ONUDC
Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

UNODC Research

TABLEAU GÉNÉRAL DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE DE DROGUES

Tendances les plus récentes, questions transversales

RAPPORT MONDIAL SUR LES DROGUES 2018

2

© Nations Unies, juin 2018. Tous droits réservés pour tous pays.

eISBN : 978-92-1-045059-1

La présente publication peut être reproduite en tout ou en partie sous quelque forme que ce soit, à des fins éducatives ou non lucratives, sans l'autorisation du titulaire des droits d'auteur, à condition qu'il soit fait mention de la source.
L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) souhaiterait recevoir un exemplaire de toute publication utilisant le présent rapport comme source.

Pour citer cette publication :
ONUDC, *Rapport mondial sur les drogues 2018* (publication des Nations Unies, numéro de vente : [...]).

La présente publication ne peut être revendue ni servir à aucun autre usage commercial sans l'autorisation écrite préalable de l'ONUDC.
Les demandes d'autorisation, précisant l'objet et le but de la reproduction, devront être adressées au Service de la recherche et de l'analyse des tendances de l'ONUDC.

AVERTISSEMENT

Le contenu de la présente publication ne reflète pas nécessairement les vues ou politiques de l'ONUDC ou des organisations qui ont contribué à sa rédaction et n'implique aucun aval de leur part.

Tous commentaires sur le présent rapport seront les bienvenus. Ils pourront être adressés à :

Division de l'analyse des politiques et des relations publiques Office des Nations Unies
contre la drogue et le crime
B.P. 500
1400 Vienne
Autriche
Téléphone : (+43) 1 26060 0 Télécopie : (+43) 1 26060 5827
Courriel : wdr@unodc.org
Site Web : https://www.unodc.org/wdr2018

PRÉFACE

L'éventail des drogues et leurs marchés s'élargissent et se diversifient comme jamais auparavant. Les conclusions du *Rapport mondial sur les drogues* de cette année montrent indiscutablement que la communauté internationale doit intensifier son action pour répondre à ce défi.

Nous nous trouvons en présence d'un développement des marchés des drogues probablement entraîné par l'offre, car la production d'opium et la fabrication de cocaïne ont atteint le niveau le plus élevé jamais enregistré. Les marchés de la cocaïne et de la méthamphétamine s'étendent au-delà des régions habituelles et, si le trafic de drogues en ligne sur le « darknet » ne représente encore qu'une très faible part du trafic de drogues dans son ensemble, il continue de croître rapidement, malgré la fermeture de grandes plateformes consacrées au commerce de ces substances.

Dans certaines parties du monde, l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance est devenu un véritable fléau. La crise des opioïdes en Amérique du Nord retient à juste titre l'attention et la communauté internationale a pris des mesures. En mars 2018, la Commission des stupéfiants a inscrit à l'un des Tableaux six analogues du fentanyl (dont le carfentanil) qui ont fait de nombreux morts. Cette mesure s'ajoute à la décision prise par la Commission à sa soixantième session, en 2017, de placer deux précurseurs utilisés dans la fabrication du fentanyl et un de ses analogues sous contrôle international.

Toutefois, comme le montre le présent *Rapport mondial sur les drogues*, le problème est bien plus vaste. Nous devons lancer l'alerte au sujet de la dépendance au tramadol, qui a très rapidement augmenté dans certaines régions d'Afrique. L'usage non médical de cet analgésique opioïde non placé sous contrôle international s'étend également en Asie. Les conséquences de cette situation sur les populations vulnérables sont très préoccupantes et pèsent sur des systèmes de santé déjà très sollicités.

Parallèlement, le nombre de nouvelles substances psychoactives synthétisées a augmenté, le nombre de substances de ce type qui sont disponibles est plus élevé que jamais et il est fait de plus en plus souvent état des décès et des autres dommages qu'elles provoquent.

Le traitement de la toxicomanie et les services de santé demeurent insuffisants : le nombre de personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues qui suivent un traitement (seulement une sur six) reste faible. En 2015, environ 450 000 personnes sont mortes des suites de la consommation de drogues. Sur ce nombre, 167 750 décès sont directement dus à des troubles liés à l'usage de drogues, le plus souvent des opioïdes.

Ces menaces qui pèsent sur la santé, le bien-être, la sécurité, la sûreté et le développement durable exigent des mesures d'urgence.

Le document final adopté à la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le problème mondial de la drogue, tenue en 2016, contient plus de 100 recommandations qui concernent les actions de prévention fondées sur des données factuelles, les soins et les autres mesures visant aussi bien l'offre que la demande de drogues.

Nous devons faire davantage pour promouvoir ce consensus en renforçant l'appui fourni aux pays qui en ont le plus besoin, ainsi que la coopération internationale et les moyens de détection et de répression afin de démanteler les groupes criminels organisés et de mettre fin au trafic de drogues.

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) continue de collaborer étroitement avec ses partenaires des Nations Unies pour aider les pays à appliquer les recommandations du document final adopté à la session extraordinaire, dans le respect des conventions internationales relatives au contrôle des drogues, des instruments relatifs aux droits de l'homme et du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

En étroite coopération avec l'Organisation mondiale de la Santé, nous soutenons l'application des Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues et des Normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues, ainsi que les lignes directrices sur le traitement et la prise en charge des personnes présentant des troubles liés à l'usage de drogues qui ont affaire au système de justice pénale.

Le *Rapport mondial sur les drogues 2018* souligne l'importance des politiques de lutte contre la drogue qui tiennent compte du sexe et de l'âge et examine les besoins et les problèmes propres aux femmes et aux jeunes. En outre, il s'intéresse à l'augmentation de la consommation de drogues chez les personnes âgées, phénomène qui exige une prise en charge et un traitement spécifiques.

L'ONUDC agit sur le terrain afin de promouvoir des stratégies équilibrées et globales. Il a renforcé l'appui intégré qu'il fournit à l'Afghanistan et aux pays voisins pour faire face à la production record d'opiacés et aux risques qui en résultent pour la sécurité. Nous appuyons le Gouvernement colombien et le processus de paix engagé avec les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC) par des activités de développement alternatif qui offrent des moyens de subsistance licites sans culture du cocaïer.

En outre, l'ONUDC continue de soutenir les efforts déployés pour améliorer la disponibilité des substances placées sous contrôle à des fins médicales et scientifiques, tout en empêchant le mésusage et le détournement de ces produits – action indispensable si nous voulons aider les pays d'Afrique et d'autres régions à maîtriser la crise du tramadol.

L'année prochaine, la Commission des stupéfiants organisera un débat ministériel de haut niveau sur la date butoir de 2019 fixée dans la Déclaration politique et le Plan d'action de 2009 sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue. Les préparatifs de ce débat ont commencé. J'invite instamment la communauté internationale à saisir cette occasion pour renforcer la coopération et adopter des solutions efficaces.

Yury Fedotov
Le Directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

TABLE DES MATIÈRES

FASCICULE 1 RÉSUMÉ ANALYTIQUE – CONCLUSIONS ET INCIDENCES STRATÉGIQUES

FASCICULE 2 TABLEAU GÉNÉRAL DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE DE DROGUES
Tendances les plus récentes, questions transversales

PRÉFACE 1
NOTES EXPLICATIVES 5
PRINCIPALES CONCLUSIONS 6
INTRODUCTION 9

A. AMPLEUR DE LA CONSOMMATION DE DROGUES 11
Plus de 250 millions de personnes consomment de la drogue dans le monde 11
Dans les différentes régions, les tendances relatives au traitement de la toxicomanie suivent les caractéristiques de l'usage de drogues 14

B. CONSÉQUENCES SANITAIRES DE LA CONSOMMATION DE DROGUES 15
Près de 11 millions de personnes se sont injecté des drogues dans le monde en 2016 15
Un usager de drogues par injection sur huit vit avec le VIH 17
L'injection de drogues constitue un mode de transmission fréquent du VHC 19
La couverture des interventions de base visant à prévenir la propagation du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables reste faible et insuffisante 21
À l'échelle mondiale, le nombre de décès imputables à l'usage de drogues reste élevé 25

C. AMPLEUR DE L'OFFRE DE DROGUES 29
Culture de plantes servant à fabriquer des drogues et production de drogues 29
Saisies de drogues 31
Le trafic de drogues sur le darknet constitue un problème de plus en plus important pour les autorités 35

GLOSSAIRE 59
GROUPES RÉGIONAUX 61

FASCICULE 3 ANALYSE DES MARCHÉS DE LA DROGUE
Opiacés, cocaïne, cannabis, drogues de synthèse

FASCICULE 4 DROGUES ET GROUPES D'ÂGE
Drogues et problèmes associés chez les jeunes et les personnes plus âgées

FASCICULE 5 LES FEMMES ET LES DROGUES
Consommation de drogues, offre de drogues et conséquences

Remerciements

Le *Rapport mondial sur les drogues 2018* a été établi par le Service de la recherche et de l'analyse des tendances de la Division de l'analyse des politiques et des relations publiques, à l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), sous la supervision de Jean-Luc Lemahieu, Directeur de la Division, et d'Angela Me, Chef du Service.

Coordination générale et supervision du contenu
Chloé Carpentier
Angela Me

Analyses et rédaction
Philip Davis
Kamran Niaz
Thomas Pietschmann

Gestion des données et production des estimations
Enrico Bisogno
Coen Bussink
Jesus Maria Garcia Calleja (WHO)
Hernan Epstein
Riku Lehtovuori
Andrea Oterová
Umidjon Rakhmonberdiev
Ali Saadeddin
Keith Sabin (UNAIDS)
Antoine Vella

Relecture et commentaires

Le *Rapport mondial sur les drogues 2018* a également bénéficié des connaissances et des précieux apports de collègues de toutes les divisions de l'ONUDC.

Édition
Jonathan Gibbons

Conception graphique et production
Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttnig

Coordination
Francesca Massanello

Appui relatif aux données
Diana Camerini
Chung Kai Chan
Sarika Dewan
Smriti Ganapathi

Appui administratif
Anja Held
Iulia Lazar

Le Service de la recherche et de l'analyse des tendances remercie aussi pour sa contribution et ses conseils inestimables le Comité consultatif scientifique du *Rapport mondial sur les drogues*, composé des personnes suivantes :

Jonathan Caulkins
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Letizia Paoli
Charles Parry
Peter Reuter
Francisco Thoumi
Alison Ritter

In memoriam
Brice de Ruyver

Les travaux de recherche nécessaires à la production, par l'ONUDC, l'ONUSIDA, l'OMS et la Banque mondiale, des estimations relatives au nombre d'usagers de drogues injectables ont été en partie financés par la Section du VIH/sida de l'ONUDC, qui dépend du Service de la santé et de la prévention de la toxicomanie de la Division des opérations.

NOTES EXPLICATIVES

Les frontières et noms indiqués sur les cartes, ainsi que les désignations qui y sont employées, n'impliquent ni reconnaissance ni acceptation officielles de la part de l'Organisation des Nations Unies. Une ligne en pointillé représente de façon approximative la ligne de contrôle au Jammu-et-Cachemire convenue entre l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été arrêté par les parties. Les frontières contestées (Chine et Inde) sont représentées par des hachures, vu la difficulté de les représenter en détail.

Les appellations employées dans le *Rapport mondial sur les drogues* et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les noms de pays ou de zones sont ceux qui étaient officiellement en usage au moment où les données ont été recueillies.

Toute référence au Kosovo devrait être interprétée conformément à la résolution 1244 (1999) du Conseil de sécurité.

La distinction entre des expressions comme « usage de drogues », « mésusage de drogues » et « abus de drogues » donnant lieu à des ambiguïtés d'ordre scientifique et juridique, on a opté dans le présent rapport pour des termes neutres, à savoir « usage de drogues » et « consommation de drogues ». Le terme « mésusage » n'est employé que pour désigner l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance.

Toutes les occurrences du mot « drogue » renvoient à des substances visées par les conventions internationales relatives au contrôle des drogues.

Sauf indication contraire, toutes les analyses qui figurent dans le présent rapport reposent sur les chiffres officiels communiqués à l'ONUDC par les États Membres en réponse au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Les données sur la population proviennent du document suivant : *World Population Prospects : The 2017 Revision* (Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population).

Par dollar, on entend toujours le dollar des États-Unis, sauf indication contraire.

Sauf mention contraire, le terme « tonne » fait référence à la tonne métrique.

Les abréviations suivantes ont été utilisées dans le présent fascicule :

EMCDDA	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
Europol	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
LSD	diéthylamide de l'acide lysergique
NSP	nouvelles substances psychoactives
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
STA	stimulants de type amphétamine
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

PRINCIPALES CONCLUSIONS

L'usage de drogues est associé à des conséquences particulièrement néfastes sur la santé

Environ 275 millions de personnes dans le monde, soit environ 5,6 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, ont consommé des drogues au moins une fois en 2016. Quelque 31 millions de consommateurs de drogues souffrent de troubles liés à l'usage de drogues, c'est-à-dire qu'ils ont une consommation tellement nocive qu'ils pourraient avoir besoin d'un traitement. Les opioïdes restent les substances les plus nocives : ils représentent 76 % des décès associés aux troubles liés à l'usage de drogues. Les usagers de drogues injectables – environ 10,6 millions de personnes dans le monde en 2016 – sont exposés à des risques sanitaires particulièrement élevés. Plus de la moitié d'entre eux vivent avec l'hépatite C et un usager de drogues injectables sur huit vit avec le VIH.

Le nombre de décès associés à la consommation de drogues reste élevé

Selon l'OMS, environ 450 000 personnes sont mortes des suites de l'usage de drogues en 2015. Les troubles liés à cet usage (principalement les surdoses) étaient directement en cause dans 167 750 de ces cas, tandis que les autres décès étaient indirectement imputables à l'usage de drogues et comprenaient les décès liés au VIH et à l'hépatite C contractés lors d'une injection à risque.

Les décès par surdose dus à l'usage non médical d'opioïdes pharmaceutiques sont devenus un véritable fléau en Amérique du Nord

En 2015 et en 2016, pour la première fois en cinquante ans, l'espérance de vie a diminué pendant deux années consécutives aux États-Unis d'Amérique. L'augmentation des accidents, notamment des décès par surdose, a joué un rôle déterminant dans ce phénomène.

En 2016, 63 632 personnes sont mortes d'une surdose aux États-Unis. Chiffre le plus élevé jamais enregistré, il représente une hausse de 21 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est imputable en grande partie à l'augmentation du nombre de décès liés aux médicaments opioïdes, notamment au fentanyl et à ses analogues. Ce groupe d'opioïdes, à l'exclusion de la méthadone, était en cause dans 19 413 décès dans le pays, soit plus du double par rapport à 2015. Les données disponibles montrent que le Canada est également concerné, un grand nombre de décès par surdose liés au fentanyl et à ses analogues y ayant été enregistrés en 2016.

Hors Amérique du Nord, excepté en Estonie, les répercussions de la consommation de fentanyl et de ses analogues sont relativement limitées.

De nombreux pays ne parviennent pas encore à proposer des services de traitement de la toxicomanie et des soins adaptés pour réduire les dommages causés par les drogues

Une personne sur six souffrant de troubles liés à l'usage de drogues a suivi un traitement en 2016. Ce chiffre est relativement faible, mais est resté stable ces dernières années.

Les usagers de drogues injectables subissent certains des effets les plus nocifs liés à l'usage de drogues. Un examen des services visant à réduire les effets nocifs subis par les usagers de drogues injectables mené à l'échelle mondiale a montré que seuls 79 pays avaient mis en place à la fois des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opioïdes. Seuls quatre États ont été classés dans la catégorie des pays ayant un niveau élevé de couverture pour ces deux types d'intervention.

Les informations sur la disponibilité de services de dépistage du VIH, d'activités de conseil dans ce domaine et de traitements antirétroviraux restent limitées : seuls 34 pays ont pu confirmer qu'ils

avaient mis en place des programmes de dépistage du VIH pour les usagers de drogues injectables, et 17 pays ont confirmé qu'ils n'avaient pas élaboré de tels programmes. On ne dispose d'aucune information sur la disponibilité de traitements antirétroviraux dans 162 pays.

Il est fréquent d'être témoin d'une surdose et victime d'une surdose non mortelle

Les personnes qui consomment de l'héroïne ou de la cocaïne et s'injectent des drogues sont souvent témoins d'une surdose. Elles peuvent alors intervenir, influer sur les événements (par exemple en administrant de la naloxone en cas de surdose d'opioïdes) et empêcher le décès de la victime.

De nombreuses personnes qui consomment de l'héroïne ou de la cocaïne et s'injectent des drogues indiquent également avoir fait l'expérience d'une surdose non mortelle. À la suite de ce type d'incident, les usagers de drogues peuvent avoir des problèmes de santé importants et il est établi qu'il peut en résulter une surdose ultérieure mortelle, le risque de décès augmentant avec le nombre de surdoses non mortelles antérieures.

Les détenus sont davantage exposés au risque de maladies infectieuses, mais ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée

Si les personnes en détention dans les prisons et autres structures fermées présentent un risque beaucoup plus élevé de contracter des infections comme la tuberculose, le VIH ou l'hépatite C que le reste de la population, elles n'ont souvent pas accès à des programmes de prévention et de traitement. Même là où ils existent, ces programmes ne sont pas toujours du même niveau que ceux dont bénéficie la population générale. L'absence de mesures de prévention dans de nombreuses prisons peut entraîner la propagation rapide du VIH et d'autres agents pathogènes.

Les consommateurs d'héroïne sont exposés à un risque élevé de décès par surdose à leur sortie de prison, en particulier pendant les deux premières semaines qui suivent leur libération. Ces décès sont liés à une baisse de la tolérance aux effets de l'héroïne en raison d'une période d'abstinence relative, notamment pendant la détention. De plus, les détenus libérés ont rarement accès à des interventions de prise en charge des surdoses, par exemple sous forme de médicaments préventifs (naloxone) ou de traitement de la toxicomanie (méthadone).

La culture du pavot à opium en Afghanistan a entraîné une production mondiale record d'opiacés

La production mondiale d'opium a brusquement augmenté de 65 % entre 2016 et 2017, pour atteindre 10 500 tonnes, niveau le plus élevé enregistré depuis que l'ONUDC a commencé à estimer la production mondiale d'opium au début du XXIe siècle. La superficie totale consacrée à cette culture dans le monde s'est élevée à près de 420 000 ha en 2017, dont plus de 75 % se situent en Afghanistan.

Les saisies totales d'opiacés ont augmenté de près de 50 % entre 2015 et 2016. La quantité d'héroïne saisie dans le monde a atteint un niveau record de 91 tonnes en 2016. La plupart des opiacés ont été saisis à proximité des centres de fabrication situés en Afghanistan.

Une augmentation notable de la production de cocaïne a été observée

En 2016, la fabrication mondiale de cocaïne a atteint un niveau record (environ 1 410 tonnes). Après avoir reculé entre 2005 et 2013, elle a augmenté de 56 % entre 2013 et 2016, et de 25 % entre 2015 et 2016. La superficie totale consacrée à la culture du cocaïer en 2016 dans le monde s'élevait à 213 000 ha, dont près de 69 % se situaient en Colombie.

À l'échelle mondiale, le cannabis est la principale substance saisie, mais les saisies d'autres drogues ont fortement augmenté

En dépit de la baisse enregistrée en 2016, le cannabis reste la drogue dont les quantités saisies sont les plus importantes au monde, suivi par les substances assimilées à la coca ou à la cocaïne, puis par les opioïdes. Les quantités de stimulants de type amphétamine et de cocaïne saisies dans le monde ont atteint un niveau record en 2016. Les NSP d'origine végétale, dont les quantités saisies ont septuplé, principalement en raison des saisies de kratom, sont les drogues dont les quantités interceptées ont le plus augmenté à l'échelle mondiale en 2016. En revanche, les quantités de NSP de synthèse saisies dans le monde ont fortement diminué en 2016 (baisse de 50 %), phénomène qui s'explique surtout par un recul des

quantités de phényléthylamines et de cannabinoïdes de synthèse saisies.

On ignore encore quels sont les effets de la répression des trafiquants de drogues actifs sur le darknet

En juillet 2017, les forces de police de plusieurs pays ont travaillé de concert pour démanteler AlphaBay, la plus grande plateforme consacrée au commerce de drogues sur le darknet, partie du « deep Web » où figurent des informations accessibles uniquement par des navigateurs spéciaux. Avant sa fermeture, AlphaBay proposait plus de 250 000 substances chimiques et drogues illicites et comptait plus de 200 000 utilisateurs et 40 000 vendeurs. Les autorités ont également réussi à démanteler la plateforme Hansa, classée au troisième rang des sites marchands illicites du dark Web.

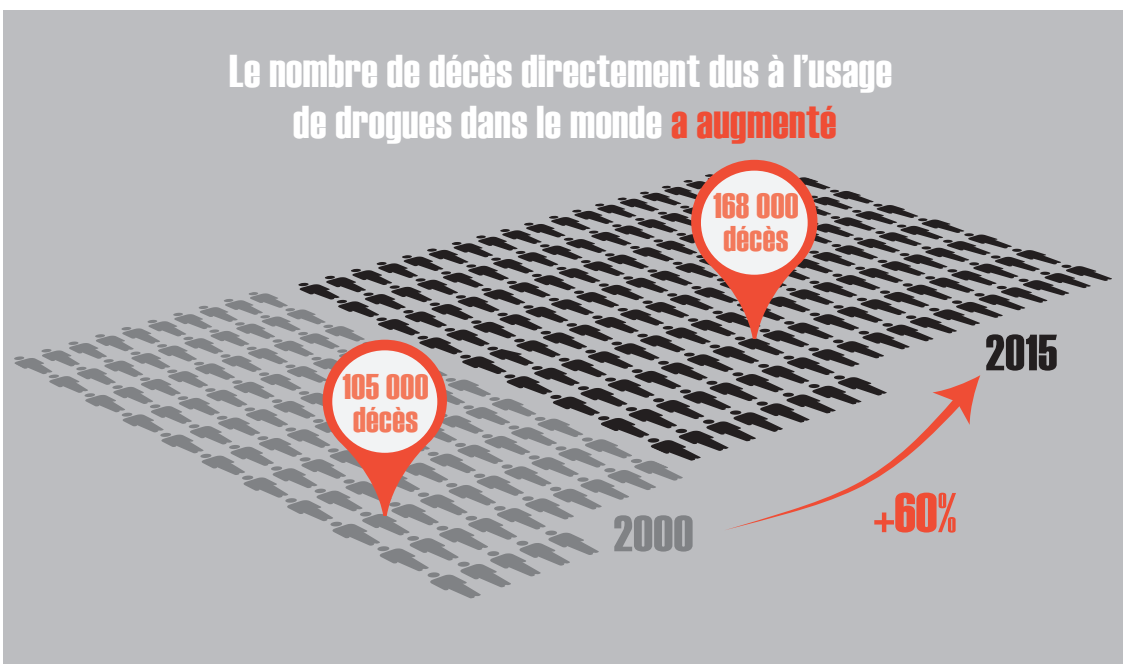
On ne sait pas encore exactement quels seront les effets de la fermeture de ces sites. D'après une enquête en ligne réalisée en janvier 2018, 15 % des personnes qui avaient acheté des drogues sur le darknet ont déclaré avoir moins souvent consulté de tels sites depuis leur fermeture, et 9 % ont déclaré avoir complètement cessé de les utiliser. Plus de la moitié des personnes ont toutefois estimé que ces fermetures n'avaient eu aucun effet sur leur comportement.

Si le trafic de drogues sur le darknet reste limité, il semble croître rapidement. En Europe, les autorités ont estimé que le montant des ventes de drogues sur le darknet était d'environ 44 millions de dollars par an entre le 22 novembre 2011 et le 16 février 2015. Or, selon une étude menée plus récemment, la valeur des drogues vendues sur le darknet se situait début 2016 entre 14 et 25 millions de dollars par mois, soit entre 170 millions et 300 millions de dollars par an.

INTRODUCTION

Le présent fascicule forme la deuxième partie du *Rapport mondial sur les drogues 2018*. Il donne un tableau général des dernières estimations et tendances de l'usage et de l'offre de drogues, ainsi que de plusieurs questions transversales liées au problème mondial de la drogue. Ces questions comprennent les conséquences sanitaires de l'usage de drogues, y compris les tendances relatives aux troubles liés à l'usage de drogues, l'usage problématique de drogues tel que le montrent les demandes de traitement et une estimation du nombre d'usagers de drogues par injection et, parmi eux, de ceux qui vivent avec le VIH ou l'hépatite.

Le présent fascicule porte aussi sur les décès imputables à la consommation de drogues dans le monde, les tendances récentes observées dans certains pays relativement aux surdoses mortelles étant décrites à titre d'illustration. Des informations sur les personnes qui sont témoins d'une surdose ou qui font l'expérience d'une surdose non mortelle sont également données. On trouvera également un bilan de la disponibilité et du niveau de couverture des interventions de base (en particulier les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution aux opioïdes) qui contribuent à prévenir la propagation du VIH et du VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues. Enfin, le présent fascicule contient un tableau général des dernières estimations et tendances de la culture illicite de plantes servant à fabriquer des drogues, de la production de drogues illicites et du trafic de ces drogues, y compris en ligne, sur le darknet.



Source : analyse de l'ONUDC fondée sur les estimations de l'OMS relatives à la charge de morbidité et à la mortalité, Estimations sanitaires mondiales pour 2015: décès par cause, âge, sexe, pays et région, 2000-2015.

A. AMPLEUR DE LA CONSOMMATION DE DROGUES

Plus de 250 millions de personnes consomment de la drogue dans le monde

On estime qu'environ 275 millions de personnes dans le monde ont consommé des drogues au moins une fois en 2016 (entre 204 et 346 millions). Cela correspond à 5,6 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans (entre 4,2 % et 7,1 %), soit environ 1 personne sur 18. Le nombre de personnes qui consomment de la drogue a augmenté de 20 millions entre 2015 et 2016. Cette évolution est due à une hausse du nombre d'usagers de cannabis et, dans une moindre mesure, à des changements apportés à la méthode retenue pour obtenir cette estimation.[1] Ces tendances doivent toutefois être interprétées avec prudence en raison de la grande taille des intervalles d'incertitude associés aux estimations.

Quelque 31 millions de personnes dans le monde souffrent de troubles liés à l'usage de drogues

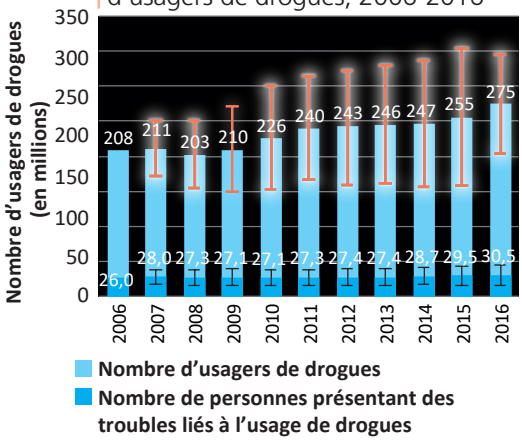
Il est préoccupant de constater que, d'après les estimations, 11 % des usagers de drogues (un sur neuf) souffrent de troubles liés à l'usage de drogues, c'est-à-dire qu'ils ont une consommation tellement nocive qu'ils pourraient devenir dépendants ou avoir besoin d'un traitement. Cela représentait environ 30,5 millions de personnes dans le monde en 2016 (entre 16,7 et 44,4 millions), soit 0,62 % (entre 0,34 % et 0,91 %) de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans. Cette augmentation d'un million de personnes entre 2015 et 2016 s'explique principalement par une hausse générale du nombre d'usagers d'opiacés et par une augmentation du nombre de consommateurs de cocaïne.

Des signes montrent que l'usage de cannabis augmente dans certaines sous-régions

Le cannabis est resté de loin la drogue la plus consommée dans le monde en 2016 : 192,2 millions de personnes en ont consommé au cours de l'année écoulée, soit 3,9 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans. La prévalence annuelle de l'usage de cannabis est restée élevée en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale (13,2 %), en Amérique du Nord (12,9 %) et en Océanie (11,0 %). Dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie, les experts estiment que la consommation de cannabis a augmenté ; cela étant, dans la plupart des pays de ces deux régions, on manque d'informations issues d'enquêtes nationales sur l'ampleur de l'usage de drogues, et des données

1 Voir la partie en ligne du présent rapport consacrée à la méthodologie.

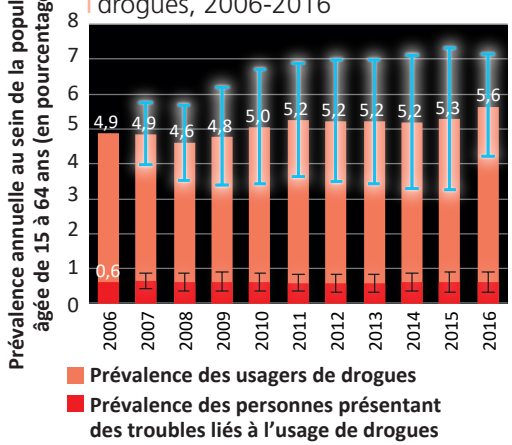
FIG. 1 Tendances générales du nombre estimé d'usagers de drogues, 2006-2016



Source : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Note : Ces estimations concernent les adultes (âgés de 15 à 64 ans) qui ont consommé de la drogue au cours de l'année écoulée.

FIG. 2 Tendances générales de la prévalence annuelle estimée de la consommation de drogues et des personnes présentant des troubles liés à l'usage de drogues, 2006-2016



Source : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Note : Pourcentage estimatif d'adultes (âgés de 15 à 64 ans) ayant consommé de la drogue au cours de l'année écoulée.

supplémentaires sont nécessaires. L'usage de cannabis continue aussi de croître en Amérique du Nord, et de nombreux pays d'Amérique latine signalent également que la consommation de cette substance augmente. Cette consommation reste forte en Europe occidentale et centrale et se stabilise dans les pays où la prévalence est élevée, mais plusieurs autres pays où la prévalence a longtemps été faible font désormais état d'une hausse de la consommation.

Dans la plupart des pays, le cannabis est la drogue la plus consommée, tant au sein de la population générale que chez les jeunes. Une estimation générale, établie pour la première fois par l'ONUDC à partir des données disponibles pour 130 pays, laisse supposer que, en 2016, 13,8 millions de jeunes (principalement des lycéens) âgés de 15 ou 16 ans ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 mois précédents, soit 5,6 % de cette tranche d'âge. La consommation annuelle de cette substance était légèrement plus élevée chez les 15-16 ans que dans la population générale âgée de 15 à 64 ans (3,9 % en 2016). Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, car les marges d'erreur de ces deux estimations se chevauchent.

Les opioïdes sont à l'origine de la plupart des conséquences néfastes de l'usage de drogues pour la santé

Le cannabis est la drogue la plus consommée dans le monde, mais les opioïdes sont à l'origine de la plupart des conséquences néfastes de l'usage de drogues pour la santé. Les opioïdes étaient ainsi en cause dans 76 % des décès dus à des troubles liés à l'usage de drogues en 2015.[2] Il y avait environ 34,3 millions d'usagers d'opioïdes au cours de l'année écoulée (personnes qui ont consommé des opiacés et personnes qui ont consommé des opioïdes délivrés sur ordonnance à des fins non médicales) dans le monde en 2016, soit 0,7 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans. La prévalence de l'usage d'opioïdes au cours de l'année écoulée dans la population âgée de 15 ans à 64 ans est élevée en Amérique du Nord (4,2 %) et en Océanie (2,2 %). Parmi les usagers d'opioïdes, 19,4 millions de personnes, soit 0,4 % de la population âgée de 15 ans à 64 ans, avaient consommé des opiacés (héroïne et opium) au cours de l'année écoulée ; la prévalence de l'usage au cours de l'année écoulée était forte en Asie centrale et en Transcaucasie (0,9 %), en Europe orientale et en Europe du Sud-Est (0,7 %) et en Amérique du Nord (0,8 %).

Le mésusage de médicaments opioïdes est une source de préoccupation croissante

Le mésusage de médicaments opioïdes comme le tramadol est signalé dans de nombreux pays d'Afrique (notamment en Afrique de l'Ouest et du Nord) et dans certains pays du Proche et du Moyen-Orient. Ce phénomène a une incidence sur le nombre de personnes en traitement pour des problèmes liés au tramadol et le nombre de décès par surdose de cette substance déclarés par certains pays. L'ampleur du mésusage de médicaments opioïdes demeure un problème majeur en Amérique du Nord, sous-région qui a connu une recrudescence de la consommation d'héroïne au cours des quatre dernières années, en particulier aux États-Unis d'Amérique. Conjuguées à l'usage du fentanyl et de ses analogues, les épidémies interdépendantes de consommation d'opioïdes délivrés sur ordonnance et d'héroïne se sont soldées par un grand nombre de décès par surdose. En outre, il y a des signes toujours plus nombreux d'un usage abusif de médicaments opioïdes en Europe occidentale et centrale, comme en témoigne par exemple l'augmentation du nombre de personnes admises en traitement pour usage non médical de tels médicaments dans cette sous-région. La situation n'est pas comparable à celle de l'Amérique du Nord, mais des décès par surdose de fentanyl et de ses analogues ont été déclarés en Europe occidentale et centrale.

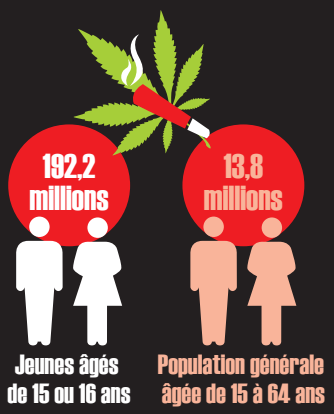
Les amphétamines constituent l'une des menaces les plus préoccupantes en matière de consommation de drogues en Asie de l'Est et du Sud-Est

En 2016, 34,2 millions de personnes dans le monde, soit 0,7 % de la population âgée de 15 à 64 ans, auraient consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée. La prévalence de l'usage d'amphétamines la plus élevée dans la population âgée de 15 ans à 64 ans a été enregistrée en Amérique du Nord (2,0 %), devant l'Océanie (1,3 %). Il n'est pas possible d'obtenir une estimation précise de la consommation de ces substances en Asie de l'Est et du Sud-Est en raison du manque chronique de

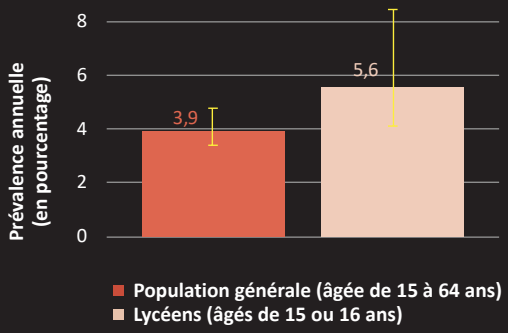
2 OMS, Estimations des charges de morbidité et de mortalité, Estimations sanitaires mondiales pour 2015 : décès par cause, âge, sexe, pays et région, 2000-2015. Accessible sur le site www.who.int/.

L'usage du cannabis chez les jeunes

Dans la plupart des pays, le cannabis est la drogue la plus consommée, tant au sein de la population générale que chez les jeunes. Une estimation générale, établie pour la première fois par l'ONUDC à partir des données disponibles pour 130 pays, laisse supposer que, en 2016, 13,8 millions de jeunes (principalement des lycéens) âgés de 15 ou 16 ans ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 mois précédents, soit 5,6 % de cette tranche d'âge. La consommation annuelle de cette substance était légèrement plus élevée chez les 15-16 ans que dans la population générale âgée de 15 à 64 ans (3,9 % en 2016). Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, car les marges d'erreur de ces deux estimations se chevauchent.



GPrévalence annuelle mondiale de l'usage de cannabis dans la population générale âgée de 15 à 64 ans et chez les lycéens âgés de 15 ou 16 ans, 2016



Sources : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels et autres données communiquées par les gouvernements.

Note : Dans la plupart des pays, l'usage de cannabis au cours de l'année écoulée chez les 15-16 ans a été estimé à partir de résultats d'enquêtes en milieu scolaire, d'où l'emploi du terme « lycéens ».

données dans cette sous-région. De nombreux pays de cette sous-région considèrent toutefois que l'usage de méthamphétamine représente une des menaces les plus préoccupantes en matière de consommation de drogues. On constate également avec inquiétude qu'un nombre croissant de pays font état d'une consommation de méthamphétamine, en particulier chez les usagers d'opioïdes en Asie de l'Ouest. De l'« ecstasy » est consommée par 0,4 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, mais cette substance s'est répandue de manière spectaculaire dans la plupart des régions ces dernières années, au cours desquelles elle a aussi été consommée de plus en plus souvent en Europe occidentale et centrale, ainsi qu'en Amérique latine.

Certains signes montrent que l'usage de cocaïne augmente dans les Amériques

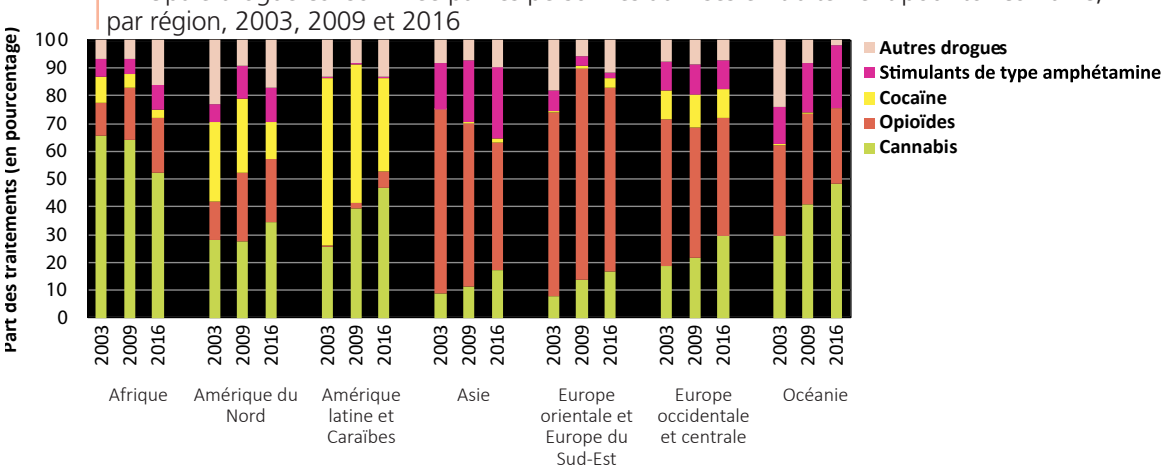
L'usage de la cocaïne reste concentré en Amérique du Nord et du Sud, où respectivement 1,9 % et 0,95 % de la population âgée de 15 à 64 ans en a consommé au cours de l'année écoulée, en Océanie (1,7 %) et en Europe occidentale et centrale (1,2 %). À l'échelle mondiale, quelque 18,2 millions de personnes ont consommé de la cocaïne en 2016, soit 0,4 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Certains signes montrent que l'usage de cette substance augmente dans beaucoup de pays d'Amérique du Nord et du Sud. En outre, la consommation de pâte de cocaïne, auparavant limitée aux pays producteurs de cocaïne, s'est étendue à de nombreux pays d'Amérique du Sud.

L'usage non médical des benzodiazépines en association avec des opioïdes délivrés sur ordonnance constitue un problème croissant

On ne dispose pas d'estimations mondiales sur l'usage non médical des médicaments soumis à prescription, mais celui-ci demeure assez répandu, en particulier chez les polytoxicomanes. L'usage non médical de ces médicaments, tels les stimulants soumis à prescription et les benzodiazépines, en association avec des opioïdes délivrés sur ordonnance, est présenté comme un problème croissant dans de nombreux pays. Parmi les médicaments soumis à prescription, les benzodiazépines sont ceux dont l'usage non médical reste le plus fréquent : une soixantaine de pays[3] ont classé ces substances parmi les trois types de médicaments les plus couramment utilisés hors du cadre thérapeutique et certains pays font état de prévalences supérieures à celles observées pour bien d'autres substances. Les benzodiazépines interviennent aussi fréquemment dans les surdoses mortelles liées à des opioïdes.

3 Selon les réponses des États Membres au questionnaire destiné aux rapports annuels de 2015 et 2016.

FIG. 3 Principale drogue consommée par les personnes admises en traitement pour toxicomanie, par région, 2003, 2009 et 2016



Source : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Dans les différentes régions, les tendances en matière de traitement de la toxicomanie suivent les caractéristiques de l'usage de drogues

À l'échelle mondiale, le pourcentage de personnes ayant besoin d'un traitement pour toxicomanie qui en bénéficient effectivement reste faible. En 2016, comme les années précédentes, sur six personnes qui présentaient des troubles liés à l'usage de drogues, une seule aurait reçu un traitement. En dépit des lacunes, les informations relatives aux personnes en traitement pour consommation de drogues peuvent donner des indications utiles sur les tendances et les disparités géographiques en matière de troubles liés à l'usage de drogues. Ces informations doivent toutefois être interprétées avec prudence, car les chiffres relatifs aux traitements reflètent non seulement la demande de traitements (le nombre de personnes qui demandent de l'aide), mais aussi l'ampleur de l'offre de traitement (qui dépend de la volonté des pouvoirs publics de financer les traitements).

La plupart des personnes en traitement pour toxicomanie en Afrique, dans les Amériques et en Océanie sont soignées pour consommation de cannabis. Dans toutes les régions sauf l'Afrique, une part croissante des traitements est liée à l'usage de cannabis. Cette substance n'a cessé d'être la principale drogue consommée par les personnes qui suivent un traitement pour toxicomanie en Afrique, mais le nombre de traitements des troubles liés à l'usage d'opioïdes augmente dans la région. Cette tendance laisse supposer que le trafic d'héroïne et de médicaments opioïdes transitant par l'Afrique pour être expédiés vers d'autres destinations a eu des retombées inquiétantes sur la consommation de drogues dans la région. Les opioïdes restent une préoccupation majeure en Europe et en Asie, en particulier en Europe orientale et en Europe du Sud-Est, où les deux tiers des personnes en traitement pour toxicomanie souffrent de troubles liés à l'usage de ces substances.

La cocaïne demeure une drogue problématique notamment en Amérique latine et dans les Caraïbes, où un tiers des personnes en traitement pour des troubles liés à l'usage de drogues sont soignées pour consommation de cette substance, ce qui représente toutefois une baisse par rapport aux années précédentes. Quoique dans une moindre mesure, les troubles liés à l'usage de cocaïne constitueraient le principal motif de traitement de la toxicomanie en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale. En Amérique du Nord, l'importance relative des traitements justifiés principalement par des troubles liés à l'usage de cocaïne a diminué, tandis que la part des personnes traitées pour des troubles liés à l'usage d'opioïdes s'est accrue. Aux États-Unis, entre 2004 et 2014, le nombre d'admissions en traitement principalement liées à l'usage de la cocaïne est passé de 248 000 à 88 000, ce qui représente une baisse de 65 %, et le nombre de traitements pour consommation d'opiacés a augmenté de 51 %, passant de 323 000 à 490 000. Le pourcentage de traitements pour usage de stimulants de type

amphétamine est plus élevé en Asie et en Océanie que dans les autres régions.

Les femmes qui souffrent de troubles liés à l'usage de drogues sont sous-représentées dans la population qui suit un traitement

Alors qu'un tiers des consommateurs de drogues sont des femmes, ces dernières ne représentent qu'un cinquième des personnes qui bénéficient d'un traitement. La proportion de femmes qui suivent un traitement est généralement plus élevée pour les tranquillisants et les sédatifs (environ un tiers des admissions en traitement dans la plupart des sous-régions d'Amérique et d'Europe) que pour d'autres substances. Cette situation tient au fait que les hommes sont trois fois plus susceptibles de consommer du cannabis, de la cocaïne ou des amphétamines, tandis que les femmes ont davantage tendance à prendre des tranquillisants et des sédatifs à des fins non médicales. Les personnes en traitement pour des troubles liés à l'usage d'opioïdes ou de cocaïne ont généralement un peu plus de 30 ans en moyenne. En revanche, celles qui suivent un traitement pour des troubles liés à l'usage de cannabis sont souvent plus jeunes : elles sont âgées d'un peu plus de 20 ans en moyenne.

B. CONSÉQUENCES SANITAIRES DE LA CONSOMMATION DE DROGUES

La présente section porte principalement sur des aspects sanitaires de la consommation de drogues, comme l'usage de drogues par injection et le VIH et le VHC contractés par suite de pratiques d'injection à risque, car ces derniers sont responsables de la majeure partie de la charge de morbidité, sur le plan de la mortalité et des invalidités, liés à la consommation de drogues.[4, 5] Les opioïdes sont à l'origine de la plupart des conséquences sanitaires néfastes de l'usage de drogues, mais, dans les régions où la consommation d'opioïdes est peu fréquente, l'usage d'autres substances comme la cocaïne ou les amphétamines (injectées ou non) a également des conséquences néfastes pour la santé. Les risques sanitaires liés à l'usage des NSP sont aussi de mieux en mieux connus, même si ce problème n'a pas la même ampleur. En outre, dans de nombreuses sous-régions, un lien a été établi entre l'usage non médical des benzodiazépines et des cas de surdoses mortelles dans lesquels des opioïdes avaient également été consommés.

Près de 11 millions de personnes se sont injecté des drogues dans le monde en 2016

L'ONUDC, l'OMS, l'ONUSIDA et la Banque mondiale estiment conjointement qu'il y avait 10,6 millions d'usagers de drogues injectables en 2016 (entre 8,3 millions et 14,7 millions), soit 0,22 %

La pâte de cocaïne en Amérique du Sud

Par le passé, la consommation de pâte de cocaïne était essentiellement limitée à la Colombie et au Pérou. Au cours des 10 dernières années, elle s'est progressivement étendue plus au sud vers l'Argentine, le Brésil, le Chili et l'Uruguay. La pâte de cocaïne est un dérivé de la feuille de coca pour lequel le risque d'usage nocif et de dépendance est élevé. On ne sait toutefois aujourd'hui que peu de choses sur les modes de consommation, les effets sanitaires et les traitements efficaces envisageables.[a]

Le durcissement des conditions de vente et d'accessibilité des précurseurs utilisés pour fabriquer du chlorhydrate de cocaïne est l'une des causes de l'essor de la consommation de pâte de cocaïne dans de nombreux pays d'Amérique du Sud. La pâte de cocaïne est un dérivé de la feuille de coca qui sert à produire du chlorhydrate de cocaïne. Cette forme de cocaïne fumable hautement toxique est plus susceptible d'engendrer une dépendance que le chlorhydrate de cocaïne et constitue désormais une source d'inquiétude en Amérique du Sud, car elle peut provoquer de graves troubles physiques et psychologiques.

Comme pour tous les autres psychostimulants, il n'existe actuellement aucun traitement pharmacologique reconnu des troubles liés à l'usage de cocaïne. On dispose donc de peu d'informations sur le traitement approprié de la dépendance à la pâte de cocaïne.

[a] Antonio Pascale et al., *Cocaine Base Paste Consumption in South America: A Review of Epidemiological and Medical- Toxicological Aspects* (Washington, Organisation des États américains, Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues, 2015).

4 Institute for Health Metrics and Evaluation, données relatives à la charge mondiale de morbidité. Accessibles sur le site www.healthdata.org/.

5 *World Drug Report 2017* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.17.XI.6).

(entre 0,17 % et 0,30 %) de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans. Cette estimation a été établie à partir des informations les plus récentes et les plus fiables dont dispose l'ONUDC. Il ne faut pas en conclure que le nombre d'usagers de drogues injectables a changé depuis les éditions précédentes du *Rapport mondial sur les drogues*. Calculée à partir de données portant sur 107 pays, l'estimation couvre 88 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans.

L'ampleur de l'usage de drogues par injection est mal connue ou inconnue dans certaines sous-régions en raison du manque de données : dans les Caraïbes, on ne dispose d'informations que pour Porto Rico ; dans toute l'Océanie, il n'existe de données que pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande ; pour l'Afrique, les données dont on dispose concernent des pays qui représentent 58 % de la population âgée de 15 à 64 ans, et, pour le Proche et le Moyen-Orient, seulement 17 % de cette population.

Les sous-régions où résident le plus grand nombre d'usagers de drogues injectables sont : l'Europe orientale et l'Europe du Sud-Est, qui comptent 17 % du nombre total de ces usagers et où la prévalence de l'usage de drogues par injection est la plus élevée (3,8 fois supérieure à la moyenne mondiale) ; l'Amérique du Nord, où vivent 17 % des usagers de drogues injectables du monde entier et où la prévalence de l'usage de drogues par injection est 2,5 fois supérieure à la moyenne mondiale ; et l'Asie de l'Est et du Sud-Est, qui compte 30 % du nombre total de ces usagers, mais où la prévalence de l'usage de drogues par injection est relativement faible et est inférieure à la moyenne mondiale.

En 2016, près de la moitié des usagers de drogues injectables dans le monde vivaient dans trois pays seulement : Chine, Fédération de Russie et États-Unis. Alors que ces trois pays représentent à peine 27 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, ils comptent 45 % de l'ensemble des usagers de drogues injectables, soit 4,8 millions de personnes.

Indépendamment des estimations présentées ici, une autre étude[6] qui donne des estimations nationales, régionales et mondiales du nombre d'usagers de drogues injectables et de la prévalence du VIH chez ces usagers a été publiée dans le *Lancet Global Health* en 2017 (voir l'encadré intitulé « L'usage de drogues par injection et le VIH : comparaison des estimations mondiales »). Cette étude a également permis de présenter des données sur les usagers de drogues injectables ventilées par sexe et par âge et d'estimer qu'environ un cinquième de ces usagers sont des femmes et qu'un peu plus d'un quart d'entre eux ont moins de 25 ans. La ventilation par sexe des usagers de drogues injectables était disponible pour 91 pays (40 en Europe, 21 en Asie, 6 dans les Amériques, 2 en Océanie et 22 en Afrique) et la ventilation par âge de ces usagers était disponible pour 72 pays (30 en Europe, 16 en Asie, 5 dans les Amériques, 1 en Océanie et 20 en Afrique).

Les usagers de drogues injectables font partie des consommateurs de drogues les plus marginalisés et les plus stigmatisés. Ils peuvent adopter des comportements à risque particuliers, sont exposés à des environnements dangereux et subissent un large éventail de conséquences sociales et sanitaires néfastes. La privation de logement et l'incarcération sont monnaie courante, de même que les comportements à risque, comme les rapports sexuels non protégés occasionnels, le recours à une aiguille ou une seringue déjà utilisée par une autre personne et le travail du sexe.[7]

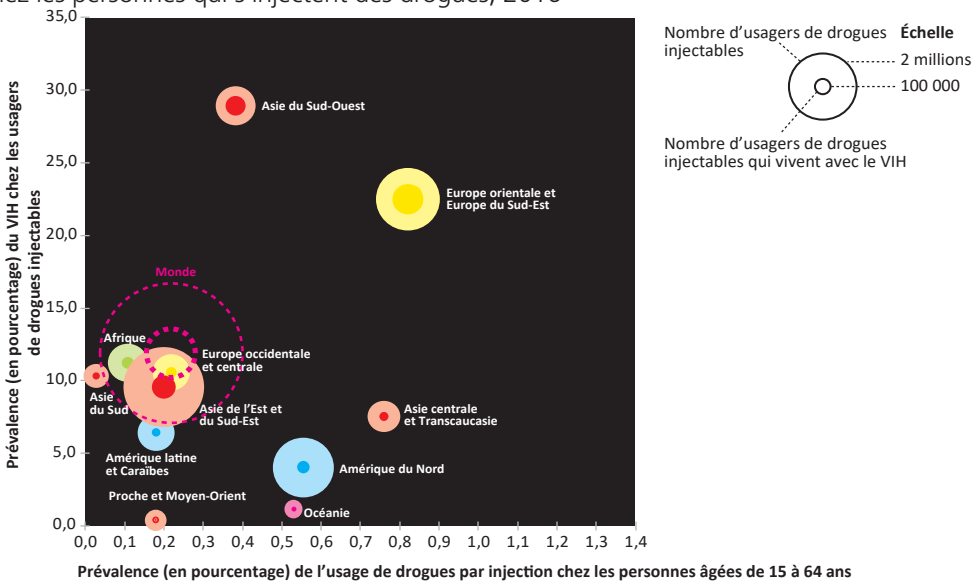
Les pratiques d'injection à risque, notamment le partage d'aiguilles et de seringues contaminées, constituent un mode de transmission du VIH et du VHC fréquent chez les usagers de drogues injectables. En outre, ceux qui contractent le VIH et le VHC de cette manière peuvent transmettre ces virus à d'autres personnes, par exemple par voie sexuelle. Le VHC se propage plus facilement par injection que le VIH. Des études menées chez les professionnels de santé aux États-Unis (en utilisant des données hospitalières relatives aux blessures par piqûre d'aiguille) ont permis d'estimer que la probabilité de transmission du VHC par exposition à une seringue contaminée était entre 5 et 20 fois plus élevée que pour le VIH.[8]

6 Louisa Degenhardt et al., « Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review », *The Lancet Global Health*, vol. 5, no 12 (2017), p. e1192 à e1207.

7 Ibid.

8 Elijah Paintsil et al., « Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 202, no 7 (2010), p. 984 à 990.

FIG. 4 Caractéristiques régionales de l'usage de drogues par injection et de la prévalence du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues, 2016



Sources : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels ; rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde publiés par l'ONUSIDA (diverses années) ; ex-Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et l'usage de drogues par injection ; articles publiés dans des revues à comité de lecture et rapports des gouvernements.

Note : Les cercles extérieurs représentent le nombre d'usagers de drogues injectables et les cercles intérieurs le nombre de ces usagers qui vivent avec le VIH. Les régions et sous-régions sont mises en évidence par des couleurs : vert (Afrique), bleu (Amériques), orange (Asie), jaune (Europe) et rose (Océanie). Pour l'Océanie, les estimations reposent uniquement sur les chiffres obtenus pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Un usager de drogues par injection sur huit vit avec le VIH

Hors Afrique subsaharienne, dans 20 % des nouveaux cas d'infection à VIH en 2015, la personne contaminée est un usager de drogues injectables.[9] En outre, le nombre de ces usagers nouvellement infectés dans le monde chaque année a augmenté d'un tiers, passant de 114 000 en 2011 à 152 000 en 2015.[10] Cette situation contraste avec la baisse d'environ 11 % des nouvelles infections à VIH chez les adultes en général (plus précisément, chez les personnes âgées de 15 ans et plus) qui a été enregistrée entre 2010 et 2016.[11]

Selon l'estimation conjointe pour 2016 publiée par l'ONUDC, l'OMS, l'ONUSIDA et la Banque mondiale, la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables s'élève à 11,8 %. 1,3 million d'usagers de drogues injectables vivraient donc avec le VIH. Cette estimation repose sur les chiffres de prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables communiqués par 119 pays, où vivraient 94 % de ces usagers. Chez les usagers de drogues injectables vivant avec le VIH, la coïnfection par le VHC est très fréquente (82,4 % des cas).[12]

Les sous-régions où la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables est de loin la plus élevée sont l'Asie du Sud-Ouest et l'Europe orientale et du Sud-Est, où elle est respectivement 2,4 et 1,9 fois supérieure à la moyenne mondiale. Ensemble, ces deux sous-régions comptent 49 % du nombre total d'usagers de drogues par injection qui vivent avec le VIH. Bien que la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables en Asie de l'Est et du Sud-Est soit inférieure à la moyenne mondiale, 24 % des usagers de drogues injectables qui vivent avec le VIH habitent dans cette sous-région. On

9 ONUSIDA, Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets (Genève, 2017).

10 ONUSIDA, Get on the Fast Track: The Life-cycle Approach to HIV (Genève, 2016).

11 Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets.

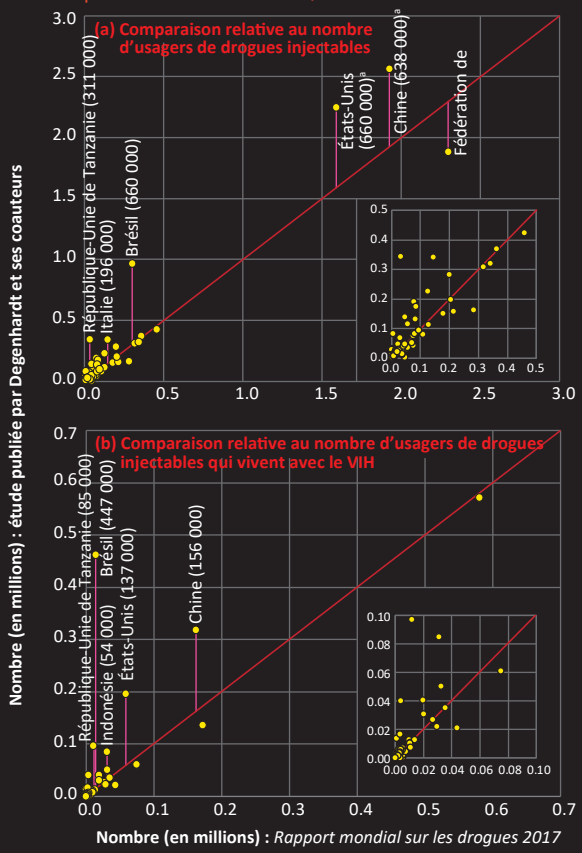
12 Lucy Platt et al., « Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta- analysis », *Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, no 7 (2016), p. 797 à 808.

L'usage de drogues par injection et le VIH : comparaison des estimations

Compte tenu du caractère secret et de la stigmatisation de l'usage de drogues par injection, il est extrêmement difficile d'estimer correctement et précisément le nombre d'usagers de drogues injectables et la prévalence du VIH chez ces usagers dans un pays donné. En raison du manque de données disponibles au niveau des pays, il est encore plus difficile d'agréger les données nationales et de produire des estimations régionales et mondiales. De nombreuses méthodes sont employées pour obtenir ces estimations, notamment l'échantillonnage déterminé selon les répondants, la capture- recapture, les méthodes du multiplicateur de traitement et de l'objet unique, l'amplification du réseau, les recensements et les enquêtes en population générale. Chaque méthode présente des avantages et des inconvénients, repose sur des hypothèses théoriques qui ne sont pas toujours parfaitement adaptées à la situation réelle, peut être difficile à appliquer en pratique, ou n'a pas encore été entièrement validée.[a] L'estimation de la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables est rendue encore plus complexe par les biais de sélection et la difficulté de constituer un échantillon représentatif. Cette prévalence peut varier considérablement d'un lieu à l'autre au sein d'un même pays, ce qui rend difficile le calcul des estimations au niveau national.

En 2017, Degenhardt et ses coauteurs ont publié des estimations nationales, régionales et mondiales du nombre d'usagers de drogues injectables et de la prévalence du VIH chez ces usagers.[b] Selon eux, en 2015, les usagers de drogues injectables étaient 3,8 millions de plus que l'estimation produite conjointement par l'ONUDC, l'OMS, l'ONUSIDA et la Banque mondiale, et le nombre de ces usagers qui vivaient avec le VIH était supérieur de 1,25 million. Les méthodes appliquées respectivement par Degenhardt et ses coauteurs et par l'ONUDC, l'OMS, l'ONUSIDA et la Banque mondiale dans le cadre de leur estimation conjointe sont globalement cohérentes. Les estimations pour un ensemble de pays reposaient sur un classement comparable de la qualité des estimations nationales disponibles. Dans les deux cas, une moyenne pondérée par la population a été calculée pour obtenir des estimations régionales et mondiales et en déduire des estimations pour les pays pour lesquels il n'existait aucune donnée. L'étude menée par Degenhardt et ses coauteurs a permis d'estimer le nombre d'usagers de drogues injectables dans 83 pays et la prévalence du VIH chez ces usagers dans 108 pays. L'ONUDC a estimé le nombre d'usagers de drogues injectables dans 107 pays et la prévalence du VIH chez ces usagers dans 118 pays. Degenhardt et ses coauteurs ont procédé à un examen systématique des articles publiés dans des revues à comité de lecture et de la littérature grise avant que l'ONUDC n'effectue une recherche exhaustive annuelle dans les publications scientifiques pour les pays au sujet desquels il ne disposait pas de données ou les données étaient de qualité insuffisante, et ils ont organisé des consultations internationales avec des experts au cours des quatre années précédentes. Lorsque plusieurs études de haute qualité sur les usagers de drogues injectables existaient pour un même pays, ils ont effectué une méta-analyse pour prendre en compte les différentes estimations. S'agissant de la prévalence du VIH, s'il existait plusieurs estimations pour un pays donné, Degenhardt et ses coauteurs ont regroupé les estimations publiées les quatre années précédentes avec la dernière estimation parue. En revanche, l'ONUDC a généralement retenu les estimations les plus récentes obtenues dans le cadre d'études de très haute qualité, en accordant toute l'attention

Comparaison des estimations obtenues pour certains pays concernant : a) le nombre d'usagers de drogues injectables et b) le nombre d'usagers de drogues injectables qui vivent avec le VIH, 2015



Source : *Rapport mondial sur les drogues 2017* (qui intègre les réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels, les rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde publiés par l'ONUSIDA (diverses années), les travaux de l'ex-Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et l'usage de drogues par injection, des articles publiés dans des revues à comité de lecture et des rapports des gouvernements); Louisa Degenhardt et al., « Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs.

Note : Les estimations du nombre d'usagers de drogues injectables et du nombre d'usagers de drogues injectables qui vivent avec le VIH portent sur la population âgée de 15 à 64 ans.are for the 15–64 years age category.

[a] *Différence entre les estimations obtenues dans le cadre des deux études.*

voulue à la définition de l'injection, à la taille des échantillons et à la couverture géographique.

Pour environ un tiers des pays (25), l'estimation du nombre d'usagers de drogues injectables présentée dans l'étude menée par Degenhardt

et ses coauteurs est extraite du précédent examen systématique mondial publié il y a 10 ans, en 2008.[c] Ces estimations n'ont pas été actualisées pour certains pays où vit une part importante des usagers de drogues injectables : Brésil, Chine, Fédération de Russie, Inde et Italie. Des estimations de la prévalence du VIH chez ces usagers ont été intégrées pour 108 pays, en utilisant des estimations obtenues lors de l'examen de 2008 pour 12 de ces pays, dont le Brésil et l'Argentine.

Depuis l'examen de 2008, on dispose de données plus récentes sur l'usage de drogues par injection dans la Fédération de Russie, en Chine et en Italie. Ces données ont été publiées dans *le Rapport mondial sur les drogues 2017*. Les estimations, obtenues à l'aide de méthodes indirectes, ont été officiellement communiquées à l'ONUDC ou à l'ONUSIDA, mais ne sont pas librement accessibles.

Une comparaison directe est faite, au niveau des pays, concernant le nombre d'usagers de drogues injectables et le nombre de ces usagers qui vivent avec le VIH afin de déterminer quels sont les pays où la différence entre l'estimation qui figure dans le *Rapport mondial sur les drogues 2017* et celle de l'étude publiée par Degenhardt et ses coauteurs est la plus grande.

La méthode appliquée pour déterminer les estimations régionales et mondiales et obtenir des données pour les pays pour lesquels certaines informations manquaient repose sur le même principe dans les deux études et n'a pas provoqué d'écarts sensibles. Une large part de l'écart observé au niveau des estimations régionales et mondiales est due aux différences enregistrées dans les données nationales pour un petit nombre de pays.

Les estimations régionales différentes obtenues dans les deux cas ont des conséquences importantes pour l'action publique. Selon Degenhardt et ses coauteurs, c'est en Amérique latine que la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables est la plus élevée, alors que, d'après les estimations qui figurent dans le *Rapport mondial sur les drogues 2017*, la région la plus touchée est l'Europe orientale. Les données régionales relatives aux usagers de drogues injectables et aux usagers de drogues injectables qui vivent avec le VIH jouent un rôle crucial à l'échelle internationale concernant les priorités en matière d'appui aux institutions nationales et aux organisations non gouvernementales qui fournissent des services de prévention et de traitement. Il est donc indispensable de déterminer quelles sont les estimations les plus récentes et les plus pertinentes sur le plan méthodologique pour que, à l'échelle mondiale, les efforts soient déployés là où ils sont le plus nécessaires.

[a] Abu S. Abdul-Quader, Andrew L. Baughman et Wolfgang Hladik, « Estimating the size of key populations: current status and future possibilities », *Current Opinion in HIV and AIDS*, vol. 9, no 2 (2014), p. 107 à 114.

[b] Louisa Degenhardt et al., « Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review », T*he Lancet Global Health*, vol. 5, no 12 (2017), p. e1192 à e1207.

[c] Bradley M. Mathers et al., « Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review », *The Lancet*, vol. 372, no 9651 (2008), p. 1733 à 1745.

estime que 53 % des usagers de drogues injectables qui vivaient avec le VIH dans le monde en 2016 (662 000 personnes) résidaient dans trois pays seulement (Chine, Pakistan et Fédération de Russie), ce qui est disproportionné par rapport au pourcentage des usagers de drogues injectables qui habitaient dans ces trois pays (35 %).

L'injection de drogues constitue un mode de transmission fréquent du VHC

Chez les usagers de drogues injectables, la charge de morbidité (mortalité et morbidité) résultant du VHC est supérieure à celle qui est due au VIH.[13] Les injections à risque pratiquées en partageant des aiguilles et des seringues contaminées constituent une importante voie de propagation du VHC dans le monde. Sur 1,7 million de nouveaux cas d'infection à VHC recensés dans le monde en 2015, 390 000 (23,0 %) étaient imputables à l'usage de drogues par injection.[14] La même année, 31,5 % des décès provoqués par un cancer ou une cirrhose du foie liés à l'infection à VHC dans le monde s'expliquaient par des injections de drogues dans le passé.[15]

L'infection à VHC est très répandue chez les personnes qui s'injectent des drogues : un usager de drogues injectables sur deux vit avec le VHC. Selon l'estimation conjointe de l'ONUDC, de l'OMS, de l'ONUSIDA et de la Banque mondiale, la prévalence du VHC chez ces personnes était de 51,9 % en 2016. En d'autres termes, 5,5 millions d'usagers de drogues par injection vivent avec le VHC. Cette estimation repose sur les chiffres de prévalence du VHC chez les usagers de drogues injectables communiqués par 96 pays, où vivraient 91 % de ces usagers.

Le risque élevé de propagation du VHC chez les femmes qui s'injectent des drogues est particulièrement préoccupant. D'après une étude réalisée auprès de 1 868 usagers de drogues injectables en Australie, au Canada, aux États-Unis et aux Pays-Bas, les femmes qui s'injectent des drogues ont 38 % de plus de risques de contracter le VHC que leurs pendants

13 Louisa Degenhardt et al., « Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013 », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, no 12 (2016), p. 1385 à 1398.

14 OMS, *Global Hepatitis Report 2017* (Genève, 2017).

15 Ibid.

Disponibilité des services pour les personnes détenues ou sorties de prison

Les personnes qui consomment des drogues en prison sont plus exposées au risque de contracter des maladies infectieuses et ont moins accès à des services de prévention et de traitement adéquats que celles qui ne sont pas incarcérées.[a] La fréquence des comportements à risque, associée à l'absence d'accès à des mesures de prévention dans de nombreuses prisons, peut entraîner une propagation effroyablement rapide du VIH. La prévalence du VIH, du VHC, du VHB et de la tuberculose chez les personnes en détention dans les prisons et autres structures fermées est entre 2 et 10 fois plus élevée que dans la population générale.[b, c, d, e] Néanmoins, l'accès à des programmes de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH fait souvent défaut dans les prisons et, même lorsque de tels programmes existent, ils sont rarement du même niveau que ceux dont dispose le reste de la collectivité.[f]

À leur sortie de prison, la plupart des personnes qui vivent avec le VIH ne disposent souvent d'aucun soutien et se heurtent à des formes omniprésentes et multidimensionnelles d'exclusion, de stigmatisation et de discrimination résultant de leur incarcération, de leur séropositivité, de leur classe socioéconomique et de leur appartenance ethnique.[g, h] Les détenus sont rarement en contact avec des services chargés du traitement du VIH, du VHC et de la toxicomanie après leur libération, ou ne bénéficient que de certains services, car ils ignorent souvent à quels services ils ont accès.[i, j] L'absence généralisée de planification des remises en liberté et de suivi postcarcéral satisfaisants a des effets graves et immédiats sur la santé. Une étude systématique a permis de conclure que les détenus avaient peu de chances d'être mis en contact avec des services de santé de ville à leur sortie de prison. Les personnes récemment libérées de prison n'ont guère accès aux services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH en raison de la stigmatisation et de la discrimination dont elles font l'objet et ne bénéficient pas de soins après leur sortie, par suite d'une absence de planification de la remise en liberté.[k] Des travaux de recherche tendent à montrer que, après la sortie de prison, le pourcentage de patients ayant recours au traitement antirétroviral passe de 51 % à 29 %, et l'inhibition de la réplication virale passe de 40 % à 21 %.[l] L'absence de suivi du traitement du VHC compromet l'efficacité des éventuels soins prodigués en prison et contribue à la propagation du virus au sein de la population.[m, n]

Les consommateurs d'héroïne sont exposés à un risque élevé de décès par surdose à leur sortie de prison, en particulier pendant les deux premières semaines qui suivent leur libération. Ces décès sont liés à une baisse de la tolérance aux effets de l'héroïne consécutive à l'incarcération.[o] YOr, les détenus libérés ont rarement accès à des médicaments qui permettent de prévenir les surdoses, comme la naloxone ou la méthadone, ou à une autre forme de traitement de la toxicomanie.[p] Le fait d'obtenir un logement constitue un facteur déterminant pour bénéficier d'une prise en charge du VIH à long terme. Les différences de situation en matière de logement contribuent sensiblement aux différences de résultats dans le traitement du VIH entre les patients sans abri et les autres, notamment sur le plan de l'inhibition de la réplication virale au fil du temps.[q]

[a] Ralf Jürgens, Manfred Nowak et Marcus Day, « VIH and incarceration: prisons and detention », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 14, no 26 (2011), p. 1 à 17.

[b] Kate Dolan et al., « Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees », *The Lancet*, vol. 388, no 10049 (2016), p. 1089 à 1102.

[c] Kate Dolan et al., « Drug injection, sexual activity, tattooing and piercing among prison inmates: A global systematic review and meta-analysis of 2,359,220 prisoners », *Epidemiological Reviews*, vol. 40, no 1 (2018), p. 58 à 69.

[d] Amber Arain, Geert Robaeys et Heino Stover, « Hepatitis C in European prisons: a call for an evidence-informed response », *BMC Infectious Diseases*, vol. 14, Supplément no 6 (2014), p. 1 à 6.

[e] Lilanganee Telisinghe et al., « HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa », *The Lancet*, vol. 388, no 10050 (2016), p. 1215 à 1227.

[f] Josiah D. Rich et al., « Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis », *The Lancet*, vol. 388, no 10049 (2016), p. 1103 à 1114.

[g] Leonard S. Rubenstein et al., « HIV, prisoners, and human rights », *The Lancet*, vol. 388, no 10050 (2016), p. 1202 à 1214.

[h] Alexis C. Dennis et al., « 'You're in a world of chaos': experiences accessing HIV care and adhering to medications after incarceration », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 26, no 5 (2015), p.542 à 555.

[i] Liza Solomon et al., « Survey finds that many prisons and jails have room to improve HIV testing and coordination of postrelease treatment », *Health Affairs (Millwood)*, vol. 33, no 3 (2014), p. 434 à 442.

[j] Sung-Pil Choi et al., « Prevalence and correlates of community re-entry challenges faced by HIV-infected male prisoners in Malaysia », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 21, no 6 (2010), p. 416 à 423.

[k] Rubenstein et al., « HIV, prisoners, and human rights ».

[l] Princesse A. Iroh et al., « The HIV care cascade before, during, and after incarceration: a systematic review and data synthesis », *American Journal of Public Health*, vol. 105, no 7 (2015), p. e5 à e16.

[m] Tianhua He et al., « Prevention of hepatitis C by screening and treatment in U.S. prisons », *Annals of Internal Medicine*, vol. 164, no 2 (2016), p. 84 à 92.

[n] Natasha K. Martin et al., « HCV treatment as prevention in prison : key issues », *Hepatology*, vol. 61, no 1 (2015), p. 402 et 403.

[o] OMS, *Preventing Overdose Deaths in the Criminal Justice System* (Copenhague, 2014).

[p] D. Leach et P. Oliver, « Drug-related death following release from prison : a brief review of the literature with recommendations for practice », *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 4, no 4 (2011), p. 292 à 297.

[q] Alexei Zelenev et al., « Patterns of homelessness and implications for HIV health after release from jail », *AIDS and Behaviour*, vol. 17, Supplément no 2 (2013), p. 181 à 194.

TABLEAU 1 Définition des niveaux de couverture faible, moyen et élevé pour les différentes interventions

Intervention	Indicateur	Niveau de couverture		
		Faible	Moyen	Élevé
Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Nombre d'aiguilles et seringues distribuées, par usager de drogues injectables et par an	Moins de 100	Entre 100 et 200	200 et plus
Traitements de substitution aux opiacés	Nombre de bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés sur 100 usagers de drogues injectables	Moins de 20	Entre 20 et 40	40 et plus
Traitement antirétroviral	Nombre d'usagers de drogues injectables qui suivent un traitement antirétroviral sur 100 usagers de drogues injectables séropositifs	Moins de 25	Entre 25 et 75	75 et plus
Dépistage du VIH et activités de conseil dans ce domaine	Nombre d'usagers de drogues injectables qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois, sur 100 usagers de drogues injectables	Moins de 40	Entre 40 et 75	75 et plus

Source : *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users – 2012 Revision* (Genève, OMS, 2012).

masculins. Ce risque plus élevé ne semble pas être lié à des pratiques différentes en matière de partage de seringues, qui constitue un facteur de risque important pour le VHC, mais s'explique par d'autres causes, notamment génétiques, et par un accès inégal aux services de prévention.[16]

Selon l'estimation conjointe de l'ONUDC, de l'OMS, de l'ONUSIDA et de la Banque mondiale, la prévalence du VHB[17] chez les usagers de drogues par injection était de 7,5 % en 2016 dans le monde. En d'autres termes, quelque 0,8 million d'usagers de drogues par injection vivent avec le VHB.

La couverture des interventions de base visant à prévenir la propagation du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables reste faible et insuffisante

Dans la plupart des pays, la couverture des interventions de base conçues pour prévenir la propagation du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables reste trop faible pour être efficace.[18] Les interventions de base fondées sur des données scientifiques et destinées à prévenir la contamination par le VIH sont, par ordre de priorité : les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, qui permettent de fournir du matériel d'injection stérile ; les traitements de substitution aux opiacés, qui visent à réduire la dépendance aux opiacés et donc à diminuer la fréquence des injections ; le dépistage du VIH et les activités de conseil dans ce domaine, qui constituent une importante voie d'accès aux traitements et aux soins; le traitement antirétroviral, destiné à réduire la charge virale et la transmission du VIH.[19] Pour prévenir efficacement la contamination par le VHC, les principales interventions sont les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution aux opiacés, associés au traitement du VHC, qui visent à réduire fortement la transmission du VHC au sein de la collectivité.[20, 21]

En particulier, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution aux opiacés peuvent être particulièrement efficaces en

16 Aryan Esmaeili et al., « The effect of female sex on hepatitis C incidence among people who inject drugs: results from the International Multicohort InC3 Collaborative », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 66, no 1 (2018), p. 20 à 28.

17 La prévalence du VHB estimée correspond aux infections évolutives (présence d'AgHBs), plutôt qu'à la présence d'anti-HBc, qui témoignent d'une exposition antérieure. Il n'est toutefois pas toujours possible de différencier ces deux cas dans les données communiquées à l'ONUDC.

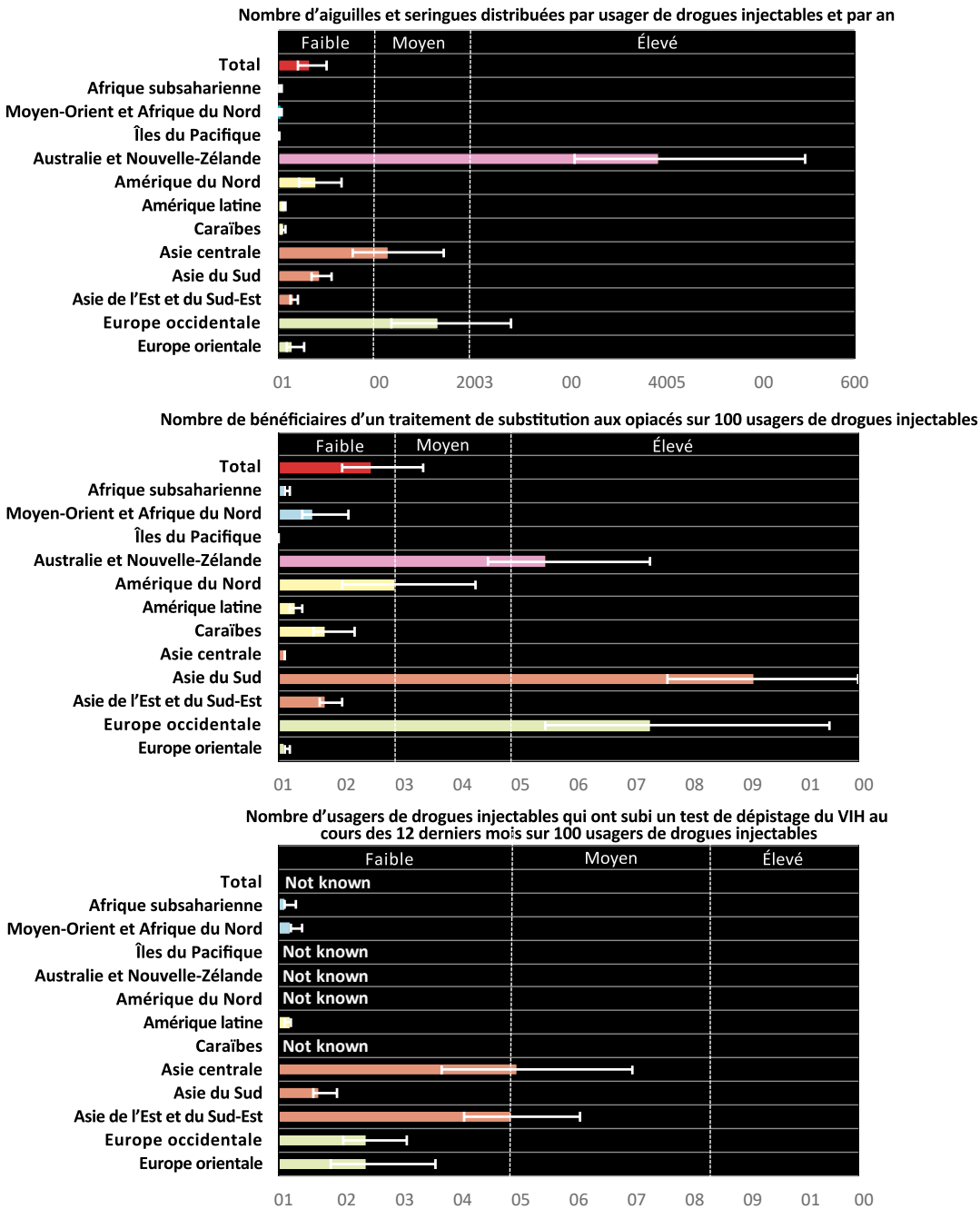
18 Sarah Larney et al., « Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review », *The Lancet Global Health*, vol. 5, no 12 (2017), p. e1208 à e1220.

19 *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users – 2012 Revision* (Genève, OMS, 2012).

20 Katy M. E. Turner et al., « The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence », *Addiction*, vol. 106, no 11 (2011), p. 1978 à 1988.

21 Peter Vickerman et al., « Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings », *Addiction*, vol. 107, no 11 (2012), p. 1984 à 1995.

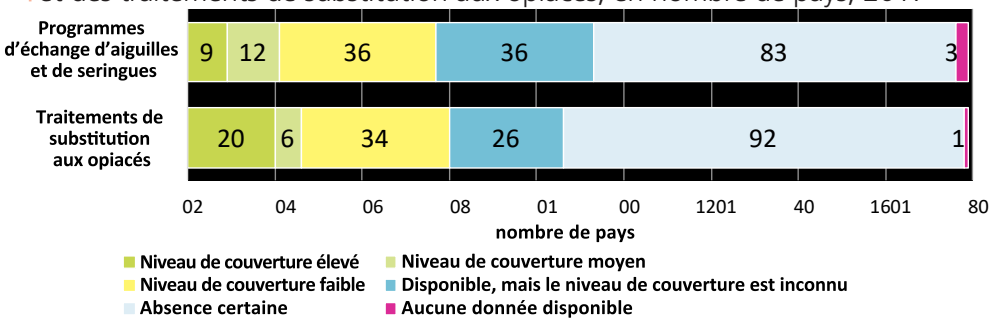
FIG. 5 | Niveau de couverture des interventions de base visant à prévenir la propagation du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables, par région, 2017



Source : Sarah Larney et al., « Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review », *The Lancet Global Health*, vol. 5, no 12 (2017), p. e1208 à e1220.

Notes : Les groupes régionaux sont ceux dont se servent les auteurs. Le niveau de couverture est faible, moyen ou élevé, selon la classification qui figure dans la publication intitulée WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users – 2012 Revision (Genève, OMS, 2012). Dans la figure ci-dessus, les informations concernant l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont les seules dont on dispose pour l'Australasie. S'agissant du traitement antirétroviral, le niveau de couverture régional n'a pu être déterminé en raison du manque de données.

FIG. 6 Disponibilité et couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opiacés, en nombre de pays, 2017



Source : Sarah Larney et al., « Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review », *The Lancet Global Health*, vol. 5, no 12 (2017), p. e1208 à e1220.

Notes : Les pays pris en compte (179) sont ceux où il est manifestement fait usage de drogues par injection, même si l'on ne dispose pas d'estimation du nombre d'usagers de drogues injectables. Pour les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le niveau de couverture est déterminé par le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par usager de drogues injectables et par an, selon la classification suivante : « faible » si ce nombre est inférieur à 100, « moyen » s'il est compris entre 100 et 199 et « élevé » s'il est supérieur ou égal à 200. Pour les traitements de substitution aux opiacés, le niveau de couverture est déterminé par le nombre de bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés sur 100 usagers de drogues qui s'injectent principalement des opioïdes, selon la classification suivante : « faible » si ce nombre est inférieur à 20, « moyen » s'il est compris entre 20 et 39 et « élevé » s'il est supérieur ou égal à 40.

matière de prévention du VIH et du VHC lorsqu'ils sont mis en œuvre conjointement avec un taux élevé de couverture chez les usagers de drogues injectables (voir tableau 1).[22, 23, 24]

Les interventions de base énumérées ci-dessus ne sont pas disponibles dans tous les pays où vivent des usagers de drogues injectables. L'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA ont classé le niveau de couverture de ces interventions en trois catégories : faible, moyen et élevé.[25]

Une étude mondiale portant sur la disponibilité de ces interventions a permis d'évaluer que la couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opiacés chez les usagers de drogues injectables était faible : 33 (entre 21 et 50) aiguilles et seringues distribuées à chaque usager de drogues injectables tous les ans,

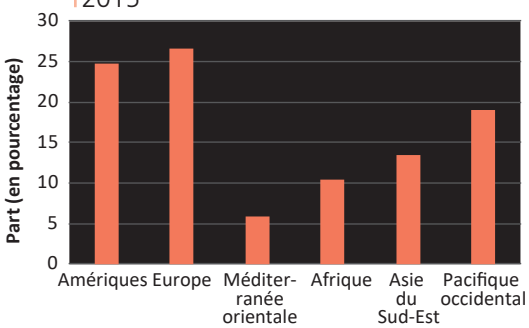
22 Louisa Degenhardt et al., « Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural and combination approaches are needed », *The Lancet*, vol. 376, no 9737 (2010), p. 285 à 301.

23 Natasha K. Martin et al., « Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy » Clinical Infectious Diseases, vol. 57, *Supplément no 2* (2013), p. S39 à S45.

24 Turner et al., « The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users ».

25 *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide.*

FIG. 7 Part des décès imputables aux troubles liés à l'usage de drogues, par région, 2015



Source: OMS, Estimations sanitaires mondiales pour 2015: décès par cause, âge, sexe, pays et région, 2000-2015.

Note : La définition des différentes régions est celle de l'OMS.

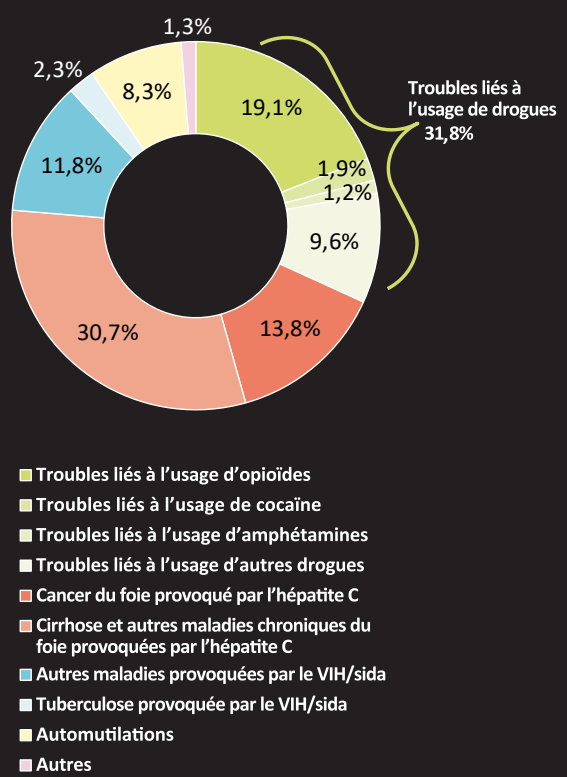
et 16 (entre 10 et 24) bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés sur 100 usagers de drogues injectables.[26] Il n'a pas été possible d'établir des estimations de couverture mondiale pour le dépistage du VIH, les activités de conseil dans ce domaine et le traitement antirétroviral en raison du manque de données. Dans les sous-régions qui comptent le plus grand nombre d'usagers de drogues injectables (Asie de l'Est et du Sud-Est, Europe orientale et Amérique du Nord), le niveau de couverture est faible pour les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de

26 Larney et al., « Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review ».

Les causes de la mortalité et des décès prématurés imputables à la consommation de drogues : la Global Burden of Disease Study 2016

Selon la Global Burden of Disease Study[a], 452 000 décès (entre 420 000 et 487 000) enregistrés en 2016 dans le monde seraient imputables à la consommation de drogues (ce qui représente 0,83 % des décès toutes causes confondues). Près de trois personnes décédées sur quatre (74 % des cas) étaient des hommes. Le VHC non traité, qui peut provoquer un cancer ou une cirrhose du foie, était le premier responsable de ces décès (45 % des cas).

(a) Principales causes de décès imputables à la consommation de drogues, 2016

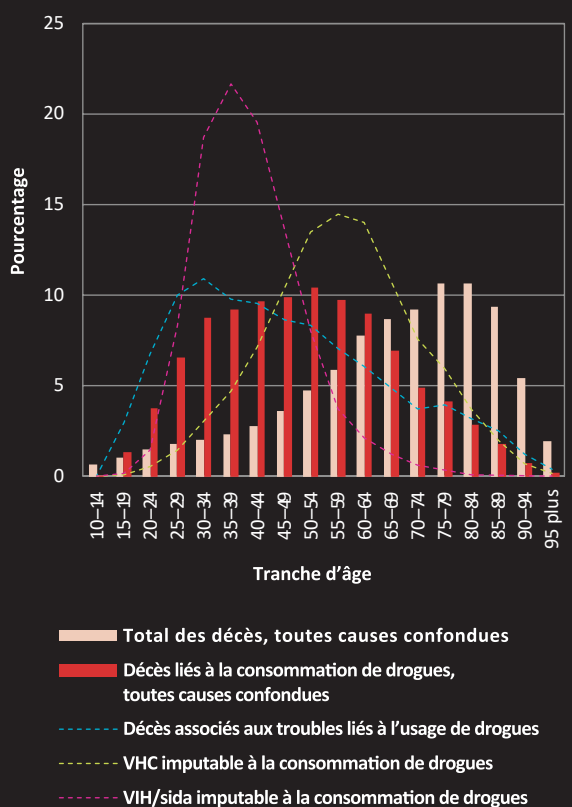


Emmanuela Gakidou et al., « Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 », *The Lancet*, vol. 390, no 10100 (2017), p. 1345 à 1422.

[a] Emmanuela Gakidou et al., « Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 », *The Lancet*, vol. 390, no 10100 (2017), p. 1345 à 1422.

À l'échelle mondiale, les décès imputables à la consommation de drogues se sont traduits par 16,8 millions (entre 15,5 et 18,2 millions) d'années de vie perdues par suite d'un décès prématuré en 2016.[b] Une personne qui meurt de causes imputables à l'usage de drogues perd donc en moyenne 37 années de vie, chiffre qui met en évidence le très jeune âge auquel un grand nombre de ces décès prématurés surviennent. La part des décès provoqués par des troubles liés à l'usage de drogues (principalement les surdoses) culmine dans la tranche d'âge la plus jeune (30 à 34 ans), tandis que les décès dus au VHC non traité sont généralement enregistrés dans une tranche d'âge plus élevée (55 à 59 ans).

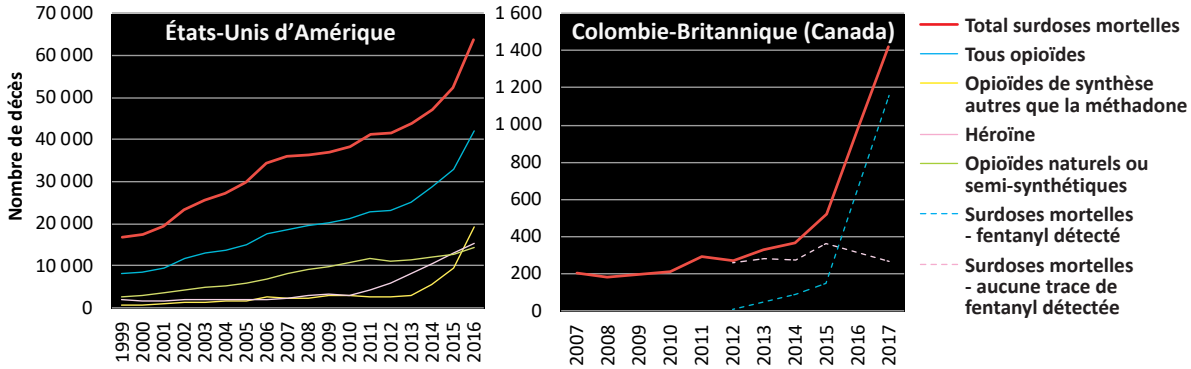
(b) Répartition par âge des décès imputables à la consommation de drogues par rapport au total des décès, toutes causes confondues, 2016



Source: Institute for Health Metrics and Evaluation, données relatives à la charge mondiale de morbidité.

[b] Institute for Health Metrics and Evaluation, données relatives à la charge mondiale de morbidité

FIG. 8 Surdoses mortelles dues à certaines drogues aux États-Unis et en Colombie-Britannique (Canada)



Source: Pour les États-Unis, voir Holly Hedegaard, Margaret Warner et Arialdi M. Miniño, « Drug overdose deaths in the United States, 1999–2016 », Note d'information no 294 du NCHS (décembre 2017). Pour la Colombie-Britannique (Canada), voir service du coroner de Colombie-Britannique, « Illicit drug overdose deaths in B.C., January 1, 2008–February 28, 2018 » (Burnaby (Colombie- Britannique), bureau du coroner en chef, 5 avril 2018) ; service du coroner de Colombie-Britannique, « Fentanyl-detected illicit drug overdose deaths. January 1, 2012–December 31, 2017 » (Burnaby (Colombie-Britannique), bureau du coroner en chef, 31 janvier 2018).

substitution aux opiacés, sauf pour les traitements de substitution aux opiacés en Amérique du Nord, dont la couverture est moyenne.

Sur les 179 pays où il est manifestement fait usage de drogues par injection (même si l'on ne dispose pas nécessairement d'une estimation du nombre d'usagers de drogues injectables), on sait que des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues existent dans 93 pays (52 % du total) et n'existent pas dans 83 pays (46 % du total). Des traitements de substitution aux opiacés sont mis en œuvre dans au moins 86 pays (48 % du total), mais sont absents dans au moins 92 pays (46 % du total). Soixante- dix-neuf pays (44 % du total) mettent en œuvre à la fois des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opiacés. Les informations sur la disponibilité du dépistage du VIH, des activités de conseil dans ce domaine et du traitement antirétroviral sont très fragmentaires. On a pu établir que 34 pays étaient dotés de programmes de dépistage du VIH chez les usagers de drogues injectables et que 17 pays n'avaient pas mis en place de tels programmes. On ne dispose d'aucune information sur les traitements antirétroviraux pour 162 pays.[27]

Le niveau de couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opiacés n'est élevé que dans respectivement 5 % et 11 % des 179 pays où il est manifestement fait usage de drogues par injection. Soixante-dix-neuf pays (44 % du total) mettent en œuvre à la fois des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opiacés. Il n'y a cependant que 4 pays (3 en Europe occidentale et 1 en Océanie) où le niveau de couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opiacés est élevé.

À l'échelle mondiale, le nombre de décès imputables à l'usage de drogues reste élevé

Le décès prématuré dû à l'usage de drogues représente la conséquence la plus extrême que peut subir un consommateur de drogues. Il n'est toutefois pas facile de déterminer l'ampleur de la mortalité imputable à la consommation de drogues : les décès provoqués par la consommation de ces substances peuvent être directement dus aux troubles liés à l'usage de drogues, comme les surdoses,[28] ou indirectement associés à l'usage de drogues, par exemple lorsque le VIH/sida ou le VHC est contracté à l'occasion d'une injection à risque. La Classification

27 Ibid.

28 Selon la Classification internationale des maladies (dixième révision) établie par l'OMS, les codes correspondants sont les suivants : X40-44 (surdose involontaire), X61-62 [automutilation (suicide)], Y10-14 (surdoses d'intention non déterminée), T40 et T42 (intoxication par des stupéfiants).

internationale des maladies (dixième révision) établit une distinction entre ces causes de décès, mais la manière dont cette classification est appliquée pour l'enregistrement des causes d'un décès varie d'un pays à l'autre.

L'OMS estime qu'il y a eu 450 000 décès imputables à la consommation de drogues dans le monde en 2015.[29] Sur ce nombre, 167 750 décès résultaient de troubles liés à l'usage de drogues, c'est-à-dire qu'ils étaient directement dus à la consommation de drogues (des opioïdes étaient en cause dans 76 % des décès provoqués par des troubles liés l'usage de drogues)[30]. L'OMS estime également que, à l'échelle mondiale, le nombre de décès qui résultent de troubles liés à l'usage de drogues a augmenté au cours des 15 années précédentes (105 000 décès en 2000). Les décès indirectement imputables à la consommation de drogues, tels ceux qui sont provoqués par le VIH et le VHC contractés lors d'une injection à risque, ou les suicides, représentent les deux tiers restants (63 %) des 450 000 décès imputables à l'usage de drogues en 2015.

Les années précédentes, le *Rapport mondial sur les drogues* présentait des estimations mondiales et régionales des décès provoqués par la consommation de drogues. Les experts qui ont participé à la réunion sur l'amélioration des statistiques relatives aux drogues et au renforcement du questionnaire destiné aux rapports annuels, qui s'est tenue à Vienne en janvier 2018, ont jugé que, au vu du manque de données concernant les décès provoqués par l'usage de drogues en général, il fallait approfondir les échanges et la collaboration entre l'ONUDC et l'OMS afin de pouvoir estimer le nombre total de décès (directs et indirects) liés à la drogue.

Les décès par surdose continuent d'augmenter dans plusieurs pays où leur nombre est élevé

En 2015 et en 2016, pour la première fois en cinquante ans, l'espérance de vie a diminué pendant deux années consécutives aux États-Unis d'Amérique. L'augmentation des accidents, notamment des décès liés à la drogue, a joué un rôle déterminant dans ce phénomène.[31] Une étude portant sur les raisons de la baisse de l'espérance de vie liée à certaines causes de mortalité sur la période 2000-2015 a montré que les décès par surdose, notamment dans les cas où il y avait eu consommation d'opioïdes, constituaient une cause importante de perte d'années d'espérance de vie.[32] Aux États-Unis, le nombre de décès par surdose a continué de croître, plus vite que jamais, la plus forte hausse annuelle, en pourcentage, du taux de mortalité par surdose ajusté sur l'âge ayant eu lieu entre 2015 et 2016. Le nombre total de décès par surdose a augmenté de 21,4 % entre 2015 et 2016 pour atteindre 63 632, chiffre le plus élevé jamais enregistré. Cette hausse est principalement due au nombre de décès liés aux opioïdes de synthèse autres que la méthadone (notamment le fentanyl, les analogues du fentanyl et le tramadol), qui a sensiblement augmenté pour atteindre 19 413 en 2016. Cela représente une hausse de 103 % (plus du double) par rapport à 2015, dans le prolongement de la forte tendance à la hausse observée depuis 2012, le nombre de décès liés aux opioïdes de synthèse autres que la méthadone ayant décuplé chez les hommes et quintuplé chez les femmes. En 2016, pour la première fois, le nombre de décès dus à des opioïdes de synthèse autres que la méthadone a dépassé à la fois le nombre de décès dus à l'héroïne et le nombre de décès dus aux opioïdes naturels ou semi-synthétiques (dont la morphine, la codéine, l'hydrocodone et l'oxycodone). Les décès par surdose liés à la consommation d'héroïne ont augmenté de 19 % entre 2015 et 2016. Depuis 1999, les décès liés à l'usage d'héroïne ont été multipliés par plus de douze chez les hommes et ont septuplé chez les femmes.[33, 34] Ces chiffres sont cohérents si on les compare à la hausse de la consommation d'héroïne au cours de l'année écoulée enregistrée entre la période 2002-2004 et la période 2013-2015 : 150

29 OMS, Le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique. *Rapport du Secrétariat à la soixante-dixième Assemblée générale de la Santé*. A70/29, 27 mars 2017.

30 OMS, Estimations sanitaires mondiales pour 2015 : décès par cause, âge, sexe, pays et région.

31 Kenneth D. Kochanek et al., Mortality in the United States, 2016. Note d'information no 293 du National Center for Health Statistics, décembre 2017. Centres pour le contrôle et la prévention des maladies.

32 Deborah Dowell et al., « Contribution of opioid-involved poisoning to the change in life expectancy in the United States, 2000- 2015 », *JAMA*, vol. 318, no 11 (2017), p. 1065 à 1067.

33 Holly Hedegaard, Margaret Warner et Arialdi M. Minino, « Drug overdose deaths in the United States, 1999-2016 », Note d'information no 294 du NCHS (décembre 2017).

34 Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, National Center on Health Statistics, CDC WONDER. Accessible sur le site https ://wonder.cdc.gov/.

% chez les femmes et 79 % chez les hommes.[35] Si l'on ne tient pas compte de des décès pour lesquels des opioïdes de synthèse (principalement le fentanyl) étaient aussi en cause, le nombre de décès liés à l'usage d'héroïne, de cocaïne et de méthamphétamine est toutefois resté globalement stable depuis 2013.

En 2017, les décès par surdose ont atteint un niveau record en Colombie-Britannique (Canada), dans le prolongement de la forte tendance à la hausse observée depuis 2012. Cette évolution est en grande partie due au fentanyl et à ses analogues (consommés seuls ou en association avec d'autres drogues), ces substances ayant été détectées dans 4 % des décès par surdose en 2012, alors qu'elles l'ont été dans 81 % des cas en 2017. Les surdoses mortelles pour lesquelles du fentanyl a été détecté ont augmenté de 73 % entre 2016 et 2017. En revanche, le nombre de décès par surdose pour lesquels le fentanyl n'a pas été détecté est resté relativement stable sur la période 2012-2017.[36, 37] Les fentanyls restent un problème mineur dans les autres pays, à l'exception notable de l'Estonie, où le fentanyl est l'opioïde le plus consommé depuis 15 ans.

En Europe, les décès par surdose ont augmenté pour la troisième année consécutive, atteignant le nombre record de 8 441 décès en 2015 (dernière année pour laquelle des données sont disponibles). Les décès liés aux opioïdes sont à l'origine de cette hausse, ce type de substances (principalement l'héroïne) ayant été détecté dans 79 % des cas de surdose mortelle en 2015. Une augmentation du nombre de décès par surdose a été signalée en Allemagne, en Espagne, en Lituanie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède.[38] Le Royaume-Uni a fait état du plus grand nombre de surdoses mortelles en Europe, qui représente près du tiers (31 %) du total.[39] En Angleterre et au pays de Galles,[40] chez les hommes comme chez les femmes, le nombre de décès liés à l'usage de drogues enregistré en 2016 est le plus élevé qui ait été atteint depuis que ces décès ont commencé à être comptabilisés en 1993 : 2 593, principalement dus à l'héroïne ou à la morphine.[41]

Depuis 2011, l'Australie a connu une augmentation sensible du taux de décès dus à la drogue (décès directement imputables à la consommation de drogues) et un nombre record de décès de ce type en 2016 (1 808 morts). La principale cause de décès est la surdose involontaire (71 % des cas), devant le suicide par surdose (23 % des cas), les autres causes, comme les complications chroniques dues à l'usage de drogues et les décès d'intention non déterminée, représentant les 6 % restants. Ces décès dus à la drogue sont principalement liés à l'usage non médical des benzodiazépines et de l'oxycodone, médicaments délivrés sur ordonnance pour gérer respectivement l'angoisse et la douleur. Les décès résultant de la consommation de substances placées sous contrôle ont également augmenté, le taux de mortalité lié aux stimulants (notamment la méthamphétamine, y compris sous forme cristalline) ayant quadruplé depuis 1999.[42]

Il est fréquent d'être témoin ou victime d'une surdose

Les surdoses non mortelles sont nettement plus fréquentes que les autres : de nombreux usagers de drogues disent en avoir eux-mêmes fait l'expérience. Les surdoses mortelles ne représentent qu'une très faible part des surdoses, comprise entre 2 % et 4 % environ.[43] publiés dans ce domaine, près de la moitié (47 % : entre 17 % et 68 %) des consommateurs

35 États-Unis, *Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*, publication HHS no SMA 16-4984, collection NSDUH H-51 (Rockville (Maryland), 2016).

36 Canada, service du coroner de Colombie-Britannique, « Illicit drug overdose deaths in B.C. January 1, 2008—February 28, 2018 » (Burnaby (Colombie-Britannique), bureau du coroner en chef, 5 avril 2018).

37 Canada, service du coroner de Colombie-Britannique, « Fentanyl-detected illicit drug overdose deaths. January 1, 2012— December 31, 2017 » (Burnaby (Colombie-Britannique), bureau du coroner en chef, 31 janvier 2018).

38 EMCDDA, *Rapport européen sur les drogues 2017 : Tendances et évolutions* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2017).

39 Ibid.

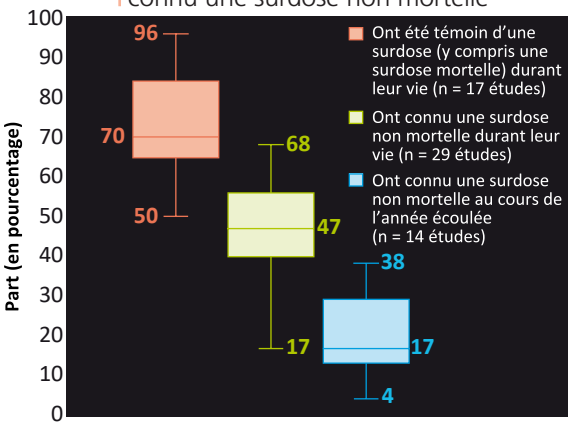
40 Un décès lié à l'usage de drogues est défini comme un décès dont la cause profonde est la consommation de drogues ou la toxicomanie ou un décès dont la cause profonde est l'empoisonnement si l'une quelconque des substances placées sous contrôle au titre du Misuse of Drugs Act du Royaume-Uni (1971) est en cause.

41 Royaume-Uni, Office for National Statistics, « Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2016 registrations », *Statistical Bulletin* (août 2017).

42 Bureau australien de statistique, « Causes of death, Australia, 2016 », no 3303.0, 27 septembre 2017. Accessible à l'adresse www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3303.0.

43 Shane Darke, Richard P. Mattick et Louisa Degenhardt, « The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose », *Addiction*, vol. 98, no 8 (2003), p. 1169 à 1171.

FIG. 9 Par des usagers de droguesa qui ont été témoins d'une surdose (y compris une surdose mortelle) ou qui ont connu une surdose non mortelle



Source : Silvia S. Martins et al., « Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature », American Journal of Public Health, vol. 105, no 11 (2015), p. e29 à e49.

Note: Le nombre d'études prises en compte est indiqué dans la légende. Les rectangles de couleur représentent l'enveloppe de 50 % des valeurs (c'est-à-dire des valeurs comprises entre le vingt-cinquième et le soixante- quinzième centile) et les lignes horizontales qui se trouvent à l'intérieur des rectangles représentent les valeurs médianes. Les barres d'erreur correspondent aux valeurs minimales et maximales.

[a] Sur les 43 études examinées, 6 portaient sur des consommateurs de n'importe quelle substance, tandis que la grande majorité des études concernait les usagers d'héroïne, de crack ou de cocaïne (21 études) ou les personnes qui s'injectent des drogues (16 études).

de drogues qui ont participé aux différentes études[44] ont indiqué avoir subi une surdose non mortelle au moins une fois dans leur vie, et près d'un sur six (17 % : entre 4 % à 38 %) avait été victime d'une surdose non mortelle au cours de l'année écoulée.[45]

Le risque de surdose est lié au mode d'administration des drogues, l'injection étant plus risquée que l'ingestion, l'inhalation ou le fait de fumer le produit.[46] La consommation conjointe de certaines drogues augmente le risque de surdose, en particulier l'usage d'héroïne avec des dépresseurs comme l'alcool ou les benzodiazépines.[47] Les usagers d'opioïdes qui recommencent à consommer ce type de substance à l'issue d'une période d'abstinence, par exemple en cas d'interruption ou d'abandon de traitement, ou peu après une sortie de prison, sont exposés à un risque accru de surdose lié à une baisse de la tolérance aux opioïdes.[48, 49]

À la suite d'une surdose non mortelle, les usagers de drogues peuvent avoir des problèmes de santé importants, par exemple une dégradation des tissus musculaires, une insuffisance rénale, des problèmes cardiaques, des convulsions, des atteintes nerveuses ou des troubles cognitifs.[50] Il est établi que le fait de subir une telle surdose peut entraîner une surdose ultérieure mortelle, le risque de décès augmentant avec le nombre de surdoses non mortelles antérieures.[51, 52]

Early recognition that an overdose is occurring and subsequent intervention is often vital in preventing a fatal overdose. A very high proportion of people who use heroin and/or cocaine, or who inject drugs (almost three in four), report that they have witnessed an overdose (including those that prove fatal).[53] Les consommateurs de drogues ont donc la possibilité d'intervenir, d'influer sur les événements et d'empêcher le décès de la victime, par exemple en administrant de la naloxone en cas de surdose d'opioïdes. Au cours des 20 dernières années, des programmes de distribution de naloxone « à emporter » ont été mis en œuvre dans plusieurs pays.

44 Sur les 43 études examinées, 6 portaient sur des consommateurs de n'importe quelle substance, tandis que la grande majorité des études concernait les usagers d'héroïne, de crack ou de cocaïne (21 études) ou les personnes qui s'injectent des drogues (16 études).

45 Silvia S. Martins et al., « Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature », *American Journal of Public Health*, vol. 105, no 11 (2015), p. e29 à e49.

46 M. Teresa Brugal et al., « Factors associated with nonfatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration », *Addiction*, vol. 97, no 3 (2002), p. 319 à 327.

47 ONUDC et OMS, « Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality », Discussion paper, UNODC/WHO 2013 (juin 2013).

48 OMS, *Preventing Overdose Deaths in the Criminal Justice System* (Copenhague, 2014).

49 John Strang et al., « Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study », *British Medical Journal*, vol. 326, no 7396 (2003), p. 959 et 960.

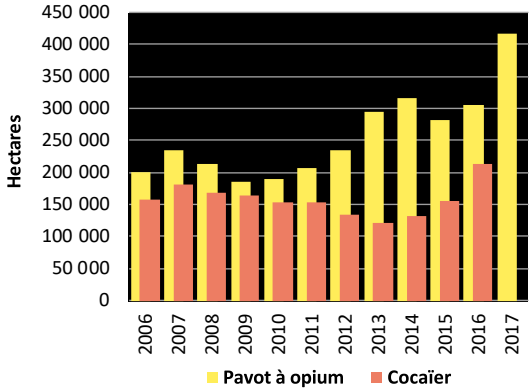
50 Matthew Warner-Smith et al., « Heroin overdose: causes and consequences », *Addiction*, vol. 96, no 8 (2001), p. 1113 à 1125.

51 Mark A. Stoové, Paul M. Dietze et Damien Jolley, « Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data », *Drug and Alcohol Review*, vol. 28, no 4 (2009), p. 347 à 352.

52 Alexander Caudarella et al., « Non-fatal overdose as a risk factor for subsequent fatal overdose among people who inject drugs », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 162 (2016), p. 51 à 55.

53 Silvia S. Martins et al., « Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature », *American Journal of Public Health*, vol. 105, no 11 (2015), p. e29 à e49.

FIG. 10 Superficie totale consacrée à la culture du pavot à opium et du cocaïer, 2006-2017



Source: Enquêtes menées par l'ONUDC sur la coca et l'opium dans divers pays ; réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels ; États-Unis, Département d'État, International Narcotics Control Strategy Report, diverses années.

Ils consistent à former des usagers d'opioïdes et d'autres personnes susceptibles d'être témoin d'une surdose d'opioïdes à l'utilisation de ce produit et à la prise en charge des surdoses, et à leur distribuer de la naloxone à emporter. Par une réaction appropriée, notamment l'administration de naloxone par un témoin, la surdose d'opioïdes est réversible.[54, 55, 56, 57]

C. AMPLEUR DE L'OFFRE DE DROGUES

Culture de plantes servant à fabriquer des drogues et production de drogues

Le cannabis reste la drogue illicite dont la production est la plus répandue au monde

Le cannabis est non seulement la drogue la plus consommée dans le monde, mais il reste aussi celle

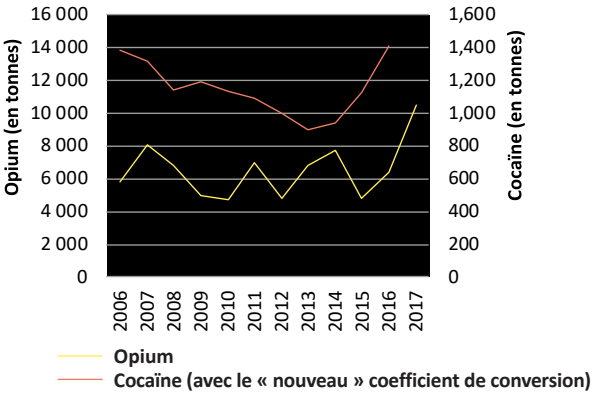
54 John Strang et Rebecca McDonald (dir.), *Preventing Opioid Overdose Deaths with Take-home Naloxone*, collection Insights no 20 (Luxembourg, EMCDDA, 2016).

55 OMS, *Community Management of Opioid Overdose* (Genève, 2014).

56 EMCDDA, *Preventing Fatal Overdoses: A Systematic Review of the Effectiveness of Take-home Naloxone*, EMCDDA Papers (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2015).

57 Alexander Y. Walley et al., « Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis », *BMJ*, vol. 346 (2013), p. 1 à 13.

FIG. 11 Production d'opium et fabrication de cocaïne dans le monde, 2006-2017



Source: Enquêtes menées par l'ONUDC sur la coca et l'opium dans divers pays ; réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels ; États-Unis, Département d'État, International Narcotics Control Strategy Report, diverses années.

Note: La fabrication de cocaïne est calculée en prenant l'hypothèse d'une cocaïne pure à 100 %. La quantité réelle de cocaïne fabriquée, non ajustée en fonction de la pureté, est sensiblement plus élevée (on trouvera de plus amples informations sur la différence entre l'« ancien » et le « nouveau » coefficient de conversion dans la partie en ligne du présent rapport qui est consacrée à la méthodologie).

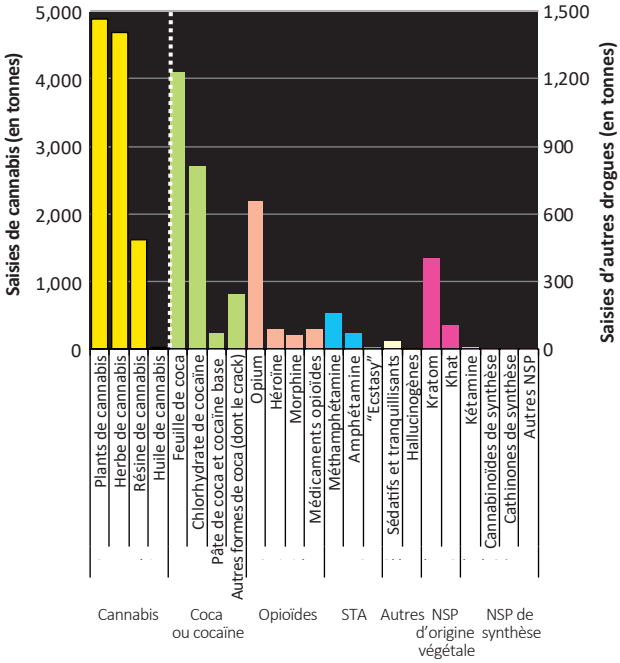
qui donne lieu à la production la plus importante. Entre 2010 et 2016, 145 pays de toutes les régions ont signalé directement ou indirectement l'existence de cultures du cannabis à l'ONUDC. Ils représentent 94 % de la population mondiale et sont plus du double des pays qui ont fait état de cultures du pavot à opium.

La culture du pavot à opium et du cocaïer a sensiblement augmenté

En hausse de 37 % par rapport à l'année précédente, la superficie totale consacrée à la culture du pavot à opium a doublé depuis 2006 et s'est élevée à près de 418 000 ha en 2017. Ce chiffre s'explique principalement par une forte augmentation de la culture du pavot en Afghanistan,[58] qui représentait 86 % de la production mondiale d'opium en 2017. L'essor de la culture du pavot à opium dans ce pays n'est pas monocausal : de nombreux paramètres complexes et géographiquement divers influent sur la décision des agriculteurs de cultiver du pavot. La conjonction de plusieurs facteurs, notamment l'instabilité politique, la corruption, l'absence de contrôle de la part de l'État et l'insécurité, a sans doute aggravé la

58 Pour une analyse détaillée du marché des opioïdes, voir le fascicule 3.

FIG. 12 Quantités de drogues saisies dans le monde, 2016



Source: ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels, reçues de 124 pays.

Note: Les quantités saisies n'ont pas été ajustées en fonction de la pureté et de la puissance des produits.

situation sur le plan de l'état de droit. En se recentrant sur la lutte contre les éléments qui lui sont hostiles dans les zones densément peuplées, le Gouvernement afghan a peut-être rendu les populations rurales plus vulnérables. Une diminution de l'aide internationale a peut-être également entravé le développement socioéconomique dans les zones rurales.

Le Myanmar, qui a représenté 5 % de la production mondiale d'opium en 2017, a en revanche fait état d'une baisse de la culture du pavot à opium et de la production d'opium.

La superficie des cultures de cocaïer est environ deux fois moindre que celle des cultures de pavot à opium. Elle avait diminué de 45 % entre 2000 et 2013, mais a augmenté de 76 % entre 2013 et 2016, pour atteindre 213 000 ha.[59] La culture du cocaïer est donc revenue au niveau estimé de 2001, légèrement inférieur (de 4 %) au pic enregistré en 2000. Cette baisse et cette hausse ultérieure de la production de coca sont principalement dues à l'évolution de la culture du cocaïer en Colombie. En 2016, cette culture a toutefois augmenté dans les trois pays producteurs de coca, à savoir la Colombie, l'État plurinational de Bolivie et le Pérou, d'où une hausse de 36 % de la superficie totale consacrée au cocaïer cette année- là.

59 Les dernières données disponibles sur la culture du cocaïer sont celles de 2016.

La production d'opium a atteint son niveau le plus élevé depuis que l'ONUDC a commencé à l'évaluer régulièrement, et la fabrication de cocaïne n'a jamais été aussi importante

S'étant établie à quelque 10 500 tonnes en 2017, la production mondiale d'opium a atteint son niveau le plus élevé, de loin, depuis que l'ONUDC a commencé à l'évaluer chaque année, au début du XXIe siècle.[60] La production mondiale d'opium[61] a augmenté de 65 % entre 2016 et 2017 (et de 120 % depuis 2015), une hausse bien plus forte que l'augmentation de la superficie des cultures de pavot. Ce phénomène s'explique principalement par une hausse progressive du rendement du pavot en Afghanistan, qui a commencé à remonter par rapport au faible niveau observé dans les principales zones de culture les années précédentes.

Après avoir baissé sur la période 2005-2013, la fabrication mondiale de cocaïne[62] a augmenté de 56 % entre 2013 et 2016. La fabrication potentielle de cocaïne a atteint 1 410 tonnes (pures à 100 %) en 2016, niveau le plus élevé jamais enregistré, en augmentation d'environ 25 % par rapport à l'année précédente.

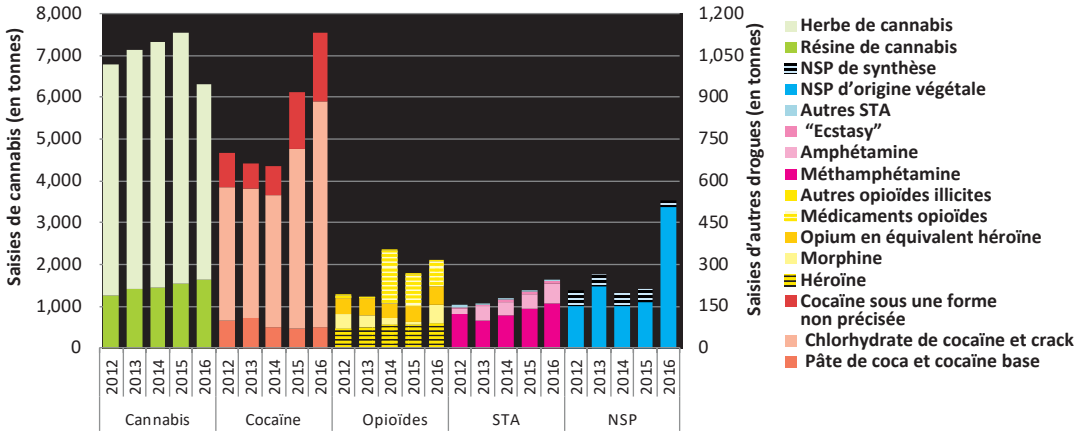
La plus forte augmentation de la fabrication potentielle de cocaïne (34 %) en 2016 a été signalée par la Colombie, qui représentait plus de 60 % du total mondial.

60 Les estimations relatives à la production d'opium que l'on trouve dans des publications pour les premières décennies du XXe siècle sont bien plus élevées jusqu'au milieu des années 1930 que dans un passé récent (voir ONUDC, *A Century of International Drug Control*, 2009). Ces estimations reposaient cependant sur des indicateurs différents (comme les impôts et les autres prélèvements versés par les cultivateurs de pavot) et ne sont pas entièrement comparables aux chiffres figurant dans le présent rapport, qui ont été en grande partie établis grâce à la télédétection et à des enquêtes sur le rendement des cultures (pour de plus amples informations, voir l'annexe méthodologique accessible en ligne).

61 Pour estimer la production d'opium, on multiplie la superficie consacrée à la culture du pavot dans chaque région par le rendement à l'hectare correspondant.

62 La Convention unique sur les stupéfiants de 1961 distingue la production d'une substance, telle l'opium, qui ne subit aucune transformation, et la fabrication [d'un produit ?], telle la cocaïne, pour laquelle un traitement en laboratoire est nécessaire.

FIG. 13 | Quantités saisies pour différentes drogues dans le monde, 2012-2016



Source: ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Note: Pour être exprimées en équivalent héroïne, les quantités d'opium saisies ont été divisées par 10.

Saisies de drogues

La répartition, le niveau et les caractéristiques des saisies de drogues peuvent être analysés sous l'angle des quantités de drogues saisies (en poids) ou du nombre de saisies. Aucun de ces deux chiffres ne constitue un indicateur direct du trafic de drogues, car ils reflètent aussi les capacités et les priorités des forces de l'ordre. Toutefois, en tenant compte de la variation des prix ajustés en fonction de la pureté, l'analyse combinée de l'évolution du nombre de saisies et des quantités saisies peut aider à dégager les tendances et les caractéristiques de l'offre de drogues, ainsi que les fluctuations touchant l'action des forces de l'ordre et le trafic de drogues. Une étude menée récemment en Australie a ainsi montré que, pour la plupart des drogues (notamment la cocaïne et les stimulants de type amphétamine), l'augmentation de la fréquence des saisies et des quantités interceptées s'expliquait principalement par les variations de l'offre : cette étude a permis d'établir que ces hausses coïncidaient avec les augmentations ultérieures du trafic à petite échelle, des arrestations liées aux drogues et de la consommation (telle qu'elle apparaît dans les consultations aux urgences).[63]

63 Wai-Yin Wan, Don Weatherburn, Grand Wardlaw, Vsailis Sarafidis et Grant Sara, « Do drug seizures predict drug-related emergency department presentations or arrests for drug use and possession?», International Journal of Drug Policy, vol. 27 (2016), p. 74 à 81.

Le cannabis reste la drogue dont il est saisi les plus grandes quantités dans le monde, devant les substances assimilées à la coca ou à la cocaïne

En 2016, à l'échelle mondiale, le cannabis est resté la drogue dont il a été saisi les plus grandes quantités, devant les substances assimilées à la coca ou à la cocaïne, les opioïdes, les NSP et les stimulants de type amphétamine (principalement la méthamphétamine).

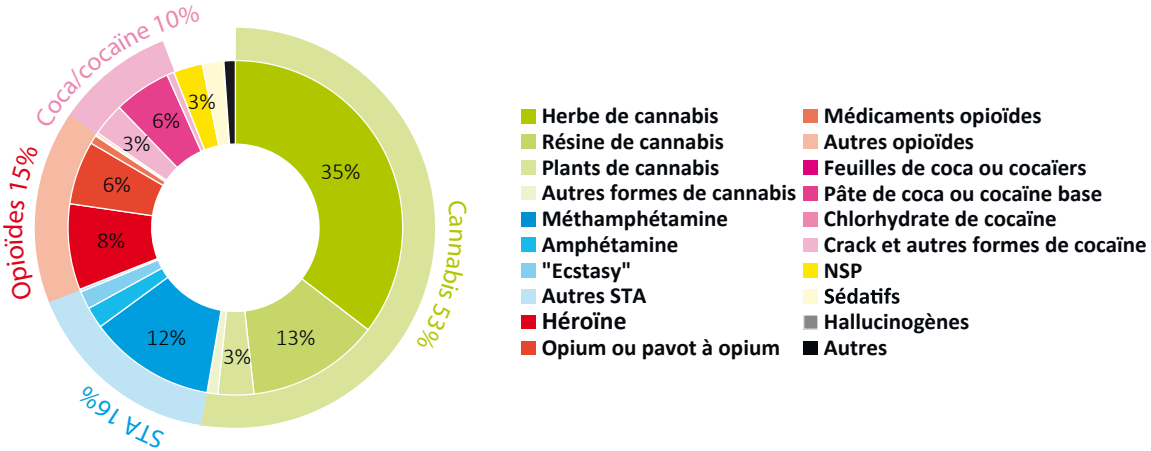
En quantités brutes, l'opium était majoritaire parmi les opioïdes saisis dans le monde en 2016. En revanche, en équivalent héroïne,[64] les opioïdes dont les quantités saisies ont été les plus importantes sont l'héroïne, devant les médicaments opioïdes. Parmi ces derniers, les substances saisies étaient essentiellement du tramadol, opioïde non placé sous contrôle international, et, dans une moindre mesure, de la codéine, de l'oxycodone et du fentanyl. Le fentanyl et ses analogues peuvent être entre 100 et 10 000 fois plus puissants que la morphine, de sorte que même de petites quantités peuvent représenter un très grand nombre de doses. Du point de vue des doses interceptées, on estime donc que le fentanyl et ses analogues constituent la majorité des médicaments opioïdes saisis en 2016.[65]

En 2016, pour la première fois, le kratom (Mitragyna

64 10 kg d'opium équivalent à 1 kg d'héroïne.

65 Pour connaître en détail le calcul effectué pour convertir les quantités saisies en nombre de doses, voir l'annexe méthodologique accessible en ligne.

FIG. 14 | Répartition des saisies mondiales par type de drogue, 2015-2016



Source: ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Note: Calculs fondés sur près de 5 millions de saisies signalées à l'ONUDC sur la période 2015-2016 (2,4 millions en 2015 et 2,5 millions en 2016). Ces informations ont été communiquées par 80 pays au total (65 pour 2015 et 69 pour 2016).

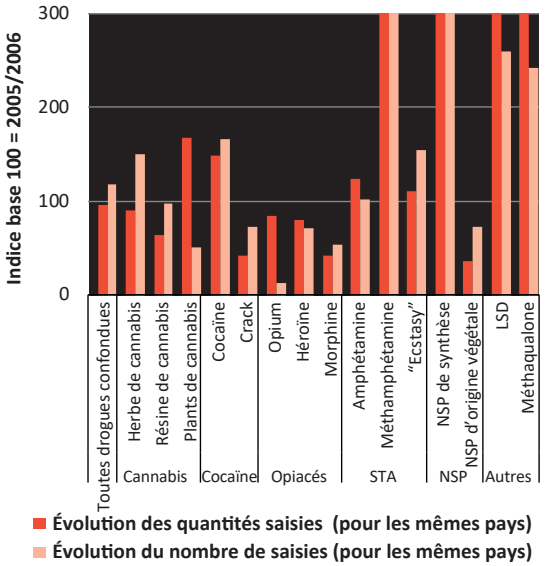
speciosa), qui a des propriétés opioïdes et des effets analogues aux stimulants, a été la NSP d'origine végétale dont les quantités saisies ont été les plus importantes, devant le khat, un stimulant. La même année, parmi les sédatifs et les tranquillisants, c'est la méthaqualone dont les quantités saisies ont été les plus importantes, devant les benzodiazépines, tandis que les quantités de barbituriques saisies sont restées modestes. En 2016, les saisies d'hallucinogènes ont été dominées par le LSD.

Forte hausse des quantités saisies pour les stimulants de type amphétamine, la cocaïne, les nouvelles substances psychoactives d'origine végétale et les sédatifs

Même si le cannabis reste la drogue la plus saisie au monde, les quantités de produits du cannabis saisies ont diminué de 16 % en 2016. Cela correspond à une baisse de 22 % des quantités d'herbe de cannabis saisies (due à une diminution en Afrique et dans les Amériques), qui se sont élevées à 4 700 tonnes, et à une augmentation de 6 % des quantités de résine de cannabis saisies, qui ont atteint 1 600 tonnes.

Les quantités de stimulants de type amphétamine saisies dans le monde ont augmenté de 20 % en 2016, atteignant le chiffre record de 247 tonnes. La même année, les quantités d'amphétamine saisies se sont établies au niveau sans précédent de 70 tonnes (en hausse de 35 %), celles d'« ecstasy » se sont élevées à 14 tonnes (en augmentation de 37 %)

FIG. 15 | Évolution des quantités de drogues saisies et du nombre de saisies entre 2005-2006 et 2015-2016



Source: ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Note: Calculs effectués à partir des données communiquées par 71 pays (indice base 100 = 2005/2006).

et celles de méthamphétamine ont augmenté de 12 %, pour atteindre le chiffre inégalé de 158 tonnes.

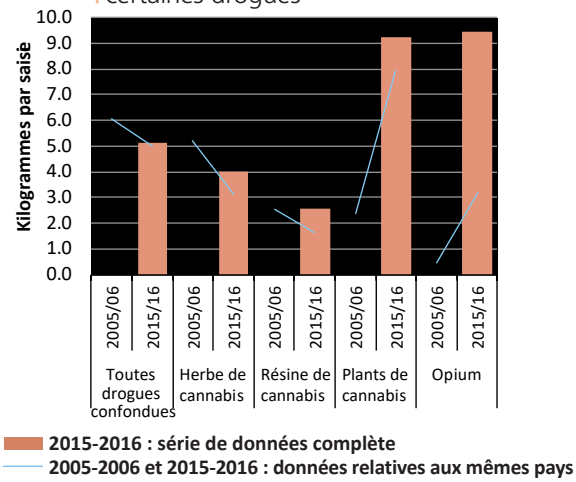
De même, la masse totale de cocaïne saisie dans le monde (y compris sous forme de pâte de coca et de cocaïne base) s'est élevée à plus de 1 100 tonnes,[66]

66 Ce chiffre n'est pas comparable à la quantité estimée de

en 2016, niveau record qui représente une hausse de plus de 20 % par rapport à l'année précédente et de plus de 60 % depuis 2012. Ce phénomène peut être lié à l'augmentation notable de la culture du cocaïer et de la fabrication de cocaïne dans le monde observée ces dernières années.

cocaïne fabriquée (1 410 tonnes), car cette dernière est pure à 100 % alors que les quantités de cocaïne saisies ne sont pas ajustées en fonction de la pureté.

FIG. 16 Taille moyenne d'une saisie de drogue sur la période 2015-2016 et évolution entre 2005-2006 et 2015-2016, pour certaines drogues



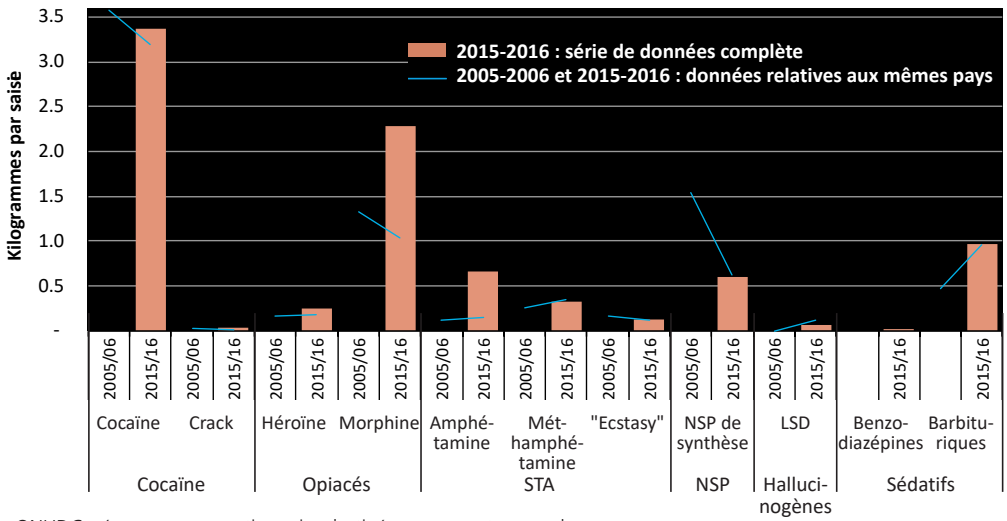
Source: ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Note: Pour de plus amples informations sur les calculs effectués, voir l'annexe méthodologique accessible en ligne.

Cependant, les drogues dont les quantités interceptées ont le plus augmenté en 2016 sont les NSP d'origine végétale, principalement en raison des saisies de kratom, dont les quantités saisies ont septuplé et ont dépassé les 400 tonnes. En revanche, les quantités de NSP synthétiques saisies ont diminué de plus de 50 % en 2016 et de plus de 60 % par rapport à 2012. La baisse a été particulièrement marquée pour les phényléthylamines (-99 %) et les cannabinoïdes de synthèse, dont les quantités saisies ont diminué de 87 % entre 2012 et 2016. Ce phénomène est essentiellement lié à une diminution sensible des quantités de mélanges de type « Spice » interceptées (substances végétales mélangées à des cannabinoïdes de synthèse). Les quantités de pipérazines saisies sont restées stables, tandis que les quantités de cathinones de synthèse, de tryptamines, de kétamine et de substances de type phencyclidine saisies ont augmenté entre 2012 et 2016.

Les quantités d'opioïdes saisies dans le monde ont ugmenté d'environ 13 % en 2016, principalement en raison de la hausse des quantités d'opiacés interceptées, qui reflète une augmentation de la production d'opium et de la fabrication de morphine

FIG. 17 Taille moyenne d'une saisie de drogue sur la période 2015-2016 et évolution entre 2005-2006 et 2015-2016, pour certaines drogues



Source: ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Note: Pour de plus amples informations sur les calculs effectués, voir l'annexe méthodologique accessible en ligne.

et d'héroïne. Les quantités d'opium et d'héroïne saisies, respectivement en hausse de 12 % (à 658 tonnes) et de 10 % (à 91 tonnes) ont atteint de nouveaux records en 2016, tandis que la quantité totale de morphine interceptée (65 tonnes) a septuplé.

Si la quantité totale de médicaments opioïdes saisis dans le monde en 2016 a diminué de plus de 20 % par rapport au niveau très élevé enregistré en 2015, elle reste neuf fois supérieure aux quantités saisies en 2012. L'augmentation constatée entre 2012 et 2016 est essentiellement due à une forte hausse des quantités interceptées de tramadol, d'hydrocodone, d'oxycodone et de fentanyl.

En 2016, les quantités de sédatifs et de tranquillisants interceptées ont septuplé. Ce phénomène s'explique principalement par une forte hausse des quantités de méthaqualone, de benzodiazépines et de GHB saisies.

Les quantités d'hallucinogènes saisies dans le monde ont diminué de plus de 90 % entre 2015 et 2016 et, sur une plus longue durée, ont baissé de 75 % entre 2012 et 2016, principalement en raison d'une diminution très sensible en Amérique du Nord. Pour le LSD, prototype des hallucinogènes, les quantités saisies ont toutefois plus que doublé en 2016, essentiellement en raison de l'augmentation enregistrée en Europe et en Amérique du Nord.

La baisse de la quantité moyenne interceptée par saisie est peut-être due à une évolution du trafic de drogues et des stratégies de répression

Les États Membres ont signalé 2,5 millions de saisies de drogues à l'ONUDC en 2016, contre 2,4 millions en 2015 (respectivement signalées par 69 et 65 pays). Sur la période 2015-2016, du cannabis (principalement de l'herbe) a été saisi dans plus de la moitié des cas, devant les stimulants de type amphétamine.

L'évolution de la part respective de chaque type de drogue dans les affaires de saisies montre une diminution du pourcentage d'affaires dans lesquelles du cannabis a été saisi au cours des 10 dernières années. La proportion des saisies qui concernaient des stimulants de type amphétamine (principalement la méthamphétamine), des opioïdes et des NSP a en revanche augmenté sur la même période. Ces tendances sont confirmées lorsque l'on analyse les données communiquées par 71 pays qui ont signalé des saisies sur deux périodes, 2005-2006 et 2015-2016.

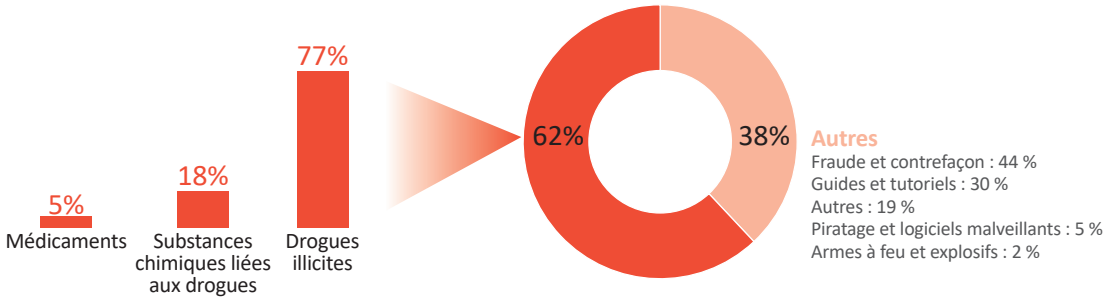
Le fait que le nombre de saisies a davantage augmenté que les quantités saisies et, partant, la baisse de la quantité moyenne saisie par opération entre la période 2005-2006 et la période 2015-2016 pourraient s'expliquer par l'évolution du trafic de drogues et des méthodes de répression. Les changements de stratégies de répression peuvent notamment consister à s'attaquer à la vente au détail et au microtrafic et à mettre davantage l'accent sur des drogues peu volumineuses. En matière de trafic, le changement peut consister à augmenter le nombre d'envois en diminuant les quantités expédiées, stratégie par laquelle les organisations de trafiquants tentent de réduire les pertes liées aux saisies (notamment en faisant appel à des passeurs et à des transporteurs de colis publics ou privés, en particulier pour les drogues vendues sur le darknet). La tendance au trafic de drogues peu volumineuses ou de substances très pures et le recours accru aux réseaux de connaissances pour la distribution peuvent également expliquer la baisse des quantités saisies par opération. Un meilleur signalement des petites saisies peut aussi avoir contribué à cette baisse.

Les différences de poids moyen des saisies selon les différents types de drogues ne sont toutefois pas nécessairement dues à un changement des méthodes de répression ou du mode opératoire des trafiquants de drogues, car les substances présentent de grandes différences sur le plan de la pureté et de la puissance.

Sur la période 2015-2016, la plus grande taille moyenne par saisie a été enregistrée pour certaines drogues les plus volumineuses, comme les NSP d'origine végétale (13 kg par saisie, principalement du khat et du kratom), l'opium (9,5 kg) et les plants de cannabis (9,2 kg).

Sur la période 2015-2016, la taille moyenne d'une saisie de cocaïne (3,4 kg) était bien plus importante que celle d'une saisie de stimulants de type amphétamine, de NSP de synthèse ou d'héroïne, ce qui laisse supposer que la cocaïne est plus susceptible que les autres drogues de faire l'objet d'un trafic en grandes quantités, par exemple sur des navires et dans des conteneurs. Même si les itinéraires de trafic

FIG. 18 Importance des drogues et des substances chimiques liées aux drogues pour le darknet (d'après les articles référencés sur les principaux sites marchands du darknet)



Source: EMCDDA et Europol, Drugs and the darknet (novembre 2017), p. 15.

Note: Chiffres établis à partir des données relatives aux références actives qui figuraient sur les sites marchands du darknet AlphaBay, Dream Market, Hansa, TradeRoute et Valhalla entre le lancement de chacun de ces sites et le 21 août 2017 (ou la fermeture du site).

vers les principaux marchés de consommation sont aussi longs et divers que pour la cocaïne, la taille moyenne d'une saisie d'héroïne (0,2 kg) est nettement inférieure.

Sur la période 2015-2016, les saisies moyennes les plus petites (moins de 10 g) concernaient le LSD, les benzodiazépines, le crack et les barbituriques. Cette situation s'explique peut-être par la distance relativement courte qui sépare le lieu de fabrication (LSD et crack) ou le point où ces substances sont détournées vers des circuits illicites (benzodiazépines et barbituriques) et le marché de consommation.

Le trafic de drogues sur le darknet constitue un problème de plus en plus important pour les autorités

Les recherches empiriques sur le darknet (partie du « deep Web » où figurent des informations accessibles uniquement par des navigateurs spéciaux) restent pour l'instant limitées. On trouvera ci-après un résumé de certaines études récentes (généralement menées à l'aide de techniques d'exploration du Web qui consistent à prendre plusieurs instantanés de divers sites marchands du darknet et à les analyser) qui ont permis de mieux connaître les tendances et les caractéristiques de l'achat de drogues sur le darknet. Les paragraphes qui suivent s'appuient également sur l'expérience et les connaissances approfondies de policiers spécialisés d'Europe et d'Amérique du Nord qui participent à des activités d'infiltration destinées à découvrir les vendeurs de drogues et à démanteler les plateformes de vente de drogues du darknet.

Le darknet, un modèle économique pour le marché de la drogue

Le darknet est utilisé pour de nombreuses activités illicites, notamment le trafic de drogues. Une étude menée conjointement par l'EMCDDA et Europol sur cette partie d'Internet a montré que plus de 60 % de l'ensemble des références qui figuraient sur les cinq principaux sites marchands du darknet dans le monde jusqu'en août 2017 portaient sur la vente illicite de drogues, y compris de substances chimiques liées aux drogues et de médicaments.[67] La vente illicite de drogues concernait à elle seule près de la moitié de ces références.

Les personnes qui souhaitent acheter des drogues sur le darknet se servent généralement de « The Onion Router » (TOR) pour que leur véritable identité reste secrète. L'utilisation de moteurs de recherche spécialement conçus pour le darknet, comme Grams, leur permet de consulter librement les sites marchands, où les produits achetés sont le plus souvent payés en cybermonnaies comme le bitcoin.[68] Les bitcoins peuvent ensuite servir à acheter d'autres biens et services ou être changés contre différentes monnaies nationales. Les drogues achetées sur ces sites sont généralement livrées par des services

67 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet: Perspectives for Enforcement, Research and Policy* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2017), p. 15.

68 Depuis que des sites marchands vendant de la drogue existent sur le darknet, le bitcoin est la monnaie de paiement la plus utilisée (Martin Horton-Eddison et Matteo Di Cristofaro, « Hard interventions and innovation in crypto-drug markets: the escrow example », Policy Brief No 11 (Swansea (Royaume-Uni), Global Drug Policy Observatory (Université de Swansea), août 2017), p. 4.

postaux publics ou privés,[69] et les colis sont souvent expédiés vers des boîtes postales anonymes, en particulier des consignes automatiques, pour permettre la récupération du colis en libre-service.

Pour les fournisseurs comme pour les clients, le principal avantage de ces sites est l'anonymat de la transaction (aucune rencontre directe n'est nécessaire). Le fournisseur et le client ne sont pas non plus obligés de se trouver au même endroit et les fournisseurs n'ont pas besoin d'atteindre la taille critique nécessaire pour approvisionner un marché de la drogue classique. Comme pour les transactions habituelles conclues sur Internet, le client peut également connaître l'avis des autres clients sur la qualité des produits vendus et la fiabilité du fournisseur. Les plateformes du darknet garantissent aussi le paiement des marchandises vendues, généralement à l'aide d'un système de comptes séquestres,[70] qui impose le paiement immédiat des marchandises commandées tout en retardant le versement tant que le client n'a pas effectivement reçu les marchandises en question.

Forte instabilité et disparition fréquente de plateformes de commerce de drogues sur le darknet

Les sites marchands du darknet existent depuis 2010,[71] mais n'ont pris une véritable importance qu'à partir de février 2011, lorsque la plateforme de commerce Silk Road (fermée en octobre 2013) est apparue. Il s'agit de sites Web qui sont utilisés comme des plateformes de commerce similaires aux plateformes licites du Web public (« Web surfacique ») qui servent pour l'achat de biens et de services. L'illégalité de nombreuses transactions conclues sur le darknet montre cependant que les plateformes de commerce du darknet et celles du Web public présentent des différences importantes.

Les principales différences sont l'utilisation d'une monnaie spécifique, essentiellement le bitcoin, les comptes séquestres et l'apparition et la disparition rapides des plateformes de commerce, souvent directement liées à des pratiques commerciales illégales. Selon une analyse détaillée menée par l'EMCDDA et Europol sur 103 sites marchands du darknet accessibles dans le monde entier sur la période 2011-2017, les sites de ce type sont actifs à peine plus de huit mois en moyenne, les plus durables fonctionnant en moyenne un peu moins de quatre ans et la plupart moins d'un an. Les plateformes les plus importantes du darknet ont donc fréquemment changé avec le temps : Silk Road entre 2011 et 2013, Agora et Evolution en 2014, AlphaBay, Nucleus et Dream Market en 2015-2016 et principalement AlphaBay en 2017. Depuis le démantèlement d'AlphaBay en juillet 2017, les principales plateformes sont Dream Market et de nouveaux sites comme Valhalla, Silk Road 3.1, Darknet Heroes League, Apple Market, House of Lions Market, TradeRoute, Wall Street Market, RSClub Market, Zion Market, Infinite Market, CGMC et OW Market.[72]

L'EMCDDA et Europol ont également analysé les raisons de la fermeture de 89 sites marchands accessibles dans le monde entier sur la période comprise entre 2010 et la fin du mois de juillet 2017. Ils ont constaté que les exit scams, au cours desquels les responsables ont brusquement fermé leur site et encaissé tout l'argent déposé sur les comptes séquestres servant à faciliter les transactions, constituaient le motif le plus fréquent de clôture (35 %), devant les « fermetures volontaires » (27 %), les fermetures provoquées par une intervention des forces de l'ordre (17 %) et le piratage par des tiers (12 %).[73]

Les forces de l'ordre ne sont pas à l'origine de la majorité des fermetures de plateformes de commerce sur le darknet entre 2011 et 2017, mais ont enregistré l'un de leurs plus grands succès en juillet 2017 en démantelant AlphaBay, la plus grosse plateforme de commerce de drogues à l'époque, dans le cadre de l'opération Bayonet, menée conjointement par les États-Unis, le Canada, la Thaïlande, les Pays-Bas, Europol et plusieurs autres forces de police européennes.[74] Début 2016, AlphaBay représentait, avec 38 000 articles référencés, près de 30 % de toutes les références recensées sur les sites du darknet à ce moment-là.[75]Un an plus tard, il comptait plus de

69 Organisation mondiale des douanes, *Illicit Trade Report 2015* (Bruxelles, décembre 2016), p. 44.

70 Horton-Eddison et Di Cristofaro, « Hard interventions and innovation in crypto-drug markets », p. 3.

71 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet.*

72 Ibid.

73 Ibid.

74 Europol, « Massive blow to criminal dark web activities after globally coordinated operation », communiqué de presse du 20 juillet 2017.

75 Kristy Kruithof et al., « Internet-facilitated drugs trade: An analysis of the size, scope and the role of the Netherlands »,

250 000 références de drogues illicites et de substances chimiques et plus de 100 000 références de pièces d'identité et de dispositifs d'accès volés ou frauduleux, de produits de contrefaçon, de logiciels malveillants et d'autres outils de piratage informatique, d'armes à feu et de services frauduleux. AlphaBay a été utilisé par plus de 200 000 clients et 40 000 vendeurs au cours de son existence.[76] Début 2017, le montant quotidien des ventes sur le site s'élevait à plus de 600 000 euros, contre environ 200 000 euros par jour un an plus tôt, soit environ deux fois plus que le chiffre record de vente atteint par Silk Road à l'été 2013, quelques mois avant sa fermeture par les autorités.[77] Ces dernières ont également réussi à démanteler la plateforme de commerce Hansa, alors classée au « troisième rang des sites marchands illicites du dark Web, et où les volumes de drogues illicites et d'autres produits vendus étaient comparables ».[78]

Par le passé, le démantèlement de grandes plateformes commerciales n'a pas eu d'incidence majeure à long terme sur le trafic de drogues passant par le darknet. Selon l'EMCDDA et Europol, « les interventions des forces de l'ordre qui consistent à fermer des sites marchands du darknet perturbent ces sites, mais le système général semble assez solide, car de nouveaux sites marchands se créent rapidement ».[79] Des exemples ont montré que les fournisseurs et les clients se tournent simplement vers la plus grosse plateforme de commerce restante afin de poursuivre leurs activités.[80] Les articles référencés sur les grands sites marchands de drogues du darknet, analysés par Europol, ont révélé une baisse immédiate d'activité sur le darknet après la fermeture de grands sites et, par conséquent, une augmentation des prix sur les sites restants. Les prix retrouvent toutefois rapidement leur niveau antérieur une fois que les fournisseurs et les clients se sont tournés vers d'autres sites du darknet.[81]

La surveillance du volume des transactions sur le darknet permettra d'établir si le démantèlement des plateformes AlphaBay et Hansa en juillet 2017 aura eu des répercussions à long terme. Avant de fermer Hansa, la police a en effet continué de faire fonctionner le site pendant quelques jours afin d'obtenir des informations sur les opérations menées et des données supplémentaires sur les clients et les vendeurs.

La fermeture de sites marchands du darknet n'a pas d'incidence sur la valeur du bitcoin, contrairement aux investissements spéculatifs sur le marché de cette monnaie, qui ont beaucoup plus d'importance. Le bitcoin reste le principal moyen d'échange pour les transactions commerciales conclues sur le darknet, mais le volume de bitcoins utilisés pour les achats illicites de drogues ne semble toutefois représenter qu'une petite partie des bitcoins dépensés pour l'ensemble des transactions. Une étude récente consacrée au blanchiment de bitcoins, pour laquelle on a utilisé un nouvel outil d'analyse scientifique axé sur des données de chaînes de blocs publiques et une série de données protégées consistant en des adresses bitcoin, a montré que les « bitcoins illicites », qui sont surtout liés aux transactions conclues sur les sites marchands du darknet (principalement Silk Road en 2013, Agora en 2014 et en 2015 et AlphaBay en 2016) représentent seulement 0,6 % de tous les bitcoins échangés contre les différentes monnaies nationales sur la période 2013-2016. Les auteurs de l'étude ont toutefois reconnu qu'il s'agissait probablement d'une estimation basse et que le pourcentage réel de bitcoins blanchis pouvait être plus élevé.[82]

L'importance du trafic de drogues sur le darknet reste très limitée

L'EMCDDA et Europol estiment que le montant des ventes de drogues sur 16 grands sites marchands du darknet dans le monde entre le 22 novembre 2011 et le 16 février 2015 a été de 172,4 millions d'euros (79 millions d'euros de recettes dans les pays de l'Union européenne et 93,3 millions d'euros dans les autres pays),[83] c'est-à-dire environ 222 millions de dollars, soit une moyenne annuelle de 44 millions de dollars.

collection Rapports de recherche, document no RR-1607-WODC (Santa Monica (Californie), RAND Corporation, 2016). Accessible sur le site www.rand.org/.

76 Europol, « Massive blow to criminal dark web activities [...] ».

77 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet*, p. 42.

78 Europol, « Massive blow to criminal dark web activities [...] ».

79 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet*, p. 11.

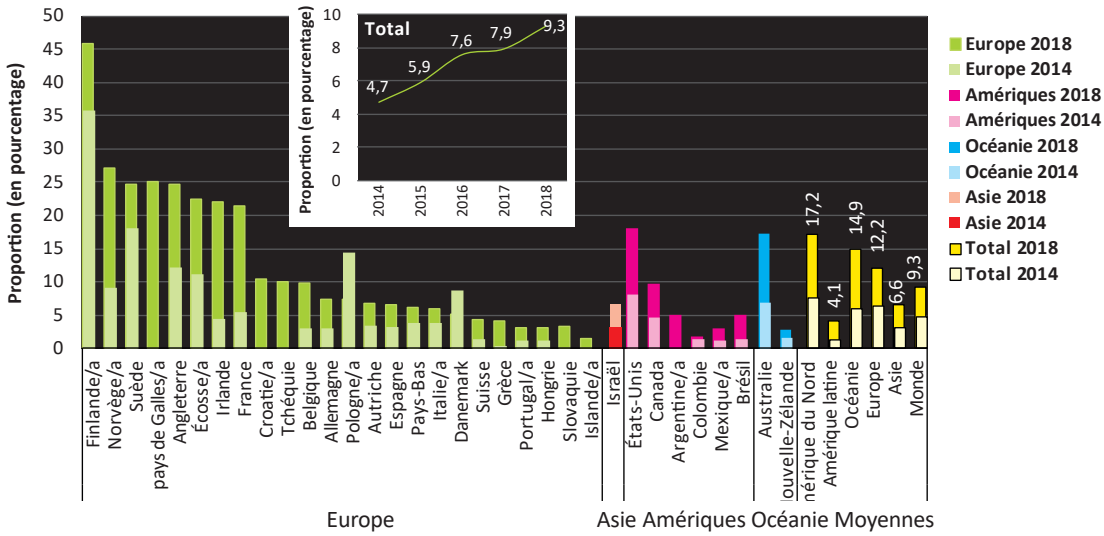
80 Selon les conclusions d'une conférence internationale consacrée aux enquêtes communes destinées à lutter contre le trafic de drogues sur le marché virtuel (le darknet) dans l'Union européenne, tenue à Bad Erlach (Autriche), du 18 au 20 novembre 2015.

81 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet*, p. 62.

82 Yaya J. Fanusie et Tom Robinson, « Bitcoin laundering: an analysis of illicit flows into digital currency services », 12 janvier 2018. Accessible sur le site www.defenddemocracy.org/.

83 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet*, p. 35.

FIG. 19 Proportion d'internautes ayant participé à une enquête en ligne qui ont consommé des drogues au cours de l'année écoulée et ont acheté des drogues sur le darknet, 2014 et 2018 (prévalence annuelle)



Source: Global Drug Survey. Accessible à l'adresse https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/results/GDS2017_key-findings-report_final.pdf.

Note: Les pourcentages présentés ont été établis à partir d'échantillons de commodité constitués de personnes qui se sont portées volontaires pour participer aux enquêtes. En 2018, 53 557 personnes ont répondu aux questions liées aux sites marchands du darknet. Elles avaient toutes déclaré avoir consommé de la drogue au cours de l'année écoulée.

[a] *Pour les pays suivants, on ne dispose d'aucune donnée pour 2014 ou 2018, on a donc utilisé les chiffres connus pour l'année la plus proche : Finlande (2016 et 2018) ; Norvège (2016 et 2017) ; pays de Galles (2017) ; Écosse (2015 et 2018) ; Croatie (2017) ; Grèce (2017) ; Pologne (2015 et 2018) ; Italie (2015 et 2018) ; Portugal (2014 et 2017) ; Islande (2017) ; Argentine (2017) ; Mexique (2014 et 2017).*

En Europe, les recettes les plus importantes proviennent de la vente de stimulants de type amphétamine (amphétamines et « ecstasy »), devant le cannabis et la cocaïne, et les vendeurs de drogues dont le chiffre d'affaires est le plus élevé sont établis en Allemagne (plus de 25 millions d'euros), au Royaume-Uni (20 millions d'euros) et aux Pays-Bas (18 millions d'euros).[84]

Une analyse ultérieure du trafic de drogues sur AlphaBay[85] a révélé que ce site avait donné lieu à des ventes de drogues beaucoup plus importantes entre 2015 et 2017 qu'au cours des quatre années précédentes. Entre janvier 2015 et juillet 2017, les ventes ont été estimées à 163 millions d'euros, dont 46,4 millions d'euros dans les pays de l'Union européenne et 116,6 millions d'euros dans le reste du monde (soit une moyenne de 65 millions d'euros ou 73 millions de dollars par an). Il est cependant difficile de déterminer si la hausse du volume des transactions sur AlphaBay sur la période 2015-2017 est due à une forte augmentation de l'ensemble des ventes de drogues sur le darknet ou à l'accroissement de la popularité du site au détriment d'autres sites.

Selon une autre étude menée par RAND Europe en 2016, les recettes liées à la drogue engrangées sur les huit plus grands sites marchands du darknet à l'époque[86] étaient comprises entre 14 et 25 millions de dollars par mois au total début 2016 (soit entre 170 et 300 millions de dollars par an). Ces chiffres étant beaucoup plus élevés que l'estimation établie par l'EMCDDA et Europol pour la période 2011-2015 (44 millions de dollars par an), on pourrait en conclure que les activités commerciales sur le darknet se sont beaucoup développées ces dernières années. Néanmoins, d'après les estimations de l'étude

84 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet*, p. 47.

85 En utilisant le robot d'indexation DATACRYPTO, RAND Europe a recensé 37 896 articles référencés sur AlphaBay le 22 décembre 2014. Au total, 133 061 références ont été découvertes sur 19 sites marchands du darknet (principalement étudiés quelques mois plus tard, en 2015). Voir l'article Web « Internet-facilitated drugs trade », accessible sur le site www.rand.org.

86 En janvier-février 2016, ces sites marchands étaient AlphaBay, Nucleus, Dreammarket, Cryptomarket, Hansa, Python, French Dark Net et Dark Net Heroes League, où figuraient environ 80 % de tous les articles référencés.

publiée par RAND Europe, le marché des drogues sur le darknet ne représente au maximum que 0,1 % à 0,2 % de l'ensemble des marchés de détail des drogues aux États-Unis[87] et dans l'Union européenne.[88] Il convient toutefois d'être prudent, car la méthode appliquée dans le cadre de cette étude suppose que tous les acheteurs ont acquis uniquement les quantités qui figuraient sur les offres présentes sur le darknet et peut donc sous-estimer les quantités totales expédiées par transaction, et donc le chiffre d'affaires total.

Selon la même étude, les plus grosses recettes liées aux drogues sur le darknet en 2016 ont été perçues par des fournisseurs installés en Amérique du Nord (43 % des recettes mondiales), en particulier aux États-Unis (36 % des recettes mondiales) et, dans une moindre mesure, au Canada (7 %). Venaient ensuite les vendeurs établis en Europe (plus de 35 % des recettes mondiales), surtout au Royaume-Uni (16 % des recettes mondiales), en Allemagne (8 %) et aux Pays-Bas (8 %).[89]Dans leur étude, l'EMCDDA et Europol considèrent également ces trois pays comme les pays européens les plus touchés par le trafic mené sur le darknet.[90]Les autres fournisseurs se trouvaient principalement en Australie (11 % des recettes mondiales), tandis que 3 % des recettes ont été perçues dans d'autres pays. En examinant les adresses électroniques qui figuraient à côté des références sur divers sites marchands du darknet (disponibles pour un cinquième de tous les fournisseurs), on a également pu constater qu'un certain nombre de vendeurs étaient installés en Asie, surtout en Chine (9 % de toutes les adresses électroniques), en Inde (3 %) et en Afghanistan (1 %).[91]

Des études font apparaître une croissance sensible des activités liées à la drogue sur le darknet ces dernières années

Les informations publiées par des forces de police[92] et des chercheurs sur l'offre et la demande de drogues laissent supposer que les activités liées aux drogues sur le darknet sont en croissance depuis quelques années.[93] D'après l'étude menée par RAND Europe, le nombre de transactions mensuelles a été multiplié par 2,6 entre octobre 2013 et janvier 2017,[94] et l'étude consacrée par l'EMCDDA au darknet a montré que les ventes mensuelles sur AlphaBay avaient triplé entre début 2016 et début 2017.[95] On ne dispose pour l'instant d'aucune information quant à l'évolution des ventes sur le darknet après le démantèlement d'AlphaBay et de Hansa en juillet 2017.

La Global Drug Survey, réalisée à partir d'un échantillon de commodité non représentatif (qui n'est pas extrapolable aux usagers de drogues n'ayant pas participé à l'enquête) d'environ 100 000 volontaires dans plus de 50 pays (plus de pays développés que de pays en développement) qui ont répondu à une enquête en ligne, a montré que la proportion d'internautes consommateurs de drogues qui achètent leurs drogues sur le darknet est passée de 4,7 % en 2014 à 9,3 % en janvier 2018, les chiffres étant en hausse dans pratiquement tous les pays. C'est en Amérique du Nord, en Océanie et en Europe que la proportion d'internautes consommateurs de drogues qui indiquent avoir acheté des drogues sur le darknet en 2018 est la plus élevée.

Une question de l'enquête portant sur les effets de la fermeture d'AlphaBay et de Hansa a révélé que 15 % des internautes qui se servent du darknet pour acheter des drogues avaient eu moins souvent recours aux sites marchands du darknet par la suite, tandis que 9 % avaient complètement cessé de les utiliser à cette fin et que 19 % avaient procédé à des modifications afin d'accroître leur sécurité lorsqu'ils consultaient ces sites. La plupart (57 %) ont toutefois estimé que la fermeture de ces sites marchands n'avait eu aucune conséquence pour eux.

87 L'Office of National Drug Control Policy a estimé que le marché de la drogue aux États-Unis représentait environ 109 milliards de dollars (entre 69 et 171 milliards de dollars) en 2010 [Beau Kilmer et al., *What America's Users Spend on Illegal Drugs: 2000-2010*, collection Rapports de recherche, document no 534 RR-ONDCP (Santa Monica (Californie), Rand Corporation, 2014)].

88 L'EMCDDA a estimé le marché européen de détail pour les drogues illicites à quelque 24,3 milliards d'euros (entre 21 et 31 milliards d'euros) en 2013, soit environ 32 milliards de dollars par an.

89 RAND Europe, « Internet-facilitated drugs trade ».

90 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet*, p. 47.

91 RAND Europe, « Internet-facilitated drugs trade ».

92 Europol, *SOCTA 2017 : European Union Serious and Organised Crime Threat Assessment – Crime in the Age of Technology* (La Haye, 2017), p. 11.

93 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet*, p. 10.

94 RAND Europe, « Internet-facilitated drugs trade ».

95 EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet*, p. 43.

Prévalence annuelle de l'usage de cannabis, d'opioïdes et d'opiacés par région et dans le monde, 2016

Région ou sous-région	Cannabis						Opioïdes (opiacés et opioïdes délivrés sur ordonnance)						Opiacés					
	Nombre (en milliers)			Prévalence (en pourcentage)			Nombre (en milliers)			Prévalence (en pourcentage)			Nombre (en milliers)			Prévalence (en pourcentage)		
	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute
Afrique	**51 930**	**37 110**	**75 930**	**7,6**	**5,5**	**11,2**	**2 190**	**970**	**3 700**	**0,32**	**0,14**	**0,54**	**2 060**	**970**	**3 150**	**0,30**	**0,14**	**0,46**
Afrique de l'Est	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique australe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	34 260	28 520	42 420	13,2	11,0	16,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amériques	**52 900**	**51 600**	**55 080**	**8,0**	**7,8**	**8,3**	**14 330**	**12 660**	**17 100**	**2,16**	**1,90**	**2.57**	**2 840**	**2 070**	**3 650**	**0,43**	**0,31**	**0,55**
Caraïbes	630	230	1 730	2,2	0,8	6,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique centrale	820	410	1 320	2,8	1,4	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique du Nord	41 510	41 330	41 680	12,9	12,9	13,0	13 570	12 330	14 520	4,22	3,84	4.52	2 560	1 890	3 150	0,80	0,59	0,98
Amérique du Sud	9 940	9 630	10 340	3,5	3,4	3,6	580	250	2 160	0,20	0,09	0.76	240	150	330	0,08	0,05	0,12
Asie	**56 610**	**47 750**	**71 180**	**1,9**	**1,6**	**2,4**	**13 590**	**9 390**	**19 340**	**0,,46**	**0,32**	**0.65**	**11 230**	**7 740**	**15 650**	**0,38**	**0,26**	**0,53**
Asie centrale	1 480	440	2 440	2,6	0,8	4,2	540	480	590	0,93	0,83	1.03	520	460	580	0,90	0,80	1,00
Asie de l'Est et du Sud-Est	9 650	4 460	21 490	0,6	0,3	1,3	3 280	2 320	4 010	0,20	0,14	0.25	3 280	2 320	4 010	0,20	0,14	0,25
Proche et Moyen-Orient /Asie du Sud-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe	**27 860**	**27 180**	**28 610**	**5,1**	**5,0**	**5,2**	**3 570**	**3 430**	**3 790**	**0,65**	**0,63**	**0.69**	**3 200**	**2 990**	**3 620**	**0,59**	**0,55**	**0,66**
Europe occidentale et centrale	5 490	5 120	5 830	2,4	2,3	2,6	1 750	1 670	1 840	0,78	0,74	0.81	1 500	1 430	1 590	0,67	0,63	0,70
Europe orientale et du Sud-Est	22 370	22 060	22 780	7,0	6,9	7,1	1 820	1 760	1 950	0,57	0,55	0.61	1 700	1 560	2 040	0,53	0,49	0,64
Océanie	**2 850**	**2 130**	**3 250**	**11,0**	**8,3**	**12,6**	**580**	**550**	**610**	**2,24**	**2,13**	**2.37**	**40**	**40**	**70**	**0,16**	**0,14**	**0,28**
Australie et Nouvelle- Zélande	2 070	2 070	2 070	11,0	11,0	11,0	560	550	570	2,95	2,90	2.99	35	35	41	0,18	0,18	0,22
Mélanésie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mélanésie	60	40	80	16,6	10,7	22,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polynésie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estimation totale	**192 150**	**165 760**	**234 060**	**3,9**	**3,4**	**4,8**	**34 260**	**27 010**	**44 540**	**0,70**	**0,55**	**0.91**	**19 380**	**13 800**	**26 150**	**0,40**	**0,28**	**0,53**

Source: Estimations de l'ONUDC établies à partir des données du questionnaire destiné aux rapports annuels et d'autres documents officiels.

Prévalence annuelle de l'usage de cocaïne,[a] d'amphétamines[b] aet d'"ecstasy" par région et dans le monde, 2016

Région ou sous-région	Cocaïne						Amphétamines et stimulants délivrés sur ordonnance						"Ecstasy"					
	Nombre (en milliers)			Prévalence (en pourcentage)			Nombre (en milliers)			Prévalence (en pourcentage)			Nombre (en milliers)			Prévalence (en pourcentage)		
	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute	Meilleure estimation	Basse	Haute
Afrique	**3 180**	**920**	**5 720**	**0,47**	**0,13**	**0,84**	**5 980**	**1 910**	**10 420**	**0,88**	**0,28**	**1,53**	**1 410**	**450**	**2 420**	**0,21**	**0,07**	**0,36**
Afrique de l'Est	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique australe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	1 805	725	2 890	0,69	0,28	1,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amériques	**9 230**	**8 510**	**9 880**	**1,39**	**1,28**	**1,49**	**7 530**	**6 210**	**8 790**	**1,13**	**0,93**	**1,32**	**3 480**	**3 370**	**3 610**	**0,52**	**0,51**	**0,54**
Caraïbes	180	80	330	0,63	0,29	1,16	260	10	710	0,90	0,05	2,48	60	30	100	0,23	0,10	0,36
Amérique centrale	200	100	300	0,66	0,35	1,01	60	30	90	0,21	0,09	0,31	50	20	100	0,17	0,07	0,33
Amérique du Nord	6 140	5 990	6 280	1,91	1,86	1,95	6 500	5 540	7 240	2,02	1,72	2,25	2 860	2 860	2 860	0,89	0,89	0,89
Amérique du Sud	2 720	2 340	2 970	0,95	0,82	1,04	710	630	740	0,25	0,22	0,26	510	470	550	0,18	0,16	0,19
Asie	**1 040**	**150**	**1 940**	**0,03**	**0,01**	**0,07**	**17 450**	**2 690**	**32 220**	**0,59**	**0,09**	**1,08**	**11 200**	**1 270**	**21 140**	**0,38**	**0,04**	**0,71**
Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et du Sud-Est	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Proche et Moyen-Orient/ Asie du Sud-Ouest	70	30	130	0,02	0,01	0,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe	**4 330**	**3 870**	**4 880**	**0,79**	**0,71**	**0,90**	**2 850**	**2 290**	**3 450**	**0,52**	**0,42**	**0,63**	**4 050**	**3 490**	**4 740**	**0,74**	**0,64**	**0,87**
Europe occidentale et centrale	620	290	1 000	0,28	0,13	0,44	720	400	1 060	0,32	0,18	0,47	1 330	840	1 840	0,59	0,37	0,82
Europe orientale et du Sud-Est	3 710	3 580	3 890	1,16	1,12	1,22	2 130	1 900	2 390	0,67	0,59	0,75	2 720	2 650	2 900	0,85	0,83	0,91
Océanie	**430**	**420**	**430**	**1,65**	**1,61**	**1,65**	**350**	**320**	**360**	**1,34**	**1,24**	**1,38**	**420**	**400**	**420**	**1,64**	**1,56**	**1,65**
Australie et Nouvelle- Zélande	420	420	420	2,19	2,19	2,19	250	250	250	1,34	1,34	1,34	410	400	420	2,17	2,12	2,23
Mélanésie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronésie	-	-	-	-	-	-	6	2	11	1,63	0,58	3,15	-	-	-	-	-	-
Polynésie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estimation totale	**18 200**	**13 870**	**22 850**	**0,37**	**0,28**	**0,47**	**34 160**	**13 420**	**55 240**	**0,70**	**0,27**	**1,13**	**20 570**	**8 990**	**32 340**	**0,42**	**0,18**	**0,66**

Source: Estimations de l'ONUDC établies à partir des données du questionnaire destiné aux rapports annuels et d'autres documents officiels.

[a] *La cocaïne comprend le sel de cocaïne, le crack et les autres formes de cette drogue comme la pâte de coca, la cocaïne base, le basuco, le paco et la merla.*

[b] *Les amphétamines comprennent l'amphétamine et la méthamphétamine.*

Estimation du nombre et de la prévalence (en pourcentage) des usagers de drogues injectables et des personnes vivant avec le VIH au sein de ce groupe, par région (2016)

Région ou sous-région	Usagers de drogues injectables							Le VIH chez les usagers de drogues injectables				
	Nombre estimé			Prévalence (en pourcentage)			Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans couverte par les données	Nombre estimé			Prévalence (en pourcentage) Meilleure estimation	Couverture du nombre estimé d'usagers de drogues injectables
	Min.	Meilleure estimation	Max	Min.	Meilleure estimation	Max		Min.	Meilleure estimation	Max		
Afrique	**390 000**	**730 000**	**2 310 000**	**0,06**	**0,11**	**0,34**	**57,6%**	**36 000**	**82 000**	**564 000**	**11,2**	**75,5%**
Amériques	**1 860 000**	**2 400 000**	**3 300 000**	**0,28**	**0,36**	**0,50**	**85,2%**	**75 000**	**111 000**	**211 000**	**4,6**	**93,1%**
Amérique du Nord	1 550 000	1 780 000	2 010 000	0,48	0,55	0,63	100%	62 000	71 000	81 000	4,0	100%
Amérique latine et Caraïbes	310 000	610 000	1 290 000	0,09	0,18	0,37	71,3%	14 000	39 000	129 000	6,4	73,2%
Asie	**3 470 000**	**4 840 000**	**6 300 000**	**0,12**	**0,16**	**0,21**	**94,3%**	**388 000**	**581 000**	**861 000**	**12,0**	**95,3%**
Asie centrale et Transcaucasie	400 000	440 000	500 000	0,69	0,76	0,87	93,6%	28 000	33 000	42 000	7,5	93,6%
Asie de l'Est et du Sud-Est	2 210 000	3 200 000	4 190 000	0,14	0,20	0,26	95,1%	174 000	306 000	510 000	9,6	96,4%
Asie du Sud- Ouest	560 000	740 000	930 000	0,29	0,38	0,48	100%	160 000	212 000	267 000	28,8	100%
Proche et Moyen-Orient	50 000	190 000	380 000	0,04	0,18	0,36	17,2%	400	800	7 300	0,4	55,8%
Asie du Sud	270 000	280 000	300 000	0,03	0,03	0,03	99,9%	25 000	29 000	34 000	10,3	99,9%
Europe	**2 440 000**	**2 520 000**	**2 660 000**	**0,45**	**0,47**	**0,49**	**99,9%**	**468 000**	**483 000**	**503 000**	**19,1**	**100%**
Europe orientale et du Sud-Est	1 780 000	1 820 000	1 880 000	0,80	0,82	0,85	100%	402 000	409 000	416 000	22,4	100%
Europe occidentale et centrale	650 000	700 000	780 000	0,20	0,22	0,24	99,9%	65 000	74 000	87 000	10,6	99,9%
Océanie	**140 000**	**140 000**	**150 000**	**0,52**	**0,53**	**0,56**	**73,3%**	**1 300**	**1 600**	**1 700**	**1,2**	**73,3%**
Total	**8 300 000**	**10 630 000**	**14 710 000**	**0,17**	**0,22**	**0,30**	**88,4%**	**970 000**	**1 260 000**	**2 140 000**	**11,8**	**94,3%**

Source: Réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels ; rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde (diverses années) publiés par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ; ex-Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et l'usage de drogues par injection ; articles publiés dans des revues à comité de lecture ; rapports des gouvernements.

Note: La prévalence des usagers de drogues injectables est exprimée en pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans.

Opium et héroïne

Superficie consacrée à la culture illicite du pavot à opium, 2006-2017 (en hectares)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ASIE DU SUD-OUEST												
Afghanistan (meilleure estimation)	165 000	193 000	157 000	123 000	123 000	131 000	154 000	209 000	224 000	183 000	201 000	328 000
Borne inférieure [a]				102 000	104 000	109 000	125 000	173 000	196 000	163 000	182 000	301 000
Borne supérieure [a]				137 000	145 000	155 000	189 000	238 000	247 000	202 000	221 000	355 000
ASIE DU SUD-EST												
République démocratique populaire lao [b] (meilleure estimation)	2 500	1 500	1 600	1 900	3 000	4 100	6 800	3 900	6 200	5 700	..	..
Borne inférieure[a]	2 040	1 230	710	1 100	1 900	2 500	3 100	1 900	3 500	3 900		
Borne supérieure [a]	2 990	1 860	2 700	2 700	4 000	6 000	11 500	5 800	9 000	7 600		
Myanmar [b] (meilleure estimation)	21 500	27 700	28 500	31 700	38 100	43 600	51 000	57 800	57 600	55 500	..	41 000 [c]
Borne inférieure [a]	..	22 500	17 900	20 500	17 300	29 700	38 249	45 710	41 400	42 800		30 200
Borne supérieure [a]	..	32 600	37 000	42 800	58 100	59 600	64 357	69 918	87 300	69 600		51 900
AMÉRIQUES												
Colombie (meilleure estimation)	1 023	715	394	356	341	338	313	298	387	595	462	..
Mexique [d, f] (meilleure estimation)	5 000	6 900	15 000	19 500	14 000	12 000	10 500	11 000	17 000	26 100	..	..
Borne inférieure[a]										21 800		
Borne supérieure [a]										30 400		

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AUTRES												
Autres pays [e]	5 977	5 885	10 509	9 479	12 221	16 462	12 282	13,293	11 522	*10 597*	*103 839*	*49 000*
TOTAL (meilleure estimation)	**201 000**	**235 700**	**213 003**	**185 935**	**190 662**	**207 500**	**234 895**	**295,291**	**316 709**	***281 492***	***305 301***	***418 000***
Borne inférieure				152 935	**149 762**	**170 000**	**189 444**	**245,201**	**269 809**	***242 692***	***265 617***	***397 217*** [f]
Borne supérieure				211 835	**233 662**	**249 400**	**287 952**	**338,309**	**372 209**	***320 792***	***346 017***	***497 717*** [f]
TOTAL (meilleure estimation arrondie)	**201 000**	**235 700**	**213 000**	**185 900**	**190 700**	**207 500**	**234 900**	**295,300**	**316 700**	***281 500***	***305 300***	***418 000*** [f]

Source: Afghanistan, Myanmar et République démocratique populaire lao : système national de surveillance des cultures illicites soutenu par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Colombie : Gouvernement colombien. Mexique : jusqu'en 2014, estimations tirées d'enquêtes réalisées par le Gouvernement des États-Unis d'Amérique (rapports sur la stratégie internationale de lutte contre les stupéfiants) ; pour 2015, projet commun entre le Mexique et l'ONUDC intitulé "Surveillance des cultures illicites sur le territoire mexicain".

Note: Les chiffres en italique sont provisoires et sont susceptibles d'être révisés lorsque des renseignements à jour seront communiqués. Les deux points indiquent que les chiffres ne sont pas connus. On trouvera des informations sur les méthodes et les définitions relatives aux estimations dans la partie en ligne du présent rapport consacrée à la méthodologie.

[a] *Borne de l'intervalle de confiance statistiquement établi.*

[b] *Peut comprendre des superficies éradiquées après l'enquête.*

[c] *Les estimations pour 2017 ne portent que sur les États shan et kachin.*

[d] *Jusqu'en 2014, les estimations pour le Mexique émanent du Département d'État des États-Unis. Le Gouvernement mexicain ne confirme pas ces estimations, car elles ne font pas partie de ses chiffres officiels et il ne dispose pas d'informations sur la méthode de calcul utilisée. Les estimations relatives à la culture du pavot à opium en 2016 et en 2017, qui seront établies dans le cadre du projet commun entre le Mexique et l'ONUDC intitulé « Surveillance des cultures illicites sur le territoire mexicain », seront bientôt disponibles.*

[e] *Comprend les pays où les superficies cultivées sont réduites (moins de 400 ha la dernière année pour laquelle on dispose de chiffres) et les pays pour lesquels on dispose de preuves indirectes des superficies consacrées à la culture illicite (éradication du pavot à opium), mais pour lesquels des mesures directes n'ont pas été effectuées. Voir le tableau intitulé « Culture du pavot à opium et production d'opium dans d'autres pays ; éradication du pavot à opium, 2007-2017 ». De plus, pour 2016 et 2017, les meilleures estimations pour les pays pour lesquels on ne dispose pas de chiffres (République démocratique populaire lao et Mexique pour 2016 et 2017, Myanmar pour 2016 et Colombie pour 2017) sont incluses dans cette catégorie.*

À partir de 2008, une nouvelle méthode a été adoptée pour estimer les superficies consacrées à la culture du pavot à opium et la production d'opium et d'héroïne dans les pays pour lesquels on ne dispose pas de chiffres sur la culture illicite de cette plante. On trouvera une description détaillée des méthodes d'estimation dans la partie en ligne du présent rapport consacrée à la méthodologie.

[f] *Les chiffres pour 2015, tels qu'ils ont été publiés dans le Rapport mondial sur les drogues 2016 (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.16.XI.7), ont été revus en raison d'un ajustement statistique effectué par l'ONUDC. Ces chiffres correspondent à l'estimation réalisée pour la période juillet 2014-juin 2015.*

Production potentielle d'opium séché au four, 2006-2017 (en tonnes)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ASIE DU SUD-OUEST												
Afghanistan (meilleure estimation)	5 300	7 400	5 900	4 000	3 600	5 800	3 700	5 500	6 400	3 300	4 800	9 000
Borne inférieure [a]					3 000	4 800	2 800	4 500	5 100	2 700	4 000	8 000
Borne supérieure [a]					4 200	6 800	4 200	6 500	7 800	3 900	5 600	10 000
ASIE DU SUD-EST												
République démocratique populaire lao[b, f] (meilleure estimation)	20	9	10	11	18	25	41	23	92	..	..	..
Borne inférieure [g]	16	7	4	7	11	15	18	11	51	84		
Borne supérieure [g]	24	11	16	16	24	36	69	35	133	176		
Myanmar [b] (meilleure estimation)	315	460	410	330	580	610	690	870	670	647	..	550 [h]
Borne inférieure				213	350	420	520	630	481	500		*395*
Borne supérieure				445	820	830	870	1 100	916	820		*706*
AMÉRIQUES												
Colombie (meilleure estimation)	13	14	10	9	8	8	8	11	12	17	13	..
Mexique [c, e] (meilleure estimation)	108	150	325	425	300	250	220	225	360	*499*	..	..
Borne inférieure										*279*		
Borne supérieure										*693*		

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AUTRES												
Autres pays [d]	55	58	187	178	224	290	172	182	198	*178*	*1 570*	*950*
TOTAL (meilleure estimation)	5 810	8 091	6 841	4 953	4 730	6 983	4 831	6 810	7 732	*4 771*	*6 383*	*10 500*
Borne inférieure					**3 894**	**5 783**	**3 738**	**5 558**	**6 202**	***3 758***	***5 107***	***9 002***
Borne supérieure					**5 576**	**8 214**	**5 539**	**8 052**	**9 419**	***5 784***	***7 629***	***11 915***
TOTAL (meilleure estimation arrondie)	**5 810**	**8 090**	**6 840**	**4 950**	**4 730**	**6 980**	**4 830**	**6 810**	**7 730**	***4 770***	***6 380***	***10 500*** [i]

Source: Afghanistan, Myanmar et République démocratique populaire lao : système national de surveillance des cultures illicites soutenu par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Colombie : système national de surveillance des cultures illicites soutenu par l'ONUDC. Depuis 2008, les chiffres de production sont établis à partir des valeurs de rendement calculées à l'échelle régionale et des coefficients de conversion du Département d'État et de la Drug Enforcement Administration des États-Unis d'Amérique. Mexique : jusqu'en 2014, estimations tirées d'enquêtes réalisées par le Gouvernement des États-Unis d'Amérique ; pour 2015, estimations de l'ONUDC.

Note : Les chiffres en italique sont provisoires et sont susceptibles d'être révisés lorsque des renseignements à jour seront communiqués. Les deux points indiquent que les chiffres ne sont pas connus. On trouvera des informations sur les méthodes et les définitions relatives aux estimations dans la partie en ligne du présent rapport consacrée à la méthodologie.

[a] *Borne de l'intervalle de confiance statistiquement établi.*

[b] *Peut comprendre des superficies éradiquées après l'enquête.*

[c] *Jusqu'en 2014, les estimations émanent du Département d'État des États-Unis. Le Gouvernement mexicain ne confirme pas ces estimations, car elles ne font pas partie de ses chiffres officiels et il ne dispose pas d'informations sur la méthode de calcul utilisée. Les estimations relatives à la production d'opium en 2016 et en 2017, qui seront établies dans le cadre du projet commun entre le Mexique et l'ONUDC intitulé « Surveillance des cultures illicites sur le territoire mexicain », seront bientôt disponibles.*

[d] *Comprend les pays où les superficies cultivées sont réduites (moins de 400 ha la dernière année pour laquelle on dispose de chiffres) et les pays pour lesquels on dispose de preuves indirectes des superficies consacrées à la culture illicite (éradication du pavot à opium), mais pour lesquels des mesures directes n'ont pas été effectuées. Voir le tableau intitulé « Culture du pavot à opium et production d'opium dans d'autres pays ; éradication du pavot à opium, 2007-2017 ».*

De plus, uniquement pour 2016, les meilleures estimations pour les pays pour lesquels on ne dispose pas de chiffres (Mexique, Myanmar et République démocratique populaire lao) sont incluses dans cette catégorie.

À partir de 2008, une nouvelle méthode a été adoptée pour estimer les superficies consacrées à la culture du pavot à opium et la production d'opium et d'héroïne dans les pays pour lesquels on ne dispose pas de chiffres sur la culture illicite de cette plante. Les estimations obtenues sont supérieures aux résultats précédents, mais restent dans le même ordre de grandeur. On trouvera une description détaillée des méthodes d'estimation dans la partie en ligne du présent rapport consacrée à la méthodologie

[e] *Les chiffres pour 2015, tels qu'ils ont été publiés dans le Rapport mondial sur les drogues 2016 (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.16.XI.7), ont été revus en raison d'un ajustement statistique effectué par l'ONUDC. Le Gouvernement mexicain ne confirme aucune estimation concernant la production d'opium. Les chiffres de la production seront communiqués lorsque les rendements établis dans le cadre du projet commun entre le Mexique et l'ONUDC intitulé « Surveillance des cultures illicites sur le territoire mexicain » seront connus. L'estimation de la production d'opium effectuée par l'ONUDC pour 2015 repose sur : a) la superficie cultivée, établie dans le cadre du projet commun entre le Gouvernement mexicain et l'ONUDC ; b) les valeurs du rendement, issues d'études réalisées par les États-Unis au Mexique entre 2001 et 2003. Les chiffres de la production d'opium pour 2015 sont provisoires et, pour des raisons méthodologiques, ne sont pas comparables aux chiffres de la production présentés pour la période 1998-2014. Les estimations issues des travaux menés dans le cadre du projet commun susmentionné concernant la récolte de pavot pour les années 2016 et 2017 seront bientôt disponibles.*

[f] *Toutes les cultures illicites n'ont pas nécessairement été prises en compte dans le cadre de l'enquête pour 2013, car les activités de surveillance ont été menées tardivement cette année-là.*

[g] *Borne de l'intervalle de confiance statistiquement établi, sauf en 2015. Pour cette année-là, le tableau présente une estimation haute et une estimation basse établies de manière indépendante. Pour le calcul du total mondial, c'est la valeur médiane qui a été utilisée.*

[h] *Les estimations pour 2017 ne portent que sur les États shan et kachin.*

[i] *Estimation provisoire.*

Culture du pavot à opium et production d'opium dans d'autres pays ; éradication du pavot à opium, 2007-2017

	Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Guatemala	Superficie cultivée (en hectares)						220	310	640	260	310	
Guatemala	Productions (en tonnes)						4	6	14	6	6	
Pakistan	Superficie cultivée (en hectares)	1 701	1 909	1 779	1 721	362	382	493	217	372	130	
Pakistan	Productions (en tonnes)	43	48	44	43	9	9	12	5	9	3	
Thaïlande	Superficie cultivée (en hectares)	205	288	211	289	289	209	265			399	
Thaïlande	Productions (en tonnes)	3	5	3	5	6	3	4				
Afghanistan	Éradication (en hectares)	19 047	5 480	5 351	2 316	3 810	9 672	7 348	2 692	3 760	355	750
Algérie	Éradication (nombre de plants)				868	340	204	2 721	7 470			
Algérie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	7 675	7 761	962	87	34	20.4	272.1			106	
Argentine	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	5.8									0.2	
Arménie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)								0.18	0.13	60	
Australie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)										37	
Autriche	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)		8.76	13.83		4.60	1.91	2.07	1.41		0.05	
Azerbaïdjan	Éradication (en hectares)					2.26	0.21	0.40	0.45			
Azerbaïdjan	Éradication (nombre de plants)					201	2 628	34	284			

	Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bangladesh	Éradication (en hectares)				8	22						
Bangladesh	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)			145 021								
Bélarus	Éradication (en hectares)				14	52	26				92	
Bélarus	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)					59		81	51		94	
Canada	Éradication (en hectares)				7	7						
Canada	Éradication (nombre de plants)				60 000	60 000						
Canada	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)				6600	9.3		7.3			85.9	
Chine	Éradication (en hectares)										6	
Colombie	Éradication (en hectares)	375	381	546	712	294	320	514	813	613	450	
Chypre	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)									6		
Tchéquie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)									40		
Équateur	Éradication (nombre de plants)		74 555	115 580	257 306	44 200	4 025 800	2 554 865	2 023 385	183 573	1 207 147	
Équateur	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)		7 456	11 558	12 865	2 210	185 490	75 765				
Égypte	Éradication (en hectares)	89	121	98	222	1		3		98	105	
Égypte	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	161										
Géorgie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)								8			

	Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Grèce	Éradication (nombre de plants)						192	60	144	145	624	
Guatemala	Éradication (en hectares)	449	536	1 345	918	1 490	590	2 568	1 197	430	45	
Guatemala	Éradication (nombre de plants)										17 643 447	
Guatemala	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	24 153 765	27 880 441	69 228 416	54 612 442			10 935 532	864 150			
Hongrie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)						1 502	2 152				
Inde	Éradication (en hectares)	8 000	624	2 420	3 052	5 746	1 332	865	1 636	3 461	2 875	
Inde	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)								3,770			
Iran (République islamique d')	Éradication (en hectares)				2.00		1	1	1		1	
Iran (République islamique d')	Éradication (nombre de plants)						140 000	100 000	120 000		90 000	
Italie	Éradication (nombre de plants)				1 797	2 007	6 717					
Italie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)						716	375	168	30	1 098	
Japon	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)		535	104	90	26	20	11				
Kazakhstan	Éradication (en hectares)										0.2	
Kazakhstan	Éradication (nombre de plants)					1 692			2 254	19 510	15 515	
Kazakhstan	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)		68	127	105	90	30	2	8	298		

	Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kirghizistan	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	724	102	344	58	200	399	147	63	55		
République démocratique populaire lao	Éradication (en hectares)	779	575	651	579	662	707	397		809		
Lettonie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	75	23	31		1	12	7	9	43		
Liban	Éradication (en hectares)	8		21	14	4		6	1			
Lituanie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	26	45	16								
Lituanie	Éradication (en hectares)	2.40										
Mexique	Éradication (en hectares)	11 046	13 095	14 753	15 491	16 389	15 726	14 662	21 644	25 960	22 437	
Mexique	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)		7 263	7 964	9 335	10 101	9 572	10 209	14 812	17 948	16 401	
Myanmar	Éradication (en hectares)	3 662	4 820	4 087	8 267	7 058	23 718	12 288	15 188	13 450	7 561	3 533
Népal	Éradication (en hectares)		21	35								
Oman	Éradication (en hectares)							6				
Pakistan	Éradication (en hectares)	614	0	105	68	1 053	592	568	1 010	605	1 470	
Pakistan	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	6 880	81 675	25 550				4 650	5 976	4 576	1 023	
Pérou	Éradication (en hectares)	28	23	32	21							
Philippines	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	250										
Pologne	Éradication (en hectares)			9								
Pologne	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	207										

	Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Portugal	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)					164		1.6	9.4			
République de Corée	Éradication (nombre de plants)							25 369				
République de Corée	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)				3 855					8 013	9 771	
République de Moldova	Éradication (nombre de plants)					32 413	11 255					
République de Moldova	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	95	79	26 075								
Fédération de Russie	Éradication (en hectares)	2.5		3.3		1.4	0.6	0.9	1.1	0.6	0.8	
Fédération de Russie	Éradication (nombre de plants)								645			
Fédération de Russie	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	1 863	2 799	2 807	2 575	4 273	3 196	2 216	1 438	1 043	270	
Espagne	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)				13		10	30	219		0.02	
État de Palestine	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)					4.2	5.8	1.2	17.8			
Tadjikistan	Éradication (nombre de plants)					13	5 400	103				
Thaïlande	Éradication (en hectares)	220	285	201	278	208	205	264			319	
Ukraine	Éradication (en hectares)		28		436			39		48	164	
Ukraine	Éradication (nombre de plants)				1 185 118		474 000	22 800 000				
Ukraine	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)		164 000		4 162		7.4		384	930		

	Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ouzbékistan	Éradication (en hectares)					1.0		1.0	0.3	0.3	0.3	
Ouzbékistan	Saisies de plants de pavot (en équivalent kg)	169	138	687	896	413	330	336	406	205	863	
Viet Nam	Éradication (en hectares)	38	99	31		38	35	25	19	18		

Source: Questionnaire de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime destinés aux rapports annuels, rapports des gouvernements, rapports d'organisations régionales et rapports sur la stratégie internationale de lutte contre les stupéfiants établis par les États-Unis d'Amérique.

Global manufacture of heroin from global illicit opium production, 2006–2017 (tons)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TProduction potentielle totale d'opium	5 810	8 091	6 841	4 953	4 730	6 983	4 831	6 810	7 723	4 771	6 383	*10 500*
Opium potentiel non transformé en héroïne	1 786	3 078	2 360	1 680	1 728	3 400	1 850	2 600	2 450	1 360	2 510	*1 100-1 400*
Opium potentiel transformé en héroïne	4 024	5 012	4 481	3 273	3 002	3 583	2 981	4 210	5 273	3 411	3 873	*9 100-9 400*
Fabrication potentielle totale d'héroïne *	553	686	600	427	383	467	377	555	542	327	408	*700-1 050*

Notes: Ces chiffres montrent la quantité potentielle d'héroïne qui a pu être fabriquée à partir de l'opium produit l'année considérée ; ils ne tiennent pas compte de l'évolution des stocks d'opium, qui peuvent également servir à fabriquer de l'héroïne et qui peuvent être importants. L'Afghanistan est le seul pays pour lequel la proportion de la production potentielle d'opium non transformé en héroïne dans le pays a été évaluée. Dans le tableau qui figure ci-dessus, on suppose que, pour tous les autres pays, la totalité de l'opium produit est transformée en héroïne. Si la totalité de l'opium produit en Afghanistan en 2016 avait été transformée en héroïne, la fabrication potentielle d'héroïne aurait atteint 668 tonnes dans le monde entier (et 510 tonnes en Afghanistan).

La quantité d'héroïne produite en Afghanistan est calculée à partir de deux paramètres qui peuvent évoluer : a) la proportion d'opium qui n'est pas transformée en héroïne ; et b) le coefficient applicable à la transformation en héroïne. Le premier paramètre est estimé de manière indirecte en comparant les saisies d'opium et les saisies d'héroïne et de morphine qui sont signalées par l'Afghanistan et les pays limitrophes. D'après ce calcul, pour 2016, 57 % de l'opium potentiellement produit en Afghanistan a été transformé en héroïne. S'agissant du second paramètre, entre 2005 et 2013, un rapport de conversion de l'opium en héroïne ou en morphine de 7 à 1 a été appliqué. Il a été établi à partir : d'entretiens avec des préparateurs afghans de morphine et d'héroïne ; d'une activité réelle de production d'héroïne par deux préparateurs afghans (illettrés) d'héroïne et de morphine, qui a été examinée par le Bundeskriminalamt allemand en Afghanistan en 2003 (et a fait l'objet d'un article dans le Bulletin des stupéfiants, vol. LVII, nos 1 et 2, 2005, p. 11 à 31) ; et d'études de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) sur la teneur en morphine de l'opium afghan (12,3 % entre 2010 et 2012, en baisse de 15 % par rapport à la période 2000-2003). Entre 2014 et 2016, le rapport de conversion a été calculé différemment en prenant en considération de nouvelles informations sur la teneur en morphine et en appliquant une autre méthode pour tenir compte de la pureté des produits. Selon ce nouveau calcul, il faut 18,5 kg d'opium pour fabriquer 1 kg de chlorhydrate d'héroïne (pur à 100 %) (voir Enquête sur l'opium en Afghanistan en 2014, ONUDC, novembre 2014). Si l'on estime que la pureté des produits exportés s'élevait à 51 % en 2016, il fallait cette année-là 9,5 kg (entre 9 et 10 kg) d'opium pour fabriquer 1 kg d'héroïne de qualité export. Pour de plus amples informations, voir l'Enquête sur l'opium en Afghanistan en 2016 (ONUDC, octobre 2016). Pour tous les autres pays, un coefficient de conversion « classique » de 0,1 a été appliqué. Ces paramètres seront ajustés lorsque des informations plus précises seront communiquées. Les chiffres en italique sont provisoires et sont susceptibles d'être révisés lorsque des renseignements à jour seront communiqués.

Pour 2017, de nouvelles données montrent que la pureté de l'héroïne produite en Afghanistan a augmenté. Les fourchettes figurant dans le tableau en tiennent compte, ainsi que des bornes inférieures et supérieures de l'intervalle de confiance à 95 % caractérisant les estimations de la production d'opium en Afghanistan en 2017. Pour de plus amples informations, voir l'Enquête sur l'opium en Afghanistan en 2017 (ONUDC, mai 2018).

** Estimation de la fabrication d'héroïne de qualité export.*

Coca et cocaïne

Culture illicite du cocaïer dans le monde, 2006-2016 (en hectares)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivie (État plurinational de)	27 500	28 900	30 500	30 900	31 000	27 200	25,300	23 000	20 400	20 200	23 100
Colombie [a]	78 000	99 000	81 000	73 000	62 000	64 000	48,000	48 000	69 000	96 000	146 000
Pérou [b]	51 400	53 700	56 100	59 900	61 200	64 400					
Pérou [c]						62 500	60,400	49 800	42 900	40 300	43 900
Total	**156 900**	**181 600**	**167 600**	**163 800**	**154 200**	**155 600 [d]**	**133,700**	**120 800**	**132 300**	**156 500**	**213 000**

Source: État plurinational de Bolivie : système national de surveillance des cultures illicites soutenu par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Colombie : système national de surveillance des cultures illicites soutenu par l'ONUDC. Pérou : système national de surveillance des cultures illicites soutenu par l'ONUDC.

Note: Les divers principes appliqués aux différentes superficies et leur incidence sur la comparabilité sont exposés dans le Rapport mondial sur les drogues 2012 (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.12.XI.1, p. 52 et 53). Les efforts engagés pour améliorer la comparabilité des estimations entre les pays se poursuivent. Depuis 2011, la superficie nette consacrée à la culture du cocaïer à la date de référence du 31 décembre est évaluée pour le Pérou comme pour la Colombie. Les estimations présentées pour l'État plurinational de Bolivie correspondent à la superficie consacrée à la culture du cocaïer obtenue par interprétation des images satellite.

[a] *Superficie nette au 31 décembre.*

[b] *Les chiffres correspondent à la superficie consacrée à la culture du cocaïer obtenue par interprétation des images satellitaires.*

[c] *Superficie nette au 31 décembre, en soustrayant les superficies où le cocaïer a été éradiqué après que les images satellite ont été prises*

[d] *Le chiffre relatif à la culture mondiale de coca a été calculé en utilisant la superficie obtenue par interprétation des images satellitaires pour le Pérou*

Éradication déclarée pour le cocaïer, 2007-2016

	Méthode ed'éradication	Unité	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivie (État plurinational de)	Manuelle	Hectares	6 269	5 484	6 341	8 200	10 509	11 044	11 407	11 144	11 020	6 577
Colombie	Manuelle	Hectares	66 392	96 003	60 565	43 804	35 201	30 456	22 121	11 703	13 473	17 642
	Pulvérisation	Hectares	153 134	133 496	104 772	101 940	103 302	100 549	47 052	55 532	37 199	0
Pérou	Manuelle	Hectares	11 056	10 143	10 025	12 033	10 290	14 171	23 785	31 205	35 868	30 150
Équateur	Manuelle	Hectares	12	12	6	3	14	..	..	..	..	
		Nombre de plants	130 000	152 000	57 765	3 870	55 030	122 656	41 996	15 874	45 266	20 896

Source: Questionnaire de l'ONUDC destinés aux rapports annuels et rapports des gouvernements.

Note: Les données présentées pour l'État plurinational de Bolivie et le Pérou comprennent les éradications volontaires et les éradications forcées. Les éradications déclarées correspondent à la somme de toutes les superficies où le cocaïer a été éradiqué au cours d'une année, superficies qui s'ajoutent lorsqu'une éradication a eu lieu plusieurs fois sur le même terrain. Les deux points indiquent que les chiffres ne sont pas connus.

Fabrication potentielle de cocaïne pure à 100 %, 2006-2016 (en tonnes)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivie (État plurinational de)	94	*104*	*113*	..	..	..	..	..	..	..	..
Colombie	809	683	471	488	424	384	333	290	442	646	866
Pérou	*280*	*290*	*302*	..	..	..	..	..	..	..	..
Total obtenu en utilisant les « anciens » coefficients de conversion [a]	**1 183**	**1 077**	**886**	**920**	**862**	**815**	**738**	**662**	**746**	**937**	**1 198**
Total obtenu en utilisant les « nouveaux » coefficients de conversion a	***1 381***	***1 317***	***1 143***	***1 188***	***1 134***	***1 090***	***997***	***902***	***943***	***1 125***	***1 410***

Source: État plurinational de Bolivie : calculs effectués à partir des enquêtes de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) sur le rendement de la feuille de coca (Yungas de La Paz) et des études scientifiques réalisées par la Drug Enforcement Administration des États-Unis d'Amérique (Chapare). Colombie : ONUDC et Gouvernement colombien. Pérou : calculs effectués en utilisant le coefficient de conversion de la feuille de coca en cocaïne qui figure dans des études scientifiques de la Drug Enforcement Administration. On trouvera des informations détaillées sur la révision en cours des coefficients de conversion et sur l'efficacité des laboratoires de cocaïne dans le Rapport mondial sur les drogues 2010 (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.10.XI.13), p. 249.

[a] *Conversion des superficies consacrées à la culture de coca en feuilles de coca puis en chlorhydrate de cocaïne en tenant compte des rendements, des feuilles de coca utilisées à des fins licites et de l'efficacité des laboratoires de cocaïne.*

Notes: En raison de l'absence de coefficients de conversion à jour pour l'État plurinational de Bolivie et le Pérou, il n'est pas possible d'établir d'estimation de la production de cocaïne dans ces pays.

Les données publiées dans le Rapport mondial sur les drogues 2016 (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.16.XI.7) ont été modifiées comme suit : a) les chiffres portant sur la Colombie (2005-2008) ont été revus afin que les changements apportés à la méthode employée soient appliqués uniformément, ce qui a eu une incidence sur le calcul de la production de coca pour toute la série temporelle 2005-2015 [pour de plus amples informations, consulter la publication intitulée Colombia Coca Cultivation Survey Report 2014 (ONUDC, 2015) et l'annexe 3 du document relatif à la surveillance des territoires touchés par les cultures illicites en 2015 (ONUDC,2016)] ; b) pour la période 2009-2012, les totaux obtenus en utilisant les « anciens » et les « nouveaux » coefficients de conversion ont été revus afin de corriger les inexactitudes liées au traitement des données. Les chiffres en italique sont susceptibles d'être revus. Les deux points indiquent que les valeurs ne sont pas connues. On trouvera des informations sur les méthodes et les définitions relatives aux estimations dans la partie en ligne du présent rapport consacrée à la méthodologie.

Cannabis

Culture, production et éradication du cannabis, dernière année où les chiffres sont connus sur la période 2011-2016

Année	Pays	Produit	Type de culture	Superficie cultivée (en ha)	Superficie éradiquée (en ha)	Superficie exploitable (en ha)	Production (en tonnes)	Plants éradiqués	Sites éradiqués
2012	Afghanistan	Résine	En extérieur	10 000			1 400		
2016	Albanie	Herbe	En extérieur					2 536 288	5 205
2014	Algérie	Résine	En extérieur					2 522	
2016	Arménie	Herbe	En extérieur	0.50 [a]	0.50	0.00		757	20
2016	Australie	Herbe	Sous abri					31 266	408
2016	Australie	Herbe	En extérieur					22 257	1 021
2015	Autriche	Herbe	En extérieur	3.00 [a]	3.00	0.00			
2014	Azerbaïdjan	Herbe	En extérieur	17.50 [a]	17.50	0.00		14 889	195
2013	Azerbaïdjan	Herbe	En extérieur	23.95 [a]	23.95	0.00	263.96	8 469	151
2015	Bahamas	Herbe	En extérieur					17 270	
2011	Bangladesh	Herbe	En extérieur					54 244	
2012	Bangladesh	Herbe	En extérieur					39 848	
2013	Bangladesh	Herbe	En extérieur					35 012	
2014	Bangladesh	Herbe	En extérieur					35 988	
2015	Bangladesh	Herbe	En extérieur					39 967	
2016	Bangladesh	Herbe	En extérieur					47 104	
2017	Bangladesh	Herbe	En extérieur					69 989	
2016	Bélarus	Herbe	En extérieur		123.80				1 945
2016	Bélarus	Herbe	Sous abri						28
2015	Belgique	Herbe	Sous abri					345 518	1 164
2015	Belgique	Herbe	En extérieur					4 885	93
2015	Belize	Herbe	En extérieur					50 897	
2016	Bolivie (État plurinational de)	Herbe	En extérieur		14.60				35
2016	Bosnie-Herzégovine	Herbe	En extérieur		1 680.00				
2016	Bosnie-Herzégovine	Herbe	Sous abri		39.00				
2014	Brésil	Herbe	En extérieur		44.01			1 364 316	
2015	Bulgarie	Herbe	Sous abri					323	
2015	Bulgarie	Herbe	En extérieur				37.77	9 488	
2016	Chili	Herbe	Sous abri					26 988	2 740

Année	Pays	Produit	Type de culture	Superficie cultivée (en ha)	Superficie éradiquée (en ha)	Superficie exploitable (en ha)	Production (en tonnes)	Plants éradiqués	Sites éradiqués
2016	Chili	Herbe	En extérieur					58 950	264
2016	Chine	Herbe	En extérieur		9.80			1 390 000	
2016	Colombie	Herbe	En extérieur		135.00				
2016	Costa Rica	Herbe	En extérieur		17.59			2 122 244	201
2016	Costa Rica	Herbe	Sous abri					678.00	5
2016	Côte d'Ivoire	Herbe	En extérieur					5	
2016	Tchéquie	Herbe	Sous abri					53 549	229
2016	Tchéquie	Herbe	En extérieur					4 111	
2014	Dominican Republic	Herbe	En extérieur	6.00 [a]	6.00	0.00	0.21	111	8
2016	Équateur	Herbe	En extérieur					224	34
2015	Égypte	Herbe ou résine	En extérieur		140.00				
2016	El Salvador	Herbe	En extérieur			1.00		227	25
2014	France	Herbe	En extérieur					158 592	837
2015	Allemagne	Herbe	Sous abri					135 925	786
2015	Allemagne	Herbe	En extérieur					9 136	127
2016	Grèce	Herbe	Sous abri					16 554	
2016	Grèce	Herbe	En extérieur					39 151	
2016	Guatemala	Herbe	En extérieur		9.00			3 138 298	427
2015	Guyana	Herbe	En extérieur	20.00	9.40	10.60	1 000.00	419 700	19
2016	Honduras	Herbe	Sous abri					7	2
2016	Honduras	Herbe	En extérieur					24 253	19
2016	Chine, RAS de Hong Kong	Herbe	Sous abri					329	1
2016	Hongrie	Herbe	Sous abri					5 000	3
2016	Hongrie	Herbe	En extérieur					2 000	20
2013	Islande	Herbe	Sous abri					6 652	323
2016	Inde	Herbe	En extérieur		3 414.74				
2016	Indonésie	Herbe	En extérieur	482.00 [a]	482.00	0.00			
2016	Irlande	Herbe	Sous abri					7 273	
2014	Italie	Herbe	Sous abri					51 534	639
2014	Italie	Herbe	En extérieur					70 125	1 134
2012	Jamaïque	Herbe	En extérieur					456	382

Année	Pays	Produit	Type de culture	Superficie cultivée (en ha)	Superficie éradiquée (en ha)	Superficie exploitable (en ha)	Production (en tonnes)	Plants éradiqués	Sites éradiqués
2016	Kazakhstan	Herbe	En extérieur	18.00 [a]	18.00	0.00		170,000	202
2016	Kenya	Herbe	En extérieur	12.00				8,747	46
2015	Kirghizistan	Herbe	En extérieur	5,014.00		5,014.00			
2016	Lettonie	Herbe	Sous abri					557	35
2016	Lettonie	Herbe	En extérieur					78	6
2015	Liban	Herbe	En extérieur	3,500.00		3,500.00			
2016	Lituanie	Herbe	Sous abri						4
2015	Madagascar	Herbe	En extérieur		11.00			21,325	
2013	Malte	Herbe	Sous abri					27	
2016	Mexique	Herbe	En extérieur		5,478.42		6,574,104.0		38,432
2013	Mongolie	Herbe	En extérieur	15,000.00	4,000.00	11,000.00		4,000	4,000
2016	Maroc	Plants	En extérieur	47,000.00	395.00	46,605.00			
2016	Maroc	Herbe	En extérieur				35,652.83		
2016	Maroc	Résine	En extérieur				713.00		
2014	Myanmar	Herbe	En extérieur	15.00	10.00	5.00			3
2016	Pays-Bas	Herbe	Sous abri					994,068	5,856
2016	Nouvelle-Zélande	Herbe	Sous abri					18,903	607
2016	Nouvelle-Zélande	Herbe	En extérieur					104,725	
2014	Nicaragua	Herbe	En extérieur		0.30		1,507.00	3,014	30
2016	Nigéria	Herbe	En extérieur		718.78				65
2015	Norvège	Herbe	Sous abri		0.04			4,000	30
2013	Panama	Herbe	En extérieur	0.50 [a]	0.50	0.00		37	2
2013	Panama	Herbe	En extérieur	10.50 [a]	10.50	0.00		78,633	2
2016	Paraguay	Plants	En extérieur	1,298.50 [a]	1,298.50	0.00		5,656,266	4
2016	Paraguay	Herbe	En extérieur				1,298.50		
2016	Paraguay	Résine	En extérieur				1.15		
2016	Pérou	Herbe	En extérieur		87.83			1,429,749	
2016	Philippines	Herbe	En extérieur		8.67			24,635,153	337
2016	Pologne	Herbe	Sous abri					146,755	1,403
2016	Pologne	Herbe	Sous abri ou en extérieur					4,585	219
2013	République de Corée	Herbe	En extérieur					8,072	

Année	Pays	Produit	Type de culture	Superficie cultivée (en ha)	Superficie éradiquée (en ha)	Superficie exploitable (en ha)	Production (en tonnes)	Plants éradiqués	Sites éradiqués
2014	République de Moldova	Herbe	En extérieur	100.00	59.00	41.00	10 000.00	200 548	
2014	République de Moldova	Herbe	Sous abri		41.00				
2016	Roumanie	Herbe	Sous abri					1 433	41
2016	Roumanie	Herbe	En extérieur		6.99				42
2016	Fédération de Russie	Herbe	En extérieur	7.61 [a]	7.61	0.00	68.64		1 143
2016	Fédération de Russie	Herbe	Sous abri		0.66				788
2015	Serbie	Herbe	En extérieur				0.05		
2013	Sierra Leone	Herbe	En extérieur	190.00		190.00		190	3
2016	Slovaquie	Herbe	Sous abri					385	
2014	Slovaquie	Herbe	Sous abri					9 223	118
2014	Slovénie	Herbe	En extérieur					1 844	
2015	Espagne	Herbe	Sous abri					244 772	108
2015	Espagne	Herbe	En extérieur					135 074	44
2014	Soudan	Herbe	En extérieur	8.00 [a]	8.00	0.00	345.00		
2014	Swaziland	Herbe	En extérieur	1 500.00	1 069.50	430.50		3 000 000	210
2014	Suède	Herbe	Sous abri					10 000	56
2015	Suède	Herbe	En extérieur				182.00		
2016	Suisse	Herbe	Sous abri					11 386	83
2012	Tadjikistan	Herbe	En extérieur					2 180 121	
2016	Thaïlande	Herbe	En extérieur	1.00 [a]	1.00	0.00	7.50		1
2015	Trinité-et-Tobago	Herbe	En extérieur		0.31			375 925	58
2012	Ouganda	Herbe	En extérieur	150.00	88.00	62.00			5
2016	Ukraine	Herbe	En extérieur	91.00 [a]	91.00	0.00			
2016	États-Unis d'Amérique	Herbe	Sous abri					406 125	1 865
2016	États-Unis d'Amérique	Herbe	En extérieur					4 940 596	5 513
2016	Uruguay	Herbe	Sous abri					661	
2016	Ouzbékistan	Herbe	En extérieur	0.20 [a]	0.20	0.00			586
2015	Viet Nam	Herbe	En extérieur		1.00				

Source: Questionnaire de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime destinés aux rapports annuels, rapports des gouvernements et rapports sur la stratégie internationale de lutte contre les stupéfiants établis par les États-Unis d'Amérique.

a Cultures que les autorités ont prévu d'éradiquer.

GLOSSAIRE

amphétamines – groupe de stimulants de type amphétamine comprenant l'amphétamine et la méthamphétamine.

crack – cocaïne base obtenue par transformation du chlorhydrate de cocaïne, rendu propre à être fumé.

dépendance – définie dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (dixième révision) comme un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs dans lesquels l'usage d'une substance ou d'une catégorie de substances est beaucoup plus prioritaire pour un individu donné que d'autres activités qui jouaient auparavant un rôle important. L'une des caractéristiques descriptives centrales du syndrome de dépendance est le désir (souvent puissant, parfois irrésistible) de prendre des substances psychoactives.

nouvelles substances psychoactives – substances qui font l'objet d'un usage nocif, que ce soit à l'état pur ou dans une préparation, et qui ne sont pas soumises au régime de contrôle prévu par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 ou par la Convention de 1971, mais qui peuvent représenter une menace pour la santé publique. Dans ce contexte, l'adjectif « nouvelles » ne désigne pas nécessairement de nouvelles inventions, mais des substances qui sont devenues disponibles récemment.

opiacés – catégorie d'opioïdes constituée des différents produits dérivés du pavot à opium, dont l'opium, la morphine et l'héroïne.

opioïdes – terme générique désignant les alcaloïdes du pavot à opium (opiacés), leurs analogues de synthèse (principalement des opioïdes soumis à prescription ou médicaments opioïdes) et des composés synthétisés par le corps.

pâte de coca (ou coca base) – extrait des feuilles du cocaïer ; la purification de la pâte de coca donne de la cocaïne (cocaïne base et chlorhydrate de cocaïne).

personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues/ présentant des troubles liés à l'usage de drogues – sous-groupe de personnes qui consomment des drogues, qui nécessitent un traitement, des soins de santé, une aide sociale et une réadaptation. L'utilisation de substances nocive pour la santé et la dépendance sont des troubles liés à l'usage de drogues.

prévalence annuelle – nombre total de personnes d'une classe d'âge donnée qui ont pris une drogue donnée au moins une fois au cours de l'année écoulée, divisé par le nombre de personnes de la classe d'âge en question, exprimé en pourcentage.

prévention de l'usage de drogues et traitement des troubles liés à l'usage de drogues – la « prévention de l'usage de drogues » vise à empêcher ou à retarder l'initiation aux drogues ainsi que l'apparition de troubles liés à l'usage de drogues. Une fois ces troubles apparus, un traitement, une prise en charge et une réadaptation sont nécessaires.

sel de cocaïne – chlorhydrate de cocaïne.

stimulants de type amphétamine – groupe de substances constitué de stimulants synthétiques qui ont été placés sous contrôle au titre de la Convention sur les substances psychotropes de 1971 et qui appartiennent au groupe des amphétamines, lequel comprend l'amphétamine, la méthamphétamine, la méthcathinone et les substances de type « ecstasy » (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA) et ses analogues).

troubles liés à l'usage de substances ou de drogues – le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) (5e éd.) de l'Association américaine de psychiatrie définit le « trouble lié à l'usage de drogues ou de substances » comme une accumulation de symptômes résultant de l'usage d'une substance que le sujet poursuit bien qu'il ait déjà connu des problèmes résultant de l'usage de substances. En fonction du nombre de symptômes détectés, un trouble lié à l'usage de substances peut être modéré ou grave.

usage de drogues – usage de substances psychoactives placées sous contrôle à des fins autres que médicales ou scientifiques, sauf mention contraire.

usagers problématiques de drogues – personnes ayant un comportement de consommation à haut risque, comme les usagers injecteurs, les consommateurs quotidiens ou ceux au sujet desquels un diagnostic de troubles liés à l'usage de drogues (usage nocif ou

dépendance à la drogue) a été posé sur la base des critères cliniques définis dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) (5e éd.) de l'Association américaine de psychiatrie ou dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (dixième révision) de l'Organisation mondiale de la Santé.

utilisation de substances nocive pour la santé – définie dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (dixième révision) comme un mode de consommation qui est préjudiciable à la santé physique ou mentale.

GROUPES RÉGIONAUX

Les désignations des régions et sous-régions figurant dans le *Rapport mondial sur les drogues* ne sont pas des désignations officielles ; elles correspondent aux groupes suivants :

- Afrique australe : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
- Afrique de l'Est : Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Maurice, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles et Somalie.
- Afrique de l'Ouest et centrale : Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo.
- Afrique du Nord : Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Soudan, Soudan du Sud et Tunisie.
- Amérique centrale : Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama.
- Amérique du Nord : Canada, États-Unis d'Amérique et Mexique.
- Amérique du Sud : Argentine, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Guyana, Paraguay, Pérou, Suriname, Uruguay et Venezuela (République bolivarienne du).
- Caraïbes : Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Bermudes, Cuba, Dominique, Grenade, Haïti, Jamaïque, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines et Trinité-et-Tobago.
- Asie centrale et Transcaucasie : Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan.
- Asie de l'Est et du Sud-Est : Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Indonésie, Japon, Malaisie, Mongolie, Myanmar, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste et Viet Nam.
- Asie du Sud : Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal et Sri Lanka.
- Asie du Sud-Ouest : Afghanistan, Iran (République islamique d') et Pakistan.
- Proche et Moyen-Orient : Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, État de Palestine, Iraq, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne et Yémen.
- Europe du Sud-Est : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Monténégro, Roumanie, Serbie et Turquie.
- Europe occidentale et centrale : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie.
- Europe orientale : Bélarus, Fédération de Russie, République de Moldova et Ukraine.
- Océanie : Australie, Fidji, Îles Marshall, Îles Salomon, Kiribati, Micronésie (États fédérés de), Nauru, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et petits territoires insulaires.

ONUDC
Office des Nations Unies
contre la drogue et le crime

UNODC Research

Comme celle de l'année dernière, qui marquait le vingtième anniversaire de la publication, l'édition 2018 du *Rapport mondial sur les drogues* se présente sous la forme de cinq fascicules conçus pour rendre la lecture plus agréable tout en préservant la richesse des informations fournies.

Le fascicule 1 expose succinctement le contenu des quatre fascicules suivants ainsi que les implications stratégiques des constatations qui y sont faites. Le fascicule 2 donne un aperçu général des estimations et tendances les plus récentes en ce qui concerne l'offre et l'usage de drogues et leurs conséquences pour la santé. Le fascicule 3 passe en revue les estimations et tendances actuelles relatives à la culture, à la production et à la consommation des trois drogues d'origine végétale (cocaïne, opiacés et cannabis), examine les dernières évolutions des politiques suivies à l'égard du cannabis et analyse le marché mondial des drogues de synthèse, y compris les nouvelles substances psychoactives. Le fascicule 4, consacré à l'ampleur de l'usage de drogues dans les différentes tranches d'âge, en particulier chez les jeunes et les personnes plus âgées, analyse les risques et vulnérabilités des jeunes face à la consommation de drogues, les conséquences sanitaires et sociales qui en résultent pour eux, le rôle des jeunes dans l'offre de drogues et les problèmes liés aux soins de santé nécessités par les consommateurs d'âge mûr. Enfin, le fascicule 5 porte sur des questions intéressant spécifiquement l'usage de drogues chez les femmes, notamment les conséquences sanitaires et sociales de cette pratique et l'accès des femmes au traitement des troubles qui y sont liés ; il examine également le rôle joué par les femmes dans la filière de la drogue.

Comme toutes les précédentes, l'édition 2018 du *Rapport mondial sur les drogues* vise à faire mieux comprendre le problème mondial de la drogue et à contribuer au renforcement de la coopération internationale face aux conséquences de ce phénomène en matière de santé et de sécurité.

L'annexe statistique est publiée sur le site Web de l'ONUDC : https://www.unodc.org/wdr2018.