés est plus importante qu'en moyenne, la prévalence du VIH chez les usagers utilisant la voie intraveineuse est en général très élevée (elle atteint 43 à 46% dans la région PACA). Les régions frontalières du nord et du nord-est font cependant exception avec une faible prévalence (7 à 9% dans le Nord-Pas-de-Calais). La prévalence de l'infection par le VHC est, en revanche, élevée dans toutes les régions.

### Les usagers de cannabis

#### ■ Des consommateurs de cannabis plus jeunes.

Le nombre d'usagers de cannabis pris en charge par le système de soins est en augmentation (de 950 en novembre 1987 à 2 500 en novembre 1997), mais leur proportion reste faible dans l'ensemble des prises en charge. On sait, par ailleurs, que l'usage de ce produit se banalise de façon rapide : la dernière grande enquête en milieu scolaire<sup>2</sup> indique qu'à 18 ans, 29% des garçons et 14% des filles en déclarent un usage répété, à savoir, selon la définition retenue, en fumer plus de dix fois par an, et 15% des garçons de 18 ans interrogés déclarent en avoir consommé plus de 10 fois au cours des 30 derniers jours. Le nombre d'usagers ayant recours au système de soins est donc faible par rapport au nombre de consommateurs.

Les consommateurs de cannabis pris en charge au sein du système de soins sont, en général, relativement jeunes. Ils ont en moyenne 25 ans, soit 5 ans de moins que les usagers d'opiacés. Pour 51 % d'entre eux il

s'agit d'un premier recours au système de soins ; pour 22 % leur prise en charge est liée à une mesure judiciaire, et elle est initiée par la famille ou les amis pour 20 % d'entre eux. Ces différentes caractéristiques sont en grande partie liées à l'âge : les mesures judiciaires et notamment les injonctions thérapeutiques sont plus souvent proposées aux usagers de drogues lors de leurs premiers contacts avec la justice qu'aux usagers multirécidivistes. De même, la famille et les amis jouent plus souvent un rôle vis-à-vis des plus jeunes pour les conduire vers le système de soins.

Chez les consommateurs de cannabis, la proportion de femmes est moins importante que chez les consommateurs d'opiacés. La poly consommation apparaît également moins fréquente (42% contre 53%). L'alcool arrive largement en tête comme deuxième produit consommé par ces usagers (18%) alors que c'est la cocaïne pour les usagers d'opiacés.

Même s'ils restent accueillis majoritairement dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, ils sont plus fréquemment pris en charge à l'hôpital que les usagers d'opiacés (respectivement 34 % contre 23 % des recours), principalement dans les établissements et services de psychiatrie.

Parmi ces usagers qui consomment du cannabis à titre principal, se rencontre également une sous-population plus âgée de consommateurs, actuels ou anciens, de produits opiacés. Les usagers de cannabis de plus de 30 ans ont ainsi pour 27 % d'entre eux déjà utilisé des drogues par voie intraveineuse et sont 20 % à suivre un traitement de substitution. La prévalence déclarée du VIH est, dans ce groupe, de 7 % à 12 %, et de 38 % pour le VHC (parmi 48 % de statuts connus). Dans l'ensemble cependant, comme chez les plus jeunes, l'alcool reste de loin le deuxième produit le plus cité à l'origine de la prise en charge (44 % des cas). Enfin, bien

davantage que les plus jeunes, les usagers de cannabis de plus de 30 ans sont particulièrement nombreux à être pris en charge dans les services et établissements psychiatriques (39 % contre 21 %).

#### ■ Les consommateurs de psychotropes.

Dernier groupe suffisamment nombreux pour être différencié, les consommateurs de psychotropes pris en charge sont environ 800 en novembre 1997 contre 700 en novembre 1987. Leur profil par âge est assez proche de celui des consommateurs d'opiacés. Ils en diffèrent cependant par le « rebond » observé après 45 ans.

Les consommateurs de psychotropes se caractérisent surtout par une proportion nettement plus importante de femmes (42 % contre 24 % dans l'ensemble des recours), et par un recours sensiblement plus important aux services psychiatriques (33 % contre 11 % dans l'ensemble des recours), ce qui est, bien sûr, en lien avec la nature de leur dépendance.

La part importante des femmes et des personnes plus âgées dans les consommations de médicaments psychotropes n'est pas particulière aux usagers de ce type de soins, mais se retrouve dans toutes les enquêtes en population générale.

Enfin, les usagers de cocaïne, de crack et de produits de synthèse ne présentent pas de profil particulier permettant de les distinguer : les usagers de cocaïne et de crack se rapprochent par leur âge des usagers d'opiacés ; parmi les consommateurs de produits de synthèse, seuls les usagers d'ecstasy, peu nombreux, présentent des similitudes avec les usagers de cannabis (encadré 4). ●

2. Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 évolution 1999-1999, « Tendances » n° 6 février 2000 OFDT.

**E•4**

### Tendances récentes

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies vient de présenter récemment les premiers résultats issus d'un dispositif nouveau d'observation des tendances récentes sur les consommations de produits psychoactifs, TREND<sup>1</sup>. Ce dispositif repose en premier lieu sur un réseau d'observateurs sentinelles enquêtant dans deux milieux distincts : le milieu urbain (soit une dizaine de ville française) et l'espace « festif », ce dernier terme désignant les lieux de diffusion de la musique « techno » et les établissements de nuit. Les données qualitatives recueillies au cours du premier semestre de fonctionnement de ce dispositif font apparaître dans les deux espaces une dynamique de progression de la cocaïne et du crack (cocaïne sous forme fumable); l'ecstasy tient une place essentielle dans l'espace festif. L'héroïne est en revanche un produit en régression qui reste cependant largement disponible. Le dispositif est complété par deux enquêtes quantitatives pilotes amenées à être étendues, l'une menée auprès de 24 médecins généralistes faisant partie de réseaux de prise en charge des usagers de drogues et l'autre auprès d'un service d'urgences à Paris.

Une mise en relation directe des résultats issus de TREND et de l'enquête de novembre 1997 sur les usagers de drogues pris en charge par les établissements sanitaires et sociaux est difficile, les deux dispositifs n'ayant pas le même objectif : TREND s'attache à rendre compte de la dynamique de l'usage des drogues et insiste sur les phénomènes émergents alors que l'enquête de novembre fournit une photographie à une période donnée de l'ensemble des usagers pris en charge par les établissements sanitaires et sociaux. Les données de TREND mettant en avant la montée de l'usage de certains produits (la cocaïne et le crack, l'ecstasy et certains produits apparus plus récemment comme la Kétamine<sup>2</sup> ou la GHB<sup>3</sup>) ne sont donc pas contradictoires avec les résultats de l'enquête de novembre offrant l'image d'un système de soins qui rencontre toujours en majorité des usagers d'opiacés, caractérisés par une très longue durée de prise en charge.

Il faut toutefois remarquer que le développement de la consommation de l'ecstasy ne s'est pas accompagné d'une augmentation plus forte des prises en charge liées à l'usage de ce produit (la consommation d'ecstasy est à l'origine de seulement 400 prises en charge environ en novembre 1997). L'hypothèse selon laquelle les usagers d'ecstasy en difficulté s'adresseraient plus souvent au secteur de la médecine de ville n'est pas confirmée par les données disponibles, même si celles-ci sont insuffisantes pour conclure de façon définitive. C'est le cas des données quantitatives de TREND qui conduisent à une répartition des usagers, vus par les médecins, très proche de celle de l'enquête de novembre. Les auteurs d'une enquête menée en 1997 auprès de 205 médecins généralistes (certains organisés en réseaux et d'autres non) concluaient également que l'usage d'ecstasy est un motif peu fréquent de consultation<sup>4</sup> même s'il apparaît plus souvent comme produit associé.

5. Tendances récentes sur les consommations de produits psychoactifs et la composition des substances de synthèse, «Tendances» n° 7 mars 2000 OFDT.

6. Anesthésique susceptible de donner lieu à des effets hallucinogènes.

7. Anesthésique d'abord euphorisant puis sédatif.

8. BINDER P., SORBE G. - Les patients consommateurs d'ecstasy en médecine générale - La revue du praticien - Médecine générale - Tome 14, n° 484 du 17 janvier 2000.

**Ministère de l'Emploi et de la solidarité**

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

*Pour toute information sur nos publications récentes, consulter :*

**Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees>**



un quatre pages d'informations :

### **Études et résultats**

**consultable sur Internet**

*abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES*

*téléphone : 01 44 36 92 00*

*télécopie : 01 44 36 91 40*

trois revues trimestrielles :

### **Revue française des affaires sociales**

#### **Dossiers solidarité et santé**

*deux numéros thématiques et trois numéros spéciaux par an :*

Les revenus sociaux

Les comptes de la santé

Les comptes de la protection sociale

#### **Cahiers de recherche de la MiRe**

des ouvrages annuels

### **Annuaire des statistiques sanitaires et sociales**

#### **Données sur la situation sanitaire et sociale**

et aussi ...

### **Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998**

#### **Indicateurs sociosanitaires**

#### **comparaisons internationales - évolution 1980-1994**

(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

#### **Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne**

#### **STATISS, les régions françaises**

*Minitel 3614 code STATISS*

*Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS*

**consultable sur Internet**



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>