

RAPPORT MONDIAL SUR LES DROGUES

2

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

© Nations Unies, juin 2019. Tous droits réservés pour tous pays.

ISBN : [...]

eISBN : [...]

Publication des Nations Unies, numéro de vente : [...]

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 : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Rapport mondial sur les drogues 2019* (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

Boîte postale 500

1400 Vienne

Autriche

Téléphone : (+43) (1) 26060-0

Télécopie : (+43) (1) 26060-5827

Courriel : wdr@un.org

Site Web : www.unodc.org/wdr2019

Préface

Les conclusions du *Rapport mondial sur les drogues* de cette année dressent un tableau plus complet, mais aussi plus complexe des défis à surmonter au niveau mondial en matière de drogues. Elles soulignent la nécessité d'élargir la coopération internationale en vue d'adopter des mesures sanitaires et de justice pénale suivant une approche intégrée et équilibrée pour réduire l'offre et la demande de drogues.

D'après des recherches plus approfondies et des données plus précises fournies par l'Inde et le Nigéria – qui font tous deux partie des 10 pays les plus peuplés au monde – on constate que les personnes consommant des opioïdes et celles souffrant de troubles liés à l'usage de drogues sont bien plus nombreuses qu'on ne le pensait. À l'échelle mondiale, quelque 35 millions de personnes présentent ce type de troubles et ont besoin de suivre un traitement, alors qu'elles étaient 30,5 millions selon les estimations antérieures. Le nombre de décès est également plus élevé, l'usage de drogues ayant coûté la vie à 585 000 personnes en 2017.

En matière de prévention et de traitement, l'offre reste nettement en deçà des besoins dans de nombreuses parties du monde. Cela est particulièrement vrai dans les prisons, où les personnes détenues sont particulièrement vulnérables face à l'usage de drogues et courent un plus grand risque de transmission du VIH et de l'hépatite C. Ce déséquilibre représente un obstacle majeur à la réalisation des objectifs de développement durable et à l'engagement pris par la communauté internationale de ne pas faire de laissés-pour-compte.

Les opioïdes de synthèse continuent de faire peser une grave menace sur la santé, alors que le nombre de morts par surdose augmente en Amérique du Nord, et que le trafic de fentanyl et d'analogues du fentanyl progresse en Europe et ailleurs. L'usage non médical de tramadol, un antidouleur, est un aspect de la crise des opioïdes beaucoup moins mis en avant par les médias, mais qui requiert de manière tout aussi urgente l'attention de la communauté internationale, en particulier en Afrique. En 2017, la quantité de tramadol saisie dans le monde a atteint un niveau record de 125 tonnes ; les données limitées dont on dispose indiquent que le tramadol consommé à des fins non médicales en Afrique est fabriqué illicitement en Asie du Sud et acheminé clandestinement vers la région ainsi que vers certaines parties du Moyen-Orient.

Les mesures prises pour lutter contre l'usage abusif de tramadol illustrent les difficultés que rencontrent les pays pour garantir l'accès à cette substance à des fins médicales tout en réduisant son utilisation abusive – dans un contexte où les ressources sont limitées et où les systèmes de santé ont déjà du mal à faire face – et dans le même temps s'attaquer énergiquement à la criminalité et au trafic organisés.

La production d'opium et la fabrication de cocaïne se maintiennent à des niveaux records. Les quantités interceptées sont également plus élevées que jamais, la quantité de cocaïne saisie ayant augmenté de 74 % au cours des dix dernières années, alors que la fabrication de cette drogue a augmenté de 50 % pendant la même période. Ces données suggèrent que les mesures de détection et de répression sont plus efficaces et que le renforcement de la coopération internationale a probablement permis d'accroître les taux d'interception.

Le *Rapport mondial sur les drogues 2019* fait également état d'une diminution du trafic d'opiacés depuis l'Afghanistan vers la Fédération de Russie le long de la route « du Nord ». En 2008, environ 10 % de la morphine et de l'héroïne interceptées à l'échelle mondiale étaient saisis dans des pays situés le long de cet itinéraire ; en 2017, ce taux n'était plus que de 1 %. Cette évolution pourrait être due en partie à une réorientation de la demande vers les substances synthétiques sur les marchés de destination, l'efficacité accrue des mesures prises au niveau régional jouant peut-être aussi un rôle.

Des pays d'Asie centrale, avec l'appui de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD), ont consacré des ressources considérables au renforcement de la coopération régionale, dans le cadre des programmes de pays et des programmes régionaux et mondiaux intégrés de l'ONUDD, ainsi que par l'intermédiaire de plateformes telles que le Centre régional d'information et de coordination d'Asie centrale, l'Initiative Afghanistan-Kirghizistan-Tadjikistan et l'Initiative triangulaire et sa cellule

de planification conjointe. Des recherches supplémentaires sont nécessaires, notamment afin de dégager des enseignements et des pratiques optimales susceptibles d'orienter la poursuite de l'action.

La coopération internationale a également permis de contrôler le développement des nouvelles substances psychoactives. Ces dernières années, la Commission des stupéfiants, basée à Vienne, a agi rapidement en plaçant sous contrôle la plupart des nouvelles substances psychoactives nocives, tandis que le Système d'alerte précoce de l'ONUDC a permis de tenir la communauté internationale au fait des évolutions.

La volonté politique et la mise à disposition de financements suffisants restent des conditions préalables au succès, comme l'illustrent les mesures que la Colombie a prises pour réduire la production de cocaïne suite à la conclusion en 2016 de l'accord de paix avec les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC). Des initiatives de développement alternatif ont permis aux agriculteurs des zones centrales du pays auparavant sous contrôle des FARC d'abandonner la culture du cocaïer et de rejoindre l'économie licite, ce qui a conduit à une baisse très nette de la production de cocaïne. Cependant, d'autres zones anciennement contrôlées par les FARC ont vu des groupes criminels s'implanter pour combler le vide laissé et étendre les cultures illicites. Le développement alternatif peut réussir, à condition toutefois de faire l'objet d'une attention soutenue et d'être intégré à des objectifs de développement plus larges.

Malgré les nombreux problèmes d'envergure que les pays continuent de rencontrer pour réduire l'offre et la demande de drogues, les succès recensés montrent que la coopération internationale fonctionne. Le défi qu'il nous faut relever est de permettre à un plus grand nombre d'en bénéficier.

La coopération internationale repose sur des cadres définis d'un commun accord. Presque tous les pays du monde ont réaffirmé leur engagement en faveur d'une action équilibrée, respectueuse des droits et fondée sur les conventions internationales relatives au contrôle des drogues. Cet engagement a été récemment réaffirmé dans la Déclaration ministérielle sur le renforcement des actions que nous menons aux niveaux national, régional et international, pour accélérer la mise en œuvre de nos engagements communs à aborder et combattre le problème mondial de la drogue, adoptée lors du débat ministériel de la soixante-deuxième session de la Commission des stupéfiants.

L'ONUDC aide les pays à concrétiser leurs engagements par l'application des normes internationales régissant la prévention et le traitement des troubles liés à l'usage de drogues et du VIH, ainsi que des règles et normes sur l'administration de la justice et le traitement des détenus. Nous fournissons une assistance technique adaptée par l'intermédiaire de nos bureaux extérieurs et de nos programmes mondiaux, ainsi que par la mise au point de référentiels et la conduite de recherches.

J'espère que le *Rapport mondial sur les drogues 2019* aidera à mieux comprendre le problème mondial de la drogue et permettra à la communauté internationale de prendre des mesures éclairées. Grâce à la collaboration et à une orientation ciblée de l'attention et des ressources, nous pouvons aider les personnes à bénéficier des services dont elles ont besoin sans discrimination, promouvoir la sécurité et traduire les délinquants en justice, protéger la santé et atteindre les objectifs de développement durable.

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

Yury Fedotov

Remerciements

Le *Rapport mondial sur les drogues 2019* 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
Thomas Pietschmann

Gestion des données et production d'estimations

Enrico Bisogno
Conor Crean
Hernan Epstein
Virginia Macdonald (OMS)
Riku Lehtovuori
Sabrina Levissianos
Andrea Oterová
Umidjon Rakhmonberdiev
Ali Saadeddin
Tun Nay Soe
Keith Sabin (ONUSIDA)
Fatma Usheva

Édition

Jonathan Gibbons

Conception graphique et production

Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttinig
Fabian Rettenbacher

Coordination

Francesca Massanello

Appui administratif

Iulia Lazar

Relecture et commentaires

Le *Rapport mondial sur les drogues 2019* a également bénéficié des compétences et des précieux apports de collègues de toutes les divisions de l'ONUDC.

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
Charles Parry
Afarin Rahimi-Movaghar
Peter Reuter
Alison Ritter
Francisco Thoumi

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 pratiquant l'injection 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.

TABLE DES MATIÈRES

Fascicule 1	RÉSUMÉ ANALYTIQUE, CONCLUSIONS ET INCIDENCES STRATÉGIQUES
Fascicule 2	TABLEAU GÉNÉRAL DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE DE DROGUES
	<p>PRÉFACE..... 3</p> <p>NOTES EXPLICATIVES 8</p> <p>OBJET DU FASCICULE..... 10</p> <p>DEMANDE DE DROGUES 12</p> <p><i>Ampleur de l'usage de drogues .....12</i></p> <p><i>Conséquences sanitaires de l'usage de drogues .....26</i></p> <p><i>Usage de drogues, maladies infectieuses et fourniture de services de prévention et de traitement en milieu carcéral.....48</i></p> <p>OFFRE DE DROGUES..... 63</p> <p>ANNEXE..... 89</p> <p>GLOSSAIRE 114</p> <p>GROUPES RÉGIONAUX 1</p>
Fascicule 3	DÉPRESSEURS
Fascicule 4	STIMULANTS
Fascicule 5	CANNABIS ET HALLUCINOGENES

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 un terme neutre, à savoir « usage de drogues ». Le terme « usage abusif » n'est employé que dans le cas de l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance.

Toutes les utilisations du mot « drogue » et du terme « usage/consommation de drogues » renvoient à des substances visées par les conventions internationales relatives au contrôle des drogues et à leur usage non médical.

Sauf indication contraire, toutes les analyses qui figurent dans le présent rapport reposent sur les chiffres officiels communiqués à l'ONUDDC 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.

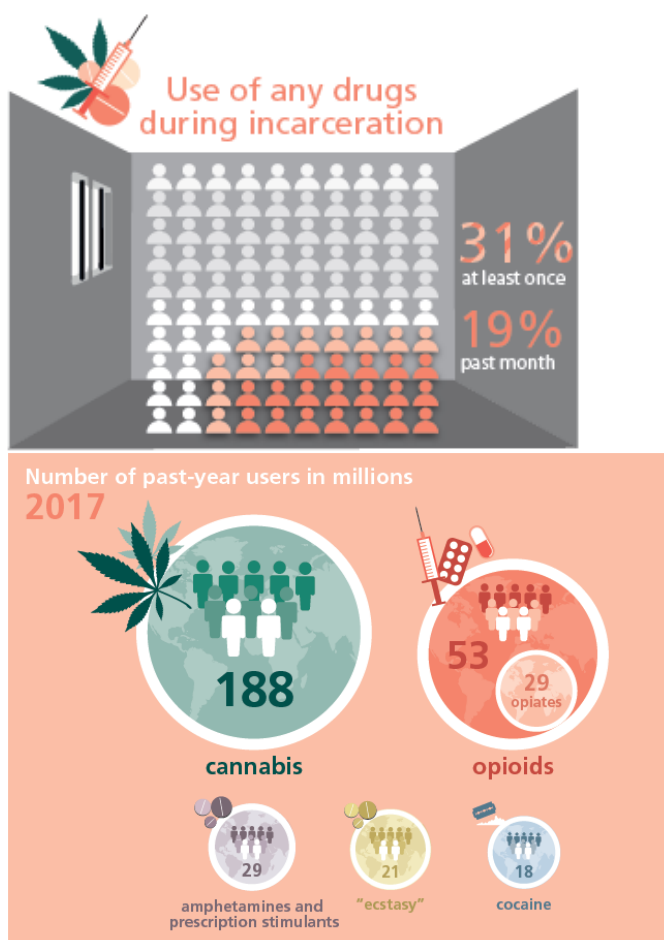
Les abréviations ci-après ont été utilisées dans le présent fascicule :

AVCI	année de vie corrigée du facteur invalidité
DMT	diméthyltryptamine
EMCDDA	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
Europol	Office européen de police
FARC	Forces armées révolutionnaires de Colombie
GBL	<i>gamma</i> -butyrolactone
GHB	acide <i>gamma</i> -hydroxybutyrique
LSD	diéthylamide de l'acide <i>d</i> -lysergique
NSP	nouvelles substances psychoactives
OMS	Organisation mondiale de la Santé

ONU DC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
STA	stimulants de type amphétamine
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

OBJET DU FASCICULE

Le présent fascicule constitue le deuxième chapitre du *Rapport mondial sur les drogues 2019*. Il donne un aperçu au niveau mondial de l'ampleur et des tendances de l'usage de drogues, y compris des troubles liés à cet usage, et de ses effets sur la santé, et étudie l'ampleur à l'échelle mondiale des décès et des années de vie « en bonne santé » perdues du fait de l'usage de drogues. Il examine également l'usage de drogues, les maladies infectieuses et la fourniture de services de prévention et de traitement en milieu carcéral. Sa dernière section présente les estimations et tendances les plus récentes concernant la culture, la production et le trafic de drogues à l'échelle mondiale, notamment le trafic sur l'Internet clandestin.



<p>Use of any drugs during incarceration 31 % at least once 19 % past month</p>	<p>Usage de toute drogue pendant l'incarcération 31 % au moins une fois 19 % au cours du mois écoulé</p>
<p>Number of past-year users in millions</p> <ul style="list-style-type: none"> opiates cannabis opioids amphetamines and prescription stimulants « ecstasy » cocaine 	<p>Nombre d'utilisateurs dans l'année, en millions</p> <ul style="list-style-type: none"> opiacés cannabis opioïdes amphétamines et stimulants sur ordonnance « ecstasy » cocaïne

DEMANDE DE DROGUES

AMPLEUR DE L'USAGE DE DROGUES

Plus de 250 millions de personnes consomment des drogues

En 2017, à travers le monde, 271 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans auraient fait usage de drogues au moins une fois au cours de l'année écoulée (pour une fourchette d'estimation allant de 201 à 341 millions). Ce sont donc 5,5 % de la population mondiale de cette tranche d'âge (pour une fourchette allant de 4,1 à 6,9 %) qui étaient concernés, soit une personne sur 18.

En 2009, l'estimation de la prévalence de l'usage de drogues au cours de l'année écoulée au niveau mondial l'avait placée à un niveau moins élevé (4,8 %). Entre 2009 et 2017, le nombre estimatif de consommateurs au cours de l'année écoulée, pour l'ensemble du monde et toutes drogues confondues, est passé de 210 à 271 millions, soit une progression de 30 %, due en partie à l'accroissement de la population mondiale (la population mondiale âgée de 15 à 64 ans a augmenté de 10 %). Les données recueillies font état d'une hausse, au fil du temps, de la prévalence de l'usage d'opioïdes en Afrique, en Amérique du Nord, en Asie et en Europe, et de cannabis en Amérique du Nord, en Amérique du Sud et en Asie. On notera toutefois que la prudence s'impose en matière de comparaison des estimations dans le temps du fait de l'étendue des intervalles de confiance.

Au cours de la décennie écoulée, l'offre de substances sur les marchés de la drogue s'est diversifiée. Outre les substances classiques d'origine végétale – cannabis, cocaïne et héroïne –, cette période a été marquée par l'expansion d'un marché dynamique des drogues de synthèse et par l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance. Des drogues plus puissantes sont disponibles, et le nombre croissant de substances et leurs éventuelles associations posent un risque accru.

Ces dernières années, des centaines de nouvelles substances psychoactives ont été synthétisées. Ce sont en majorité des stimulants, suivis par des cannabinoïdes et un nombre toujours plus grand d'opioïdes, qui peuvent avoir des effets néfastes imprévisibles et parfois graves, voire mortels. L'usage non médical d'opioïdes pharmaceutiques est un sujet de préoccupation croissante. En Amérique du Nord, l'usage d'opioïdes de synthèse comme le fentanyl (et ses analogues) a entraîné l'augmentation persistante et spectaculaire du nombre de décès par surdose d'opioïdes en 2017. Dans d'autres sous-régions, comme l'Afrique de l'Ouest et du Centre et l'Afrique du Nord, les saisies montrent que le marché de l'usage non médical du tramadol s'est considérablement développé. La première enquête nationale sur l'usage de drogues réalisée à grande échelle au Nigéria en 2017 a permis de constater une forte prévalence de l'usage non médical d'opioïdes délivrés sur ordonnance (principalement le tramadol), qui n'était dépassé que par l'usage de cannabis, dont la prévalence dans l'année était de 4,7 %¹.

Quelque 35 millions de personnes présentent des troubles liés à l'usage de drogues

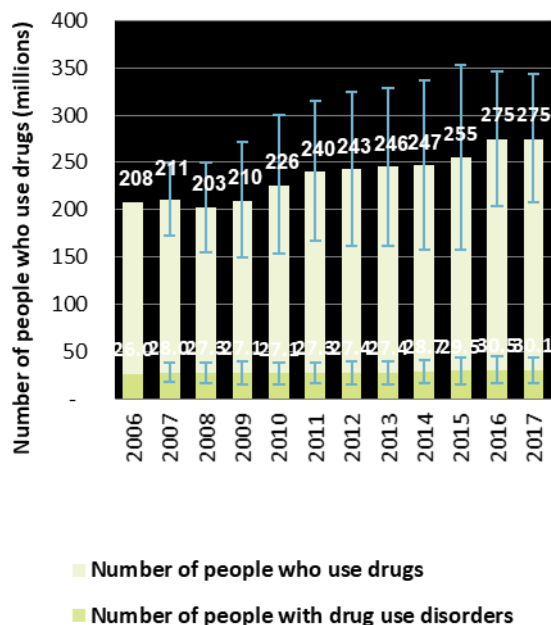
Parmi les 271 millions (chiffre estimatif) de personnes ayant pris des drogues au cours de l'année écoulée, toutes drogues confondues, quelque 35,0 millions (pour une fourchette allant de 23,0 à 47,0 millions), soit près de 13 %, présenteraient des troubles liés à l'usage de drogues; en d'autres termes, leur consommation est nocive au point qu'elles peuvent souffrir de toxicomanie ou avoir besoin d'un traitement. Leur situation correspond à une prévalence des troubles liés à l'usage de drogues de 0,71 % (pour une fourchette allant de 0,47 à 0,95 %) au niveau mondial dans la population âgée de 15 à 64 ans.

Entre 2009 et 2016, la prévalence des troubles liés à l'usage de drogues est restée à peu près stable au niveau mondial, le nombre de personnes présentant des troubles de ce type ayant évolué au rythme de l'accroissement de la population. Toutefois, en 2017, la prévalence de ces troubles (0,71 %) a été plus forte que celle qui avait été estimée pour l'année précédente (0,62 %), ce qui correspond à l'évolution du nombre estimatif de personnes présentant ces troubles, passé de 30,5 à 35,0 millions. Cette augmentation de la prévalence fait suite aux conclusions des enquêtes sur l'usage de drogues menées

¹ ONUDC, *Drug Use in Nigeria 2018* (Vienne, 2019).

récemment dans deux pays fortement peuplés, le Nigéria et l'Inde (voir l'encadré). Étant donné l'étendue des intervalles de confiance, la comparaison des estimations dans le temps est à pratiquer avec prudence.

Fig. 1. Tendances mondiales concernant le nombre estimatif d'usagers de drogues et de personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues, 2006-2017

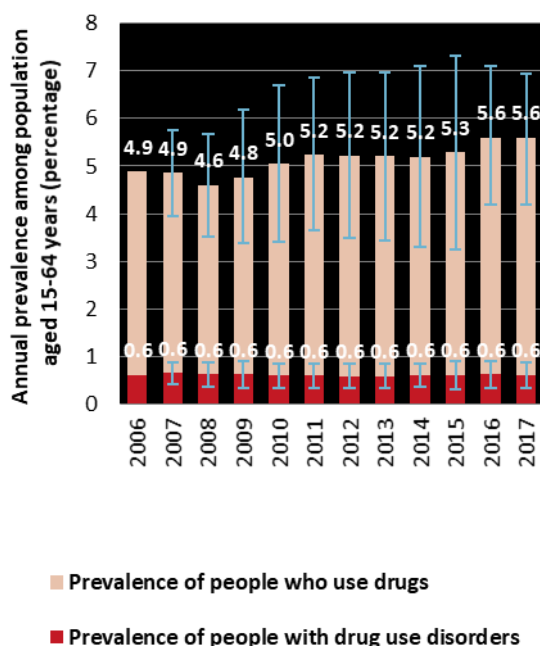


Millions	Millions
Number of people who use drugs	Nombre d'usagers de drogues
Number of people with drug use disorders	Nombre de personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues

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

Note : Les estimations relatives aux personnes qui font usage de drogues concernent les adultes (âgés de 15 à 64 ans) qui en ont consommé au cours de l'année écoulée.

Fig. 2. Tendances mondiales concernant la prévalence estimative de l'usage de drogues et des troubles liés à cet usage, 2006–2017



Annual prevalence (percentage)	Prévalence annuelle (en pourcentage)
Prevalence of people who use drugs	Prévalence de l'usage de drogues
Prevalence of people with drug use disorders	Prévalence des troubles liés à l'usage de drogues

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

Note : L'estimation du pourcentage de la prévalence annuelle de l'usage de drogues concerne les adultes (âgés de 15 à 64 ans) qui en ont consommé au cours de l'année écoulée.

[[BOX]]

Enquêtes sur l'usage de drogues menées récemment au Nigéria et en Inde : mieux comprendre l'ampleur de l'usage de drogues en Afrique et en Asie, et à l'échelle mondiale

Les enquêtes nationales sur l'usage de drogues qui ont été menées en Inde en 2018^a et au Nigéria en 2017^b ont permis de beaucoup mieux appréhender l'ampleur du phénomène dans ces deux pays fortement peuplés. Du fait de l'importance de leur population, le Nigéria et l'Inde ont une grande influence sur les estimations de l'usage de drogues à l'échelle régionale aussi bien que mondiale. Le Nigéria est le pays le plus peuplé d'Afrique, représentant 38 % de la population âgée de 15 à 64 ans de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et 15 % de l'ensemble de la population africaine, tandis que 86 % de la population de l'Asie du Sud et 30 % de la population de l'Asie vivent en Inde.

Pour l'Asie, l'enquête réalisée en Inde a fait état d'une prévalence de l'usage d'opioïdes et d'opiacés plus forte que celle qui avait été estimée précédemment. S'établissant à 1,0 %, la prévalence de l'usage d'opioïdes dans l'année en Asie a été plus forte en 2017 qu'en 2016, où elle avait atteint 0,5 %, ce qui a représenté une progression de 117 % du nombre des usagers dans l'année, lequel est passé de 13,6 millions à 29,5 millions. Quant à l'estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés en Asie – 0,7 % –, elle a également été plus forte en 2017 qu'en 2016 – 0,4 % –, le nombre d'usagers dans l'année étant alors passé de 11,2 millions à 21,7 millions. De même, en Afrique, la prévalence de l'usage d'opioïdes dans l'année a été estimée plus forte en 2017 (0,9 %) qu'en 2016 (0,3 %), le nombre d'usagers dans l'année étant alors passé de 2,2 millions à 6,1 millions, soit une progression de 178 %. Les estimations mondiales actualisées de l'usage d'opioïdes et d'opiacés tiennent compte de nouvelles informations en provenance de cinq pays, mais les principaux changements par rapport aux estimations mondiales précédentes découlent des nouvelles enquêtes conduites au Nigéria et en Inde.

En revanche, les conclusions des enquêtes menées en Inde et au Nigéria ont abouti à des estimations régionales revues à la baisse pour l'usage d'amphétamines en Afrique et en Asie, ainsi qu'à l'échelle mondiale. En Afrique, la prévalence de l'usage dans l'année a été, d'après les estimations, inférieure en 2017 (0,5 %) à ce qu'elle avait été en 2016 (0,9 %), ce qui correspond à une diminution du nombre des usagers dans l'année en 2017 (3,7 millions) par rapport à 2016 (6,0 millions), tandis qu'en Asie, la prévalence s'est établie, d'après les estimations, à 0,5 % en 2017 au lieu de 0,6 % en 2016, le nombre des usagers dans l'année

ayant été ramené de 17,5 millions en 2016 à 14,1 millions en 2017. En ce qui concerne les opioïdes et les opiacés, alors que des informations actualisées sur l'usage d'amphétamines ont été disponibles pour cinq pays, l'évolution des estimations mondiales est due pour l'essentiel aux enquêtes menées au Nigéria et en Inde.

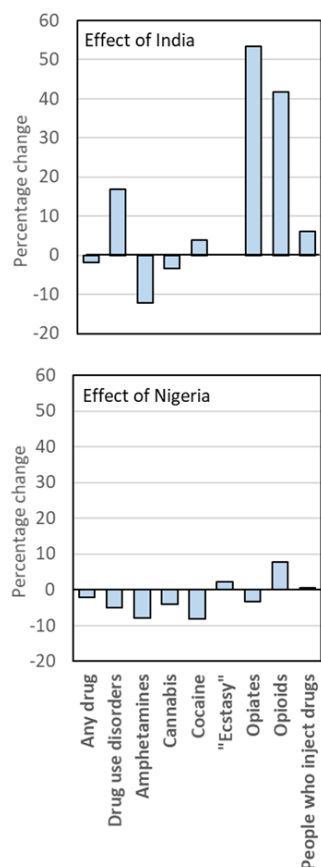
Les estimations de la prévalence de l'usage de cocaïne pendant l'année écoulée ont également été, en Afrique, inférieures en 2017 (0,2 %) à ce qu'elles avaient été en 2016 (0,5 %), en raison d'une diminution du nombre estimatif des usagers dans l'année en 2017 (1,3 million) par rapport à 2016 (3,2 millions). Le Nigéria était le seul pays d'Afrique pour lequel on disposait d'informations nouvelles ou actualisées sur la prévalence de l'usage de cocaïne.

Avant ces enquêtes, on ne disposait pas de données d'enquête récentes sur la prévalence de l'usage de drogues dans l'année au Nigéria ou en Inde, et les estimations régionales concernant l'Afrique et l'Asie étaient élaborées à partir des données provenant d'autres pays de ces régions.

L'enquête réalisée en Inde en 2018 a reposé sur des entretiens menés avec plus de 500 000 personnes résidant dans les 36 États et territoires du pays. Deux méthodes combinées de collecte de données ont été employées, à savoir une enquête sur les ménages menée auprès d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 473 569 personnes âgées de 10 à 75 ans, et une enquête par sondage menée auprès d'un échantillon déterminé par les répondants et composé de 72 642 personnes toxicodépendantes, avec application de méthodes de démultiplication fondée sur les données de traitement. Par ailleurs, l'enquête a abouti à un nombre estimatif de 850 000 usagers de drogues injectables, à rapprocher de l'estimation établie en 2008 par l'Organisation nationale de lutte contre le sida (177 000 personnes) sur la base d'un exercice de cartographie mené dans des zones urbanisées de 17 États.

En 2017, la première enquête nationale exhaustive sur l'usage de drogues réalisée au Nigéria a consisté en une enquête sur les ménages menée auprès de 38 850 répondants et utilisant des méthodes d'extrapolation à l'ensemble du réseau, et une enquête sur les usagers de drogues à haut risque menée auprès de 9 344 usagers problématiques et utilisant des méthodes de sondage déterminé par les répondants et des méthodes de démultiplication fondée sur des valeurs de référence. L'enquête a fait état d'un niveau considérable d'usage dans l'année de substances psychoactives. Le cannabis était la drogue le plus couramment consommée, devant les opioïdes, principalement du fait de l'usage non médical d'opioïdes délivrés sur ordonnance (surtout de tramadol). L'enquête a placé le Nigéria parmi les pays où la prévalence de l'usage non médical d'opioïdes est la plus élevée au monde.

Ces deux enquêtes récentes, d'une très grande qualité scientifique, ont nettement amélioré la densité des données concernant les populations des deux régions concernées. Les nouvelles enquêtes réalisées en Inde (en particulier) et au Nigéria ont considérablement influé sur les estimations de l'ampleur de l'usage de drogues à l'échelle mondiale. Cette incidence se constate en particulier pour les opioïdes et les opiacés, qui ont également influencé les estimations mondiales du nombre de personnes présentant des troubles liés à l'usage de drogues. Les nouvelles données en provenance d'Inde ont par ailleurs eu une incidence sur les estimations mondiales des usagers de drogues injectables.



Impact of new survey findings from India and Nigeria on global estimates of the number of past-year users, by drug type, and people who inject drugs	Incidence des conclusions tirées des nouvelles enquêtes réalisées en Inde et au Nigéria sur les estimations mondiales du nombre d'utilisateurs dans l'année, par type de drogue, et du nombre d'utilisateurs de drogues injectables
Percentage change	Modification en pourcentage
India Nigeria Any drug Drug use disorders Amphetamines Cannabis Cocaine « Ecstasy » Opiates Opioids People who inject drugs	Inde Nigéria Toutes drogues confondues Troubles liés à l'usage de drogues Amphétamines Cannabis Cocaïne « Ecstasy » Opiacés Opioïdes Usagers de drogues injectables

Note : Les barres montrent la variation en pourcentage des estimations mondiales du nombre d'utilisateurs dans l'année par rapport à ce que les estimations mondiales pour 2017 auraient été si les enquêtes n'avaient pas été réalisées.

a. Atul Ambekar *et al.*, *Magnitude of Substance Use in India 2019*, New Delhi, Ministère de la justice sociale et de la démarginalisation, 2019.

b. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et Gouvernement nigérian, *Drug Use in Nigeria 2018* (Vienne, 2019).

[[BOX END]]

Le cannabis reste la drogue le plus couramment consommée

En 2017, l'usage du cannabis au cours de l'année écoulée a concerné environ 188 millions de personnes dans le monde, ce qui représente 3,8 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans. C'est en Amérique du Nord (13,8 %), en Océanie (10,9 %) et en Afrique de l'Ouest et du Centre (10,0 %) que la prévalence annuelle de l'usage du cannabis est la plus forte.

En 2010, on a constaté une stabilisation ou une diminution de l'usage du cannabis, en particulier chez les jeunes, dans les pays où le marché est bien établi, à savoir notamment en Europe occidentale et centrale, en Amérique du Nord et dans certains pays d'Océanie (Australie et Nouvelle-Zélande); cette tendance a cependant été contrebalancée par une consommation accrue dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie. Actuellement, tandis que l'usage du cannabis en Europe occidentale et centrale semble rester stable, il a fortement augmenté dans les Amériques, en Afrique et en Asie.

Les opioïdes sont les drogues qui portent le plus préjudice à la santé des usagers

Les opioïdes sont une préoccupation majeure dans de nombreux pays du fait des graves conséquences sanitaires liées à leur usage. C'est ainsi qu'en 2017, l'usage de ces substances a été responsable de 110 000 (66 %) des 167 000 décès imputés aux troubles liés à l'usage de drogues². L'Amérique du Nord reste confrontée à une crise des opioïdes : aux États-Unis d'Amérique et au Canada, le nombre de décès par surdose d'opioïdes n'a jamais été aussi élevé, son augmentation étant liée en grande partie à l'usage du fentanyl et de ses analogues.

² Institute for Health Metrics and Evaluation, « Global Burden of Disease Study 2017 », Global Health Data Exchange.

En 2017, on estimait que le nombre de personnes ayant consommé des opioïdes au cours de l'année écoulée dans le monde s'élevait à 53,4 millions (ce chiffre incluant les personnes ayant consommé des opiacés et celles ayant pris à des fins non médicales des opioïdes délivrés sur ordonnance). Cela représente 1,1 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans. Le nombre de personnes ayant consommé des opioïdes au cours de l'année écoulée dans le monde est supérieur de 56 % au chiffre estimatif de 2016 (34,3 millions). Cette évolution est due au fait que l'on a à présent une meilleure idée de l'ampleur de l'usage de drogues grâce aux enquêtes menées récemment au Nigéria et en Inde (voir l'encadré ci-dessus). Les sous-régions où la prévalence dans l'année de l'usage d'opioïdes a été la plus élevée ont été l'Amérique du Nord (4,0 %), l'Océanie (3,3 % pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande), le Proche et Moyen-Orient/Asie du Sud-Ouest (2,3 %) et l'Asie du Sud (1,8 %).

On ne dispose pas d'estimations mondiales, mais l'usage d'opioïdes pharmaceutiques à des fins non médicales est signalé dans de nombreux pays, notamment d'Afrique de l'Ouest et du Nord, du Proche et Moyen-Orient (tramadol) et d'Amérique du Nord (hydrocodone, oxycodone, codéine, tramadol et fentanyl). Il semble également augmenter en Europe occidentale et centrale, ce dont témoigne la proportion croissante de personnes admises dans les centres de traitement pour usage de ces substances.

Les résultats de la première enquête nationale générale sur l'usage de drogues menée en 2017 au Nigéria, le pays le plus peuplé d'Afrique, ont mis en évidence un niveau considérable de consommation dans l'année à des fins non médicales d'opioïdes délivrés sur ordonnance (principalement le tramadol), une prévalence annuelle de 6,0 % étant enregistrée parmi les hommes et de 3,3 % parmi les femmes³.

En 2017, parmi les usagers des opioïdes, 29,2 millions étaient des usagers dans l'année d'opiacés (héroïne et opium), ce qui représente 0,6 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans; le nombre des usagers dans l'année d'opiacés dans le monde est supérieur de 50 % au nombre précédemment estimé de 19,4 millions en 2016 (ce qui tient au fait que l'on a une meilleure idée de l'ampleur de l'usage d'opiacés grâce aux conclusions des enquêtes menées récemment en Inde et au Nigéria). Les sous-régions où la prévalence de l'usage d'opiacés est la plus élevée sont le Proche et Moyen-Orient/Asie du Sud-Ouest (1,6 %), l'Asie du Sud (1,3 %) et l'Asie centrale et la Transcaucasie (0,9 %).

L'usage d'amphétamines, en particulier de méthamphétamine, se répand dans certaines régions d'Asie et d'Amérique du Nord

En 2017, on estimait que le nombre de personnes ayant consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée s'élevait à 28,9 millions, ce qui représentait 0,6 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, soit 15 % de moins que le nombre estimé en 2016 (34,2 millions) (ce qui tenait au fait que l'on avait une meilleure idée de l'ampleur de l'usage d'amphétamines grâce aux conclusions des enquêtes menées récemment au Nigéria et en Inde). La prévalence dans l'année la plus élevée parmi la population âgée de 15 à 64 ans a été observée en Amérique du Nord (2,1 %) et en Océanie (1,3 %).

Les amphétamines sont consommées sous des formes très variables selon les régions. Elles le sont le plus souvent sous forme de stimulants délivrés sur ordonnance et consommés à des fins non médicales et de méthamphétamine en Amérique du Nord; de méthamphétamine sous forme de cristaux en Asie de l'Est et du Sud-Est et en Océanie (Australie), et d'amphétamine en Europe occidentale et centrale et au Proche et Moyen-Orient. Depuis 2010, l'usage d'amphétamines se maintient à un niveau relativement stable dans la plupart des pays d'Europe occidentale et orientale, encore que les données tirées de l'analyse des eaux usées aient indiqué une augmentation de cet usage depuis quelques années. En Amérique du Nord, certains signes donnent à penser que l'usage de méthamphétamine augmente, de même qu'en Asie de l'Est et du Sud-Est où sa consommation semble continuer de progresser, en particulier sous forme de cristaux.

On estime que la consommation d'« ecstasy » au cours de l'année écoulée concerne 21,3 millions de personnes dans le monde, ce qui représente 0,4 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans. Cette consommation est relativement forte en Océanie (2,2 % pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande), en Europe occidentale et centrale (0,9 %) et en Amérique du Nord (0,9 %). Elle est principalement associée

³ *Drug Use in Nigeria 2018.*

à la fréquentation de lieux récréatifs nocturnes et elle est plus forte chez les jeunes. Si, entre 2007 et 2012, la plupart des pays d'Europe occidentale et centrale ont fait état d'une consommation stable, voire en baisse, au cours des années suivantes, avec la disponibilité croissante d'« ecstasy » très pure en Europe occidentale et centrale comme dans d'autres sous-régions, on a constaté une reprise généralisée de sa consommation. Les formes d'« ecstasy » se sont également diversifiées, la poudre très pure et les cristaux étant devenus disponibles et couramment utilisés.

Indices d'une augmentation de l'usage de cocaïne en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale

On estime qu'en 2017, le nombre de personnes ayant consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée s'est élevé dans le monde à 18,1 millions, soit 0,4 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans. La consommation de cocaïne dans l'année est forte en Océanie (2,2 % pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande), en Amérique du Nord (2,1 %), en Europe occidentale et centrale (1,3 %) et en Amérique du Sud (1,0 %).

En 2010, la tendance en matière de consommation de cocaïne était stable en Amérique centrale, en Amérique du Sud et en Europe, tandis qu'elle était à la baisse en Amérique du Nord. Plus récemment, l'analyse des eaux usées et les résultats d'enquêtes menées dans certains pays font apparaître une augmentation de la consommation de cocaïne en Europe occidentale et centrale. En Amérique du Nord, après un recul de sa consommation entre 2006 et 2012, des signes de reprise ont été observés; une augmentation de son usage a aussi été signalée dans certains pays d'Amérique du Sud. En outre, la consommation de pâte de cocaïne base, qui se limitait auparavant aux pays fabricants de la cocaïne, s'est désormais étendue à des pays situés plus au sud de la sous-région. Dans certaines zones d'Asie et d'Afrique de l'Ouest, des informations font état de la saisie de quantités croissantes de cocaïne, ce qui laisse supposer que sa consommation pourrait augmenter, en particulier au sein des groupes urbains aisés de la population dans les sous-régions où elle était peu répandue.

Usage de drogues chez les adolescents et les jeunes adultes

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont une période de transition importante. C'est une époque de développement physique et psychologique et de changements dans la structure du cerveau, ainsi que de développement cognitif et émotionnel. C'est aussi un moment où certains adolescents sont exposés à l'usage de drogues. L'adolescence (12-17 ans) est la période où le risque d'être amené à consommer des substances de ce type est critique. Au sein de la population âgée de 15 à 64 ans, les niveaux maximaux de consommation de drogues sont le fait des 18-25 ans⁴. Telle est la situation observée dans les pays de la plupart des régions et pour la plupart des types de drogues.

Les recherches menées au cours des 20 dernières années ont permis de se faire une idée plus complète des facteurs individuels et environnementaux qui augmentent le risque d'être amené à consommer de la drogue. De même, on comprend mieux l'engrenage vers les troubles liés à cette consommation. La méconnaissance des substances et des conséquences de leur usage est l'un des principaux facteurs qui augmentent la vulnérabilité des individus face à l'usage des drogues. Les autres facteurs de vulnérabilité sont notamment la prédisposition génétique, certains traits de caractère (comme l'impulsivité et la recherche de sensations), la présence de troubles mentaux et comportementaux, un abandon moral ou de mauvais traitements dans le cadre familial, un manque d'intérêt pour l'école et la collectivité, des normes sociales et un environnement propices à l'usage de substances (notamment l'influence des médias) et le fait de grandir au sein de communautés marginalisées ou démunies. Inversement, un état de bien-être psychologique et émotionnel, des compétences personnelles et sociales, un lien fort d'attachement à des parents attentionnés et efficaces et l'attachement à des écoles et à des collectivités dotées de ressources adéquates et bien organisées sont autant de facteurs qui contribuent à réduire la vulnérabilité des individus face à l'usage de drogues⁵.

⁴ *Rapport mondial sur les drogues 2018 : Drogues et groupes d'âge – Drogues et problèmes associés chez les jeunes et les personnes plus âgées* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.18.XI.9 (fascicule 4), p. 11.

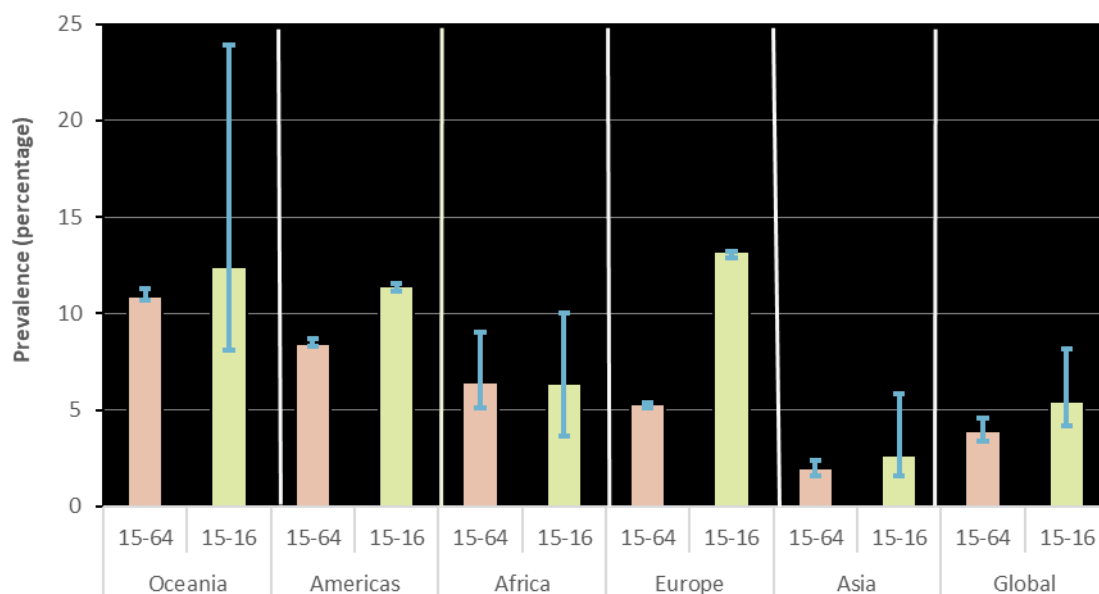
⁵ ONUDC et OMS, *Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues*, 2^e éd. (à paraître).

Le cannabis est la drogue le plus couramment consommée chez les jeunes. En 2017, on estimait que, dans le monde, 12,6 millions d'écoliers de 15 et 16 ans en avaient fait usage, tous types confondus, au cours de l'année écoulée; il s'agissait de cannabis pour environ 11,3 millions d'entre eux. Cela représente une prévalence annuelle de l'usage de cannabis de 4,7 % chez ce groupe d'âge, soit un taux qui est supérieur au taux de prévalence de l'usage de cette substance dans la population générale âgée de 15 à 64 ans (3,8 %). La prévalence de l'usage de cannabis chez les jeunes de 15 et 16 ans au cours de l'année écoulée est forte en Europe (13,2 %), en Océanie (12,4 %) et dans les Amériques (11,4 %). Des études réalisées aux États-Unis ont estimé à 9 % le risque de devenir dépendant au cannabis chez ceux qui en avaient fait usage (ne serait-ce qu'une fois)⁶. Selon des études menées aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et en Australie, ce taux passait à un sur six (17 %) chez les personnes qui prennent cette drogue leur vie durant après avoir commencé à l'adolescence⁷.

⁶ Catalina Lopez-Quintero *et al.*, « Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine : Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 115, n^{os} 1 et 2 (mai 2011), p. 120 à 130.

⁷ James C. Anthony, « The epidemiology of cannabis dependence », dans *Cannabis Dependence : Its Nature, Consequences and Treatment* (Cambridge, Cambridge University Press, 2006), p. 58 à 105.

Fig. 3 Estimations de l'usage de cannabis chez les jeunes et dans la population générale, 2017



Prevalence (percentage)	Prévalence annuelle (en pourcentage)
Oceania	Océanie
Americas	Amérique
Africa	Afrique
Europe	Europe
Asia	Asie
Global	Monde

Source : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels; et autres rapports de gouvernements.

Note : Les estimations de la prévalence annuelle de l'usage de cannabis chez les 15-16 ans sont tirées d'enquêtes menées en milieu scolaire dans la plupart des pays et peuvent ne pas être représentatives de tous les 15-16 ans.

En Europe, où l'on enregistre une forte prévalence de l'usage de cannabis chez les jeunes, les convictions et attitudes envers cet usage peuvent contribuer à expliquer cette forte prévalence. En 2014, une enquête a été menée parmi 13 128 personnes de 15 à 24 ans résidant dans les 28 États membres de l'Union européenne afin d'évaluer la perception de l'offre et les attitudes à l'égard de l'usage de drogues⁸. Le cannabis a été considéré comme la drogue la moins nocive et la plus facile à obtenir. Alors que 63 % des personnes interrogées considéraient que la consommation régulière de cannabis pourrait impliquer de gros risques pour la santé, 25 % jugeaient le risque moyen et 11 % estimaient le risque faible ou nul (1 % étaient sans opinion). Plus de la moitié (58 %) des répondants ont indiqué qu'il leur serait facile d'obtenir du cannabis en 24 heures, et 29 % que cela leur serait « très facile ». Les substances dont l'usage est moins répandu ont été considérées comme présentant un risque plus élevé pour la santé et comme étant nettement moins accessibles. Presque tous les répondants ont jugé que l'usage régulier de cocaïne ou d'« ecstasy » impliquait de gros risques pour la santé (96 et 93 %, respectivement). Ils ont été moins nombreux à indiquer qu'il serait facile d'obtenir de la cocaïne (25 %), de l'« ecstasy » (23 %) ou de l'héroïne (13 %). En fait, un répondant sur cinq seulement a indiqué qu'il serait impossible d'obtenir l'une ou l'autre de ces substances en 24 heures.

Selon une enquête menée en 2015 auprès de 96 046 écoliers de 15-16 ans résidant dans 35 pays d'Europe, la prévalence au cours de la vie de l'usage de tranquillisants et de sédatifs obtenus sans

⁸ Commission européenne, *Les jeunes et la drogue*, Eurobaromètre, n° 401 (août 2014).

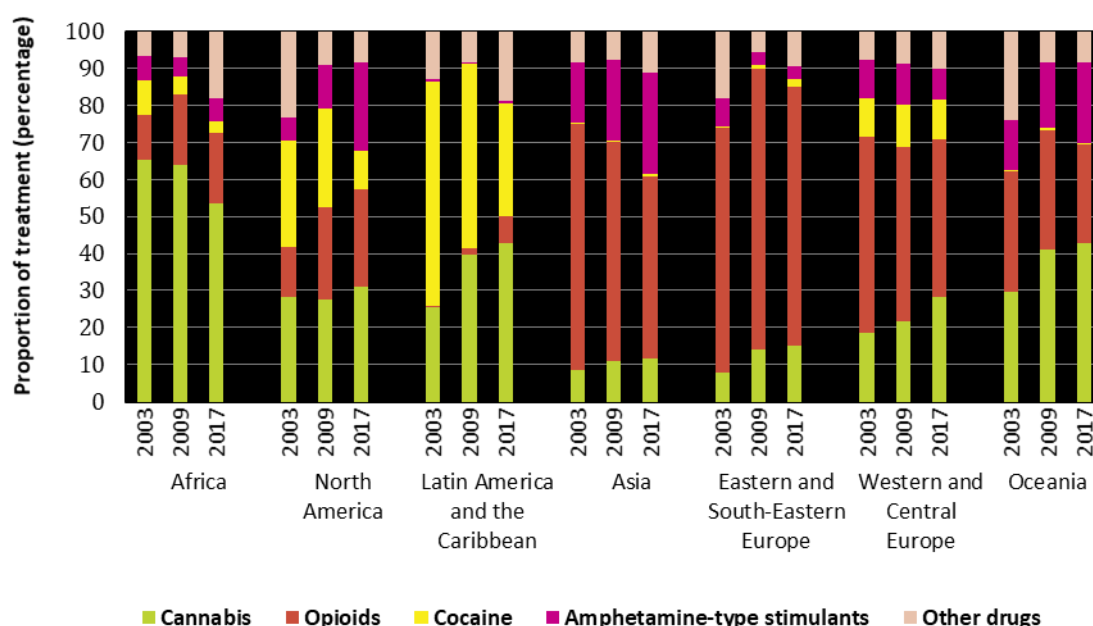
ordonnance (6 %) et de l'usage de nouvelles substances psychoactives (4 %) était supérieure à l'usage au cours de la vie des substances placées sous contrôle autres que le cannabis. Après ce dernier (prévalence au cours de la vie : 16 %), les drogues le plus couramment consommées étaient l'« ecstasy », l'amphétamine, la cocaïne et le LSD ou autres hallucinogènes (la prévalence au cours de la vie étant de 2% pour chacune de ces substances). La méthamphétamine, la cocaïne sous forme de crack, l'héroïne et le GHB (la prévalence au cours de la vie étant de 1% pour chacune de ces substances) étaient des drogues moins couramment consommées⁹.

Aux États-Unis, les deux facteurs qui se sont avérés essentiels pour expliquer les écarts et l'évolution dans le temps de l'usage d'un grand nombre de drogues par les jeunes sont le risque de nocivité perçu et la désapprobation personnelle. L'évolution de la perception de l'offre de certaines drogues a été un autre facteur d'explication important pour ce qui est des fluctuations des niveaux d'usage¹⁰.

Personnes suivant un traitement pour des problèmes de drogues

En ce qui concerne les personnes présentant des troubles liés à l'usage de drogues, l'offre et l'accessibilité des services de traitement restent limitées à l'échelle mondiale, puisque seule une personne sur sept se trouvant dans ce cas suit un traitement chaque année. Les informations concernant les personnes traitées peuvent fournir des données utiles sur les évolutions et les variations géographiques de ces troubles. Toutefois, ces informations rendent compte non seulement du niveau de la demande de traitement (le nombre de personnes s'adressant elles-mêmes aux services de traitement ou orientées par le système de justice pénale ou par leur famille, par exemple), mais aussi de l'importance de l'offre de services de traitement.

Fig. 4. Tendances concernant la drogue qui suscite le plus de préoccupations lors des admissions en services de soins pour toxicomanie, par région, 2003, 2009 et 2017



Proportion of treatment admissions (percentage)	Proportion des admissions en services de soins (en pourcentage)
Africa	Afrique
North America	Amérique du Nord

⁹ EMCDDA et Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues, *ESPAD Report 2015 : Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2016).

¹⁰ Richard A. Miech *et al.*, *Monitoring the Future : National Survey Results on Drug Use, 1975–2017*, vol. 1, *Secondary School Students* (Ann Arbor, Michigan, Institut de recherches sociales de l'Université du Michigan, 2018).

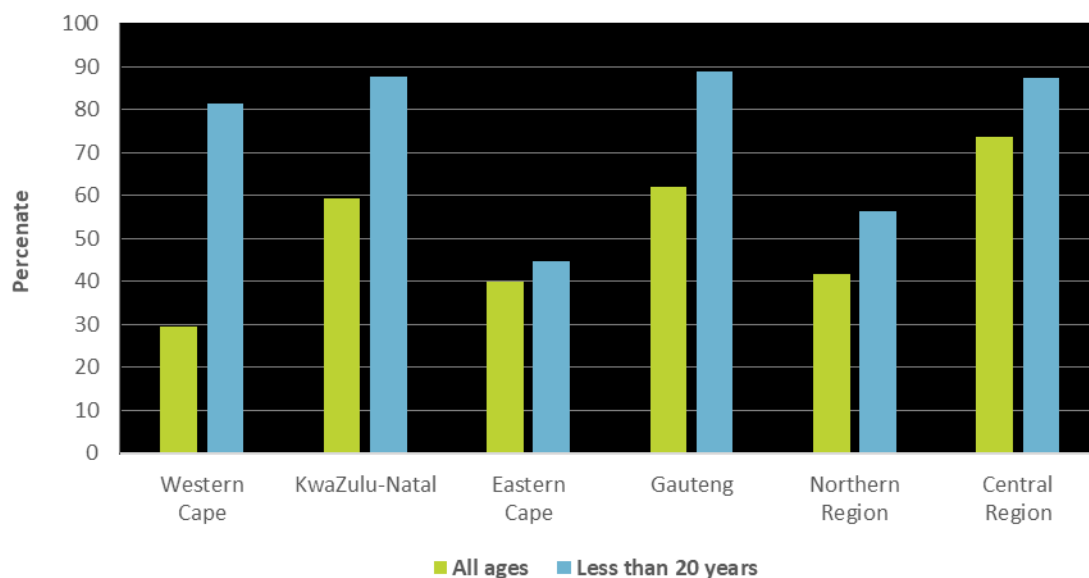
Latin America and the Caribbean	Amérique latine et Caraïbes
Asia	Asie
Eastern and South-Eastern Europe	Europe orientale et Europe du Sud-Est
Western and Central Europe	Europe occidentale et centrale
Oceania	Océanie
Cannabis	Cannabis
Opioids	Opioïdes
Cocaine	Cocaïne
Amphetamine-type stimulants	Stimulants de type amphetamine
Other drugs	Autres drogues

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

À l'exception de l'Afrique, toutes les régions ont enregistré une augmentation de la proportion de la demande de traitement pour troubles liés à l'usage de cannabis en tant que drogue la plus préoccupante. En Afrique, bien que cette proportion soit en recul, le traitement pour l'usage de cannabis en tant que drogue la plus préoccupante occupe toujours une place importante. Il ressort des données émanant des sites de traitement des six régions d'Afrique du Sud, pour la période allant de juillet à décembre 2017 (données disponibles les plus récentes), qu'entre 29 et 56 % des personnes traitées l'étaient pour usage de cannabis en tant que drogue la plus préoccupante (les admissions en services de soins principalement pour consommation d'alcool ont été exclues). Chez les personnes de moins de 20 ans, la proportion des personnes traitées pour usage de cannabis en tant que drogue la plus préoccupante a été très supérieure. Toutes régions confondues, entre 43 et 83 % des personnes de moins de 20 ans ont signalé l'usage de cannabis en tant que drogue la plus préoccupante¹¹.

¹¹ Siphokazi Dada *et al.*, *Monitoring Alcohol, Tobacco and Other Drug Use Trends in South Africa : Phase 43* (Le Cap, Réseau épidémiologique communautaire sud-africain sur l'abus de drogues, octobre 2018).

Fig. 5. Proportion de toxicomanes traités avant tout pour usage de cannabis, Afrique du Sud, juillet-décembre 2017



Percentage	Pourcentage
Western Cape	Le Cap-Occidental
KwaZulu-Natal	KwaZulu-Natal
Eastern Cape	Le Cap-Oriental
Gauteng	Gauteng
Northern Region	Région du Nord
Central Region	Région centrale
All ages	Tous âges confondus
Under 20 years of age	Personnes de moins de 20 ans

Source : Siphokazi Dada *et al.*, *Monitoring Alcohol, Tobacco and Other Drug Use Trends in South Africa : Phase 43* (Le Cap, Réseau épidémiologique communautaire sud-africain sur l'abus de drogues, octobre 2018).

Note : Le traitement pour usage d'alcool, qui figurait dans la publication, a été exclu dans la présente analyse.

Un examen des travaux déjà réalisés sur l'usage de substances dans les pays d'Afrique de l'Ouest a systématiquement recensé le cannabis comme drogue la plus préoccupante dans la majorité des admissions en services de soins. On disposait d'informations sur ces admissions pour 8 des 16 pays inclus dans l'examen et, dans tous ces pays, le cannabis a été recensé comme la substance (placée sous contrôle) la plus préoccupante pour la majorité des personnes suivant un traitement pour des problèmes de drogues. Dans cinq de ces huit pays, la proportion des admissions en services de soins pour l'usage de cannabis a été supérieure à celle des admissions pour l'usage de l'alcool. Les proportions des admissions en services de soins principalement pour l'usage d'autres substances ont été très faibles et, en général, inférieures à 5 %¹².

À ce jour, aucun médicament ne s'est avéré efficace pour traiter les troubles liés à l'usage de cannabis. Il s'ensuit que le seul type de traitement disponible consiste à intervenir sur les plans psychologique et social en vue de modifier un comportement et de fournir un appui, comme dans le cas de la thérapie comportementale cognitive (dans laquelle les modes de pensée irrationnels et négatifs sont contestés et l'acquisition d'autres capacités d'adaptation encouragée) ou des entretiens de motivation (qui visent à

¹² ONUDC, *Situation of Drug Use in ECOWAS Member States and Mauritania : A Review of the Literature (2006-2010)* (Vienne, 2017).

susciter et à mobiliser la motivation personnelle chez l'utilisateur pour l'amener à modifier son comportement)¹³.

Les opioïdes (essentiellement l'héroïne) sont toujours les principales drogues pour lesquelles un traitement est dispensé en Europe (particulièrement en Europe orientale et Europe du Sud-Est) et en Asie. En Europe, l'usage d'opioïdes (surtout l'héroïne) a été la principale raison pour laquelle les patients ont entamé un traitement spécialisé en 2016, pour une proportion d'admissions en traitement de 37 %. L'opioïde le plus couramment consommé en Europe est l'héroïne. La région a connu différentes vagues de consommation d'héroïne : la première a touché un grand nombre de pays d'Europe occidentale à partir du milieu des années 1970 et la suivante a concerné, en particulier, les pays d'Europe centrale et orientale entre le milieu et la fin des années 1990. Plus récemment, on a repéré une cohorte vieillissante de consommateurs d'opioïdes, dont les membres sont susceptibles d'avoir des contacts avec des services de traitement¹⁴. Le traitement pharmacologique d'entretien, employant notamment la méthadone et la buprénorphine, qui réduit l'état de manque et la consommation d'opioïdes, est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et est désormais le traitement de la dépendance aux opioïdes le plus répandu dans un grand nombre de pays^{15, 16}.

En République islamique d'Iran, à la clinique du Centre national iranien d'études sur les toxicomanies de Téhéran, les opioïdes et les stimulants sont les drogues suscitant le plus de préoccupations dans le cas des patients nouvellement admis en traitement, ce qui reflète la forte prévalence dans l'année des troubles liés à l'usage d'opioïdes (l'opium, en particulier), cet usage causant le type de troubles liés à l'usage de drogues le plus répandu dans le pays, dont auraient souffert 1,8 % des personnes âgées de 15 à 64 ans en 2011¹⁷. Bien que la prévalence dans l'année des troubles liés à l'usage de stimulants de type amphétamine, à 0,35 %, ait été inférieure à celle des troubles liés à l'usage de cannabis, à 0,52 %, le cannabis n'a commencé que récemment à susciter des préoccupations dans le cas des personnes nouvellement admises en traitement¹⁸.

¹³ J. Schettino *et al.*, *Treatment of Cannabis-related Disorders in Europe*, EMCDDA Insights Series, n° 17 (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2015).

¹⁴ EMCDDA, *Rapport européen sur les drogues 2018 : Tendances et évolutions* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2018).

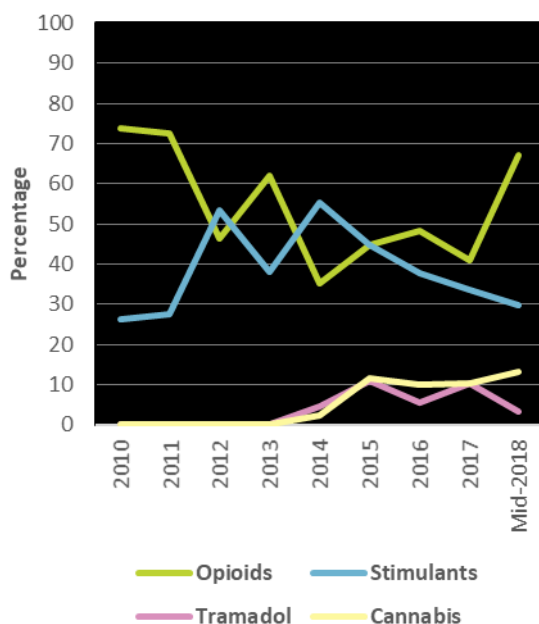
¹⁵ ONUDC et OMS, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders : Draft for Field Testing (version préliminaire des normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues pour les tester en conditions réelles)* (Vienne, 2017).

¹⁶ OMS, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence (lignes directrices pour le traitement pharmacologique de la dépendance aux opioïdes avec soutien psychosocial)* (Genève, 2009).

¹⁷ Déterminé d'après le manuel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^e éd.* (Washington, D. C., American Psychiatric Association), sur la base des 12 mois ayant précédé l'entretien.

¹⁸ Masoumeh Amin-Esmaili *et al.*, « Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran : prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey », *Addiction*, vol. 111, n° 10 (octobre 2016), p. 1836 à 1847.

Fig. 6. Pourcentage de personnes nouvellement admises en traitement à la clinique du Centre national iranien d'études sur les toxicomanies, à Téhéran, par type de drogue, 2010-2018



Percentage	Pourcentage
Mid-2018	Milieu de 2018
Opioids	Opioides
Stimulants	Stimulants
Tramadol	Tramadol
Cannabis	Cannabis

Source : Centre national iranien d'études sur les toxicomanies.

Note : Les opioïdes comprennent l'opium, le concentré et le résidu d'opium, l'héroïne, la morphine et la méthadone. Ils ne comprennent pas le tramadol. Des patients étant également admis pour une dépendance à d'autres drogues, comme l'alcool, la somme des pourcentages n'atteint pas 100 pour certaines années. En outre, certains patients sont dépendants à plusieurs types de substances, ce qui donne un total supérieur à 100 % pour d'autres années du fait de l'enregistrement de la polytoxicomanie.

Étant donné qu'il n'existe actuellement pas d'interventions pharmacologiques permettant de traiter l'usage de stimulants, les interventions comportementales constituent le seul traitement disponible et efficace. Le traitement pour usage de stimulants de type amphétamine est plus répandu en Asie (principalement pour usage de méthamphétamine) et en Océanie (sur la base de données provenant d'Australie et de Nouvelle-Zélande pour la méthamphétamine). L'Asie de l'Est et du Sud-Est et l'Amérique du Nord sont depuis un certain nombre d'années les principaux marchés de la méthamphétamine¹⁹. Les personnes traitées pour l'usage de méthamphétamine représentent plus des trois quarts des personnes traitées au Brunéi Darussalam, au Cambodge, aux Philippines, en République démocratique populaire lao, à Singapour et en Thaïlande. C'est principalement dans les Amériques, en particulier en Amérique latine et aux Caraïbes, que sont traitées des personnes dans le cas desquelles la cocaïne est la drogue qui suscite le plus de préoccupations.

[[BOX :]] Approches du traitement de la toxicomanie

La prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues doit reposer sur l'existence des services de traitement les plus efficaces et rationnels et respectant le mieux les normes éthiques applicables. Même si les données probantes montrent que les troubles liés à l'usage de drogues sont mieux pris en charge dans le cadre d'un système public de santé, certains pays ont du mal à incorporer le traitement des toxicomanies dans leur système de santé. Pour être efficaces, les services de

¹⁹ ONUDC, « Methamphetamine continues to dominate synthetic drug markets », « Global SMART update », vol. 20 (septembre 2018).

traitement doivent répondre aux besoins du patient en fonction du degré de gravité du trouble dont il souffre. L'efficacité du traitement repose sur un grand nombre de composantes, notamment les services de proximité, le dépistage et les interventions brèves, les soins hospitaliers et ambulatoires, le traitement pharmacologique fondé sur des données factuelles et les interventions psychosociales, et les services de soins de longue durée en établissement, de réadaptation et d'aide à la guérison^a.

Dans le cadre des mesures prises pour faire face à l'usage de drogues, certains pays d'Asie ont ouvert des centres de détention obligatoire pour toxicomanes, dans lesquels les usagers de drogues ou les personnes toxicodépendantes sont confinés sans leur consentement et, dans certains cas, sans que les garanties d'une procédure régulière soient respectées et sans évaluation clinique, sous le prétexte de leur fournir un service de traitement ou de réadaptation. Cela est directement en conflit avec les obligations en matière de droits de la personne et va à l'encontre de la déontologie médicale^b. Il ressort d'une analyse récente du traitement obligatoire de l'usage de drogues dans sept pays d'Asie du Sud-Est, reposant sur les données les plus récentes, qu'en 2014, 450 000 personnes ont été détenues dans 948 centres dans ces sept pays. Si le nombre total estimatif de personnes ainsi détenues a baissé de 4 % entre 2012 et 2014, et si, dans deux pays, le nombre de centres de détention obligatoire a diminué, le nombre de personnes détenues a augmenté dans quatre de ces pays^c.

Il est établi que la réaction la plus efficace consiste à traiter les troubles liés à l'usage de drogues en mettant en œuvre des méthodes de traitement volontaire fondées sur des données factuelles^{d, e, f}. En 2012, 12 entités des Nations Unies ont publié une déclaration conjointe sur les centres de détention et de réadaptation obligatoires pour toxicomanes, dans laquelle elles demandaient aux États Membres de fermer ces centres et de mettre en place au niveau local des services sanitaires et sociaux volontaires, reposant sur des données probantes et fondés sur les droits de la personne^g.

^a ONUDC et OMS, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders : Draft for Field Testing (version préliminaire des normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues pour les tester en conditions réelles)* (Vienne, 2017).

^b ONUDC et OMS, « Principles of drug dependence treatment », document de travail, mars, 2008.

^c Karsten Lunze *et al.*, « Compulsory treatment of drug use in Southeast Asian countries », *International Journal of Drug Policy*, vol. 59 (septembre 2018), p. 10 à 15.

^d Ibid.

^e D. Werb *et al.*, « The effectiveness of compulsory drug treatment : A systematic review », *International Journal on Drug Policy*, vol. 28 (février 2016), p. 1 à 9.

^f Thu Vuong *et al.*, « Cost-effectiveness of center-based compulsory rehabilitation compared to community-based voluntary methadone maintenance treatment in Hai Phong City, Vietnam », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 168 (novembre 2016), p. 147 à 155.

^g Organisation internationale du Travail *et al.*, « Joint Statement : compulsory drug detention and rehabilitation centres » (mars 2012).

[[BOX END]]

Le traitement pour usage de drogues n'est pas toujours adapté aux besoins particuliers des femmes

D'une façon générale, l'usage de substances par les femmes débouche plus rapidement que chez les hommes par des troubles liés à cet usage (c'est l'effet de « téléscopage » décrit dans le *Rapport mondial sur les drogues 2018*)²⁰. Les femmes peuvent avoir peur de demander de l'aide ou de chercher à faire traiter leur toxicomanie. Elles peuvent en être dissuadées par la crainte des problèmes juridiques pouvant se poser et de la réprobation sociale si elles sont enceintes, ou par le fait de ne pas pouvoir s'occuper de leurs enfants si elles se font traiter ni de s'acquitter d'autres responsabilités familiales liées à leur rôle de mère et d'aidante²¹. Les services de traitement ne sont pas toujours rendus facilement accessibles pour toutes les personnes qui en ont besoin et l'on ne porte pas toujours une attention particulière aux groupes spéciaux de population (comme les femmes enceintes) ou aux membres marginalisés, défavorisés et vulnérables de la société, notamment les femmes^{22, 23}. La recherche utilise depuis longtemps des participants masculins et un grand nombre d'interventions menées pour lutter contre l'usage de drogues sont centrées sur les hommes, si bien que certains traitements peuvent ne pas être

²⁰ Kathleen T. Brady et Carrie L. Randall, « Gender differences in substance use disorders », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 22, n° 2 (1999), p. 241 à 252.

²¹ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2016* (E/INCB/2016/1).

²² *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2017* (E/INCB/2017/1).

²³ *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*.

aussi efficaces pour les femmes qu'ils le sont pour les hommes^{24, 25, 26, 27}. Comme pour ces derniers, le traitement destiné aux femmes doit, pour être efficace, être adapté à leurs besoins individuels^{28, 29}.

A. CONSÉQUENCES SANITAIRES DE L'USAGE DE DROGUES

L'usage de drogues peut avoir une série de répercussions sanitaires négatives, telles que les troubles liés à cet usage, les troubles mentaux, l'infection par le VIH, le cancer du foie et la cirrhose associée à une hépatite, la surdose et le décès prématuré. Les effets les plus nocifs pour la santé sont ceux qui sont associés à l'usage d'opioïdes et à l'usage de drogues par injection lorsque des pratiques d'injection à risque font courir le risque de contracter le VIH ou une hépatite C. En conséquence, la présente section se concentre pour l'essentiel sur ces aspects de l'usage de drogues.

Toutefois, les récentes décennies ont vu une prise de conscience de plus en plus nette du fait que les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues présentent des troubles mentaux cooccurrents. Si, le plus souvent, les troubles liés à l'usage de substances surviennent en même temps que d'autres maladies mentales, on ne sait pas toujours – loin de là – si les uns ont causé les autres ou si des facteurs de risque sous-jacents communs ont contribué à l'apparition des deux types de troubles. L'importance de la comorbidité entre l'usage de substances et les troubles mentaux tient non seulement à la forte prévalence de cette comorbidité, mais aussi à la difficulté de sa gestion et à son association avec des répercussions négatives, telles qu'un taux d'hospitalisations en psychiatrie et un nombre de suicides plus élevés que chez les personnes ne présentant pas de troubles mentaux comorbides³⁰.

L'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 : mortalité et morbidité imputables à l'usage de drogues

L'étude sur la charge mondiale de morbidité³¹ renseigne sur les substances et les causes de blessures et de maladies auxquelles sont imputables les plus graves conséquences sanitaires de l'usage de drogues³² attestées par les décès et les années de vie en bonne santé perdues, les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI). Les AVCI mesurent la charge de morbidité découlant de la combinaison entre les années de vie perdues en raison de décès prématurés et les années d'invalidité (quelle que soit la nature du handicap).

Selon l'estimation de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017, il y a eu dans le monde, en 2017, 585 000 décès et 42 millions d'années de vie en bonne santé perdues en raison de l'usage de drogues. La moitié des AVCI ont été attribuées aux années de vie perdues du fait de décès prématurés et l'autre moitié aux années d'invalidité. La charge de morbidité est principalement masculine, les hommes représentant 72 % des décès et 70 % des AVCI.

En 30 ans, à travers le monde, le nombre de décès et d'AVCI imputés à l'usage de drogues a approximativement doublé, augmentant de 134 % pour les premiers et de 81 % pour les secondes. En 2017, plus de la moitié de ces décès (52 %) ont été dus à une hépatite C non traitée entraînant un cancer du foie et une cirrhose, 29 % à des troubles liés à l'usage de drogues, principalement d'opioïdes (66 % des décès découlant de troubles liés à l'usage de drogues), et 11 % au VIH/sida. Entre 1990 et 2017, la

²⁴ EMCDDA, « Women's voices : experiences and perceptions of women facing drug-related problems in Europe » (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2009).

²⁵ National Institute on Drug Abuse « Substance use in women », rapports de recherche (Bethesda, Maryland, États-Unis, 2018).

²⁶ Sharon Arpa, « Women who use drugs : issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice » (Lisbonne, EMCDDA, 2017).

²⁷ ONUDC, *Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women* (Vienne, 2016).

²⁸ *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*.

²⁹ OMS, *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy (Lignes directrices pour la détection et la prise en charge de la consommation de substances et des troubles qui y sont liés pendant la grossesse)* (Genève, 2014).

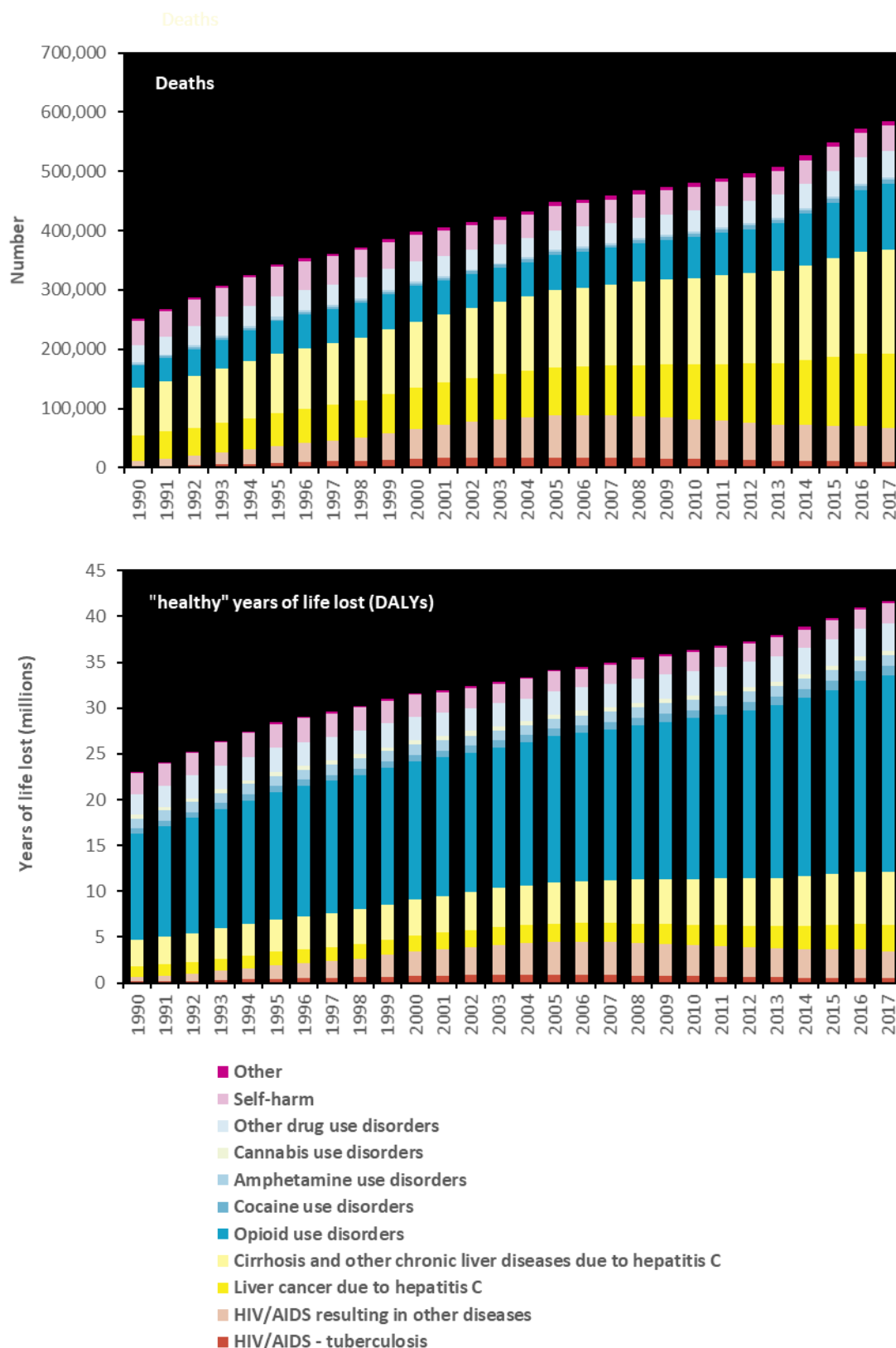
³⁰ Marta Torrens *et al.*, *Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe*, EMCDDA Insights Series, n° 19 (Luxembourg, Office des publications officielles de l'Union européenne, 2015).

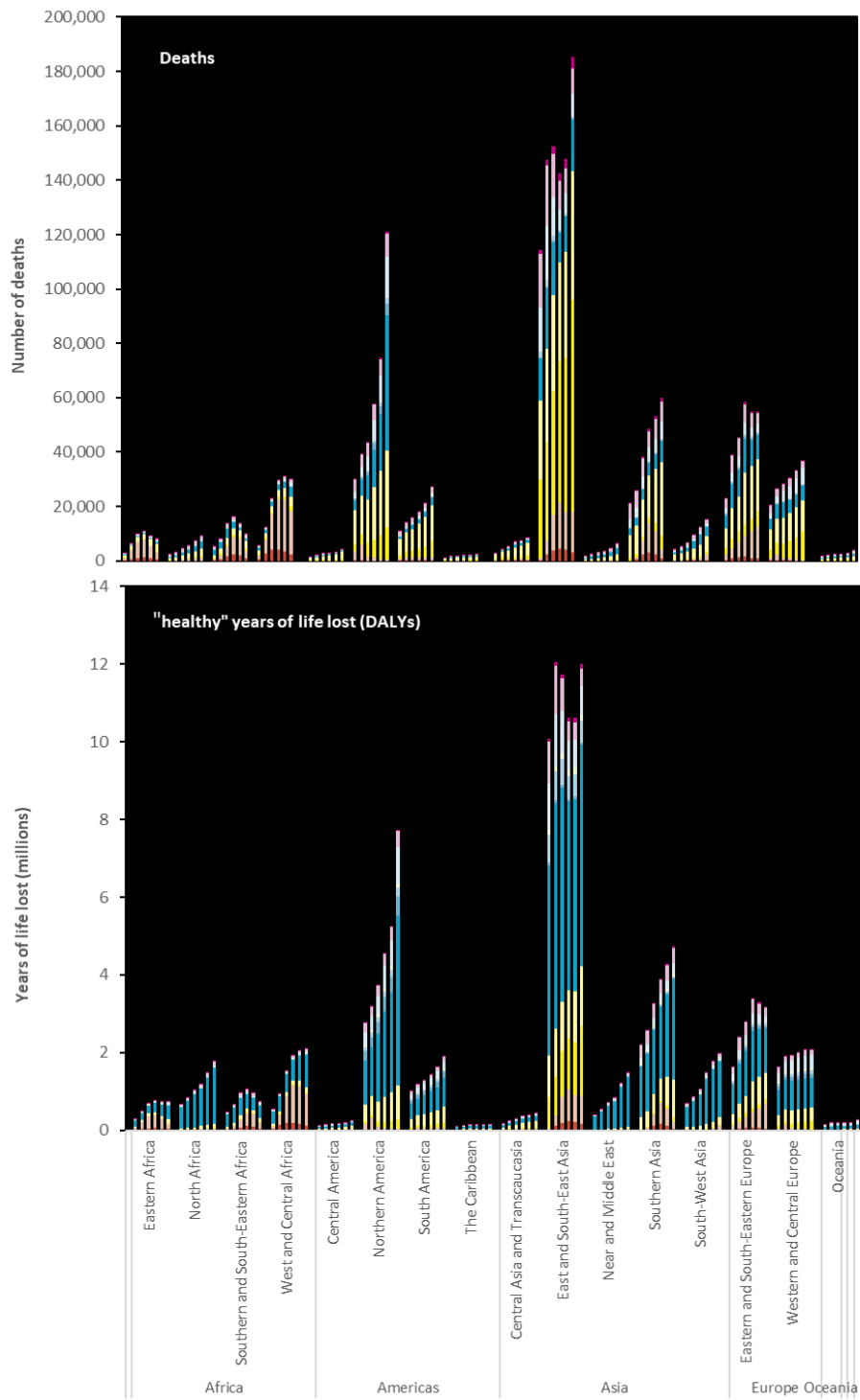
³¹ « Global Burden of Disease Study 2017 ».

³² L'Étude en question définit l'usage de drogues comme une dépendance aux opioïdes, au cannabis, à la cocaïne ou aux amphétamines, ou un usage passé de drogues injectables.

plus forte augmentation des décès en valeur absolue a été associée à des cas d'hépatite C non traitée. Le nombre des décès dus à d'autres troubles liés à l'usage de drogues est resté plus stable, tandis que celui des décès associés au VIH/sida a progressivement diminué à la suite du maximum enregistré vers 2005. Si l'on porte le regard au-delà des décès, la situation est différente du point de vue des conséquences nocives de l'usage de drogues en ce qui concerne l'ensemble des AVCI. Entre 1990 et 2017, les années de vie en bonne santé perdues du fait des décès prématurés et des cas d'invalidité sont principalement la conséquence de troubles liés à l'usage de drogues, en particulier d'opioïdes, auxquels on doit 79 % des AVCI associés à ces troubles et 52 % des AVCI totales imputées à l'usage de drogues en 2017.

Fig. 7. Décès et années de vie en bonne santé perdues (AVCI) imputables à l'usage de drogues, 1990-2017





Number of deaths Years « healthy » of life lost (millions)	Nombre de décès Années de vie en bonne santé perdues (millions)
Opioid use disorders Amphetamine use disorders Cocaine use disorders Other drug use disorders Cirrhosis and other chronic liver diseases resulting from hepatitis C Cannabis use disorders Self-harm HIV/AIDS resulting in other diseases HIV/AIDS - tuberculosis Liver cancer resulting from hepatitis C Other	Troubles liés à l'usage d'opioïdes Troubles liés à l'usage d'amphétamines Troubles liés à l'usage de cocaïne Troubles liés à l'usage d'autres drogues Cirrhoses et autres maladies chroniques du foie dues à l'hépatite C Troubles liés à l'usage de cannabis Lésions auto-infligées Autres maladies découlant du VIH/sida Tuberculose découlant du VIH/sida Cancers du foie dus à l'hépatite C Autres causes
Africa East Africa North Africa Southern and South-East Africa West and Central Africa Americas Central America Northern America South America Caribbean Asia Central Asia and Transcaucasia East and South-East Asia Near and Middle East South Asia South-West Asia Europe Eastern and South-Eastern Europe Western and Central Europe Oceania	Afrique Afrique de l'Est Afrique du Nord Afrique australe et Afrique du Sud-Est Afrique de l'Ouest et du Centre Amériques Amérique centrale Amérique du Nord Amérique du Sud Caraïbes Asie Asie centrale et Transcaucasie Asie de l'Est et du Sud-Est Proche et Moyen-Orient Asie du Sud Asie du Sud-Ouest Europe Europe orientale et Europe du Sud-Est Europe occidentale et centrale Océanie

Source : Institute for Health Metrics and Evaluation, « Global Burden of Disease Study 2017 », Global Health Data Exchange. Disponible à l'adresse <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Note : Le classement par région n'est pas celui utilisé par l'étude sur la charge mondiale de morbidité (Global Burden of Disease Study). Les estimations par pays ont été agrégées pour produire des estimations par région sur la base des groupements régionaux utilisés dans le *Rapport mondial sur les drogues*. Sur les graphiques montrant des données par sous-région, les barres se rapportent aux années 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 et 2017.

La charge de morbidité est la plus forte en Asie de l'Est et du Sud-Est, en Amérique du Nord et en Asie du Sud. Dans ces sous-régions, d'après des données de l'ONUDD, on rencontre un grand nombre d'utilisateurs d'opioïdes (6 %, 24 % et 35 % du nombre total des utilisateurs d'opioïdes, respectivement), de même qu'un grand nombre d'utilisateurs de drogues injectables (28 %, 16 % et 8 % du nombre total d'utilisateurs de drogues injectables, respectivement). En Afrique, la mortalité et la morbidité sont davantage associées au VIH/sida et moins aux cirrhoses et aux cancers découlant d'une hépatite C non traitée. Les données concernant l'Afrique sont limitées, sauf pour certains pays d'Afrique du Nord, mais l'usage de drogues par injection est peu répandu dans la région, et étant donné que l'hépatite C est une infection hémotogène très répandue chez les utilisateurs de drogues injectables, elle n'a pas eu d'incidences aussi importantes que dans d'autres régions.

Au niveau mondial, c'est l'usage d'opioïdes qui est responsable de la plupart des années de vie en bonne santé perdues en raison de l'usage de drogues³³. Les décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues intervenant de façon relativement prématurée par rapport à la mortalité liée à la séropositivité ou à l'hépatite C jouent un rôle à cet égard. Toutefois, la plupart (78 %) des années de vie en bonne santé dont la perte est attribuée à l'utilisation d'opioïdes sont imputables aux années d'invalidité, et non pas aux années de vie dont la perte découle d'un décès prématuré³⁴.

[[BOX :]] Conduite sous l'emprise de drogues

De nombreux pays se préoccupent désormais du problème de l'affaiblissement des facultés des conducteurs faisant usage de drogues et des accidents de la circulation causés par ces substances. Par exemple, sur la base de sondages effectués au bord de la route auprès de 50 000 conducteurs de 13 pays d'Europe, ayant permis d'analyser des échantillons sanguins ou de salive, on a constaté que des drogues (principalement du cannabis) étaient présentes dans 1,9 % des échantillons^a. En 2017, aux États-Unis, selon l'Enquête nationale sur l'usage de drogues et la santé, 12,8 millions de personnes (5,0 % des personnes âgées de 16 ans et plus) avaient conduit sous l'emprise de drogues au cours de l'année écoulée^b. La recherche a montré que le risque d'accident grave (dans lequel le conducteur était grièvement blessé ou tué) peut être jusqu'à trois fois plus important lorsque le conducteur est sous l'emprise du cannabis, tandis que la conduite sous l'emprise de la cocaïne, des opioïdes ou des benzodiazépines augmente le risque de 2 à 10 fois, l'usage d'amphétamines ou la polyconsommation de drogues de 5 à 30 fois et la consommation simultanée d'alcool et de drogues de 20 à 200 fois^c. Il ressort d'une analyse portant sur les conducteurs mortellement blessés (tués sur les lieux de l'accident) aux États-Unis entre 1998 et 2010 que, globalement, dans le cas de 26 % d'entre eux, un test de dépistage de drogues avait donné un résultat positif, les drogues les plus fréquentes étant les stimulants (7,2 %) et les cannabinoles (7,1 %)^d. Il a été largement fait état du risque pour un conducteur dont les facultés étaient affaiblies d'être blessé ou tué, mais on n'a pas accordé la même attention aux incidences sur d'autres personnes (passagers et piétons).

^a Alain G. Verstraete et Sara-Ann Legrand, *Drug Use, Impaired Driving and Traffic Accidents*, 2^e éd., EMCDDA Insights Series, n° 16 (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2014).

^b États-Unis, Direction des services de la santé mentale et de la prévention et du traitement de l'abus de drogues, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health : Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2018).

^c EMCDDA, *Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe : Findings from the DRUID Project* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2012).

^d Eduardo Romano et Robin A. Pollini, « Patterns of drug use in fatal crashes », *Addiction*, vol. 108, n° 8 (août 2013), p. 1428 à 1438.

[[BOX :]] Valeur monétaire du coût social de l'usage de drogues

La valeur monétaire du coût social de l'usage de drogues à l'échelon national peut être importante. Une étude réalisée en 2014 au Canada a estimé le coût total de l'usage de drogues, englobant les dépenses de santé, la perte de productivité, les dépenses de justice pénale et les autres coûts directs (tels que ceux liés aux programmes de recherche, de prévention et de dépistage). Les coûts les plus élevés concernaient l'usage d'opioïdes (3,5 milliards de dollars canadiens, soit l'équivalent de 98 dollars par Canadien, tous âges confondus), et ils étaient liés principalement à la perte de productivité, découlant en particulier de décès prématurés. Il n'a pas été possible de faire la distinction entre les effets nocifs des opioïdes consommés à des fins médicales ou non, ou l'usage d'opioïdes pharmaceutiques détournés, ou celui d'opioïdes fabriqués illicitement. Les coûts associés à l'usage de cannabis (2,8 milliards de dollars canadiens) étaient liés principalement aux dépenses de justice pénale, en particulier aux interventions policières. Si l'usage de cocaïne entraînait au total des coûts moindres (2,2 milliards de dollars canadiens), il était associé aux dépenses de justice pénale les plus élevées (1,9 milliard de dollars canadiens), en rapport principalement avec les interventions policières. Entre 2007 et 2014, le coût par personne associé aux opioïdes a augmenté de 0,9 %, mais la plus forte hausse (19 %) concernait l'usage de cannabis, dont le coût était passé de 67 à 79 dollars canadiens par personne. L'année sur laquelle porte l'étude (2014) a marqué le début de l'augmentation du nombre de surdoses d'opioïdes au Canada, et l'on peut s'attendre à ce que les coûts associés à l'usage d'opioïdes aient augmenté, et probablement de façon considérable^a.

^a Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007–2014)* (Ottawa, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018).

[[BOX END]]

³³ « Global Burden of Disease Study 2017 ».

³⁴ Global Burden of Disease 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, « Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet*, vol. 392, n° 10159 (novembre 2018), p. 1789 à 1858.

À l'échelle mondiale, on compte plus de 11 millions d'usagers de drogues injectables

Les usagers de drogues injectables subissent de multiples effets nocifs pour leur santé. Ils courent un risque accru de surdose mortelle³⁵ et sont touchés de manière disproportionnée par les maladies infectieuses hématogènes comme le VIH et l'hépatite C contractés par l'échange d'aiguilles et de seringues contaminées. Ces maladies infectieuses frappant ces usagers sont susceptibles de se propager aux autres membres de la collectivité, par exemple par transmission sexuelle.

Selon l'estimation conjointe ONUDC/OMS/Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)/Banque mondiale, le monde comptait en 2017 11,3 millions d'usagers de drogues injectables (dans une fourchette comprise entre 8,9 et 15,0 millions), soit 0,23 % (dans une fourchette comprise entre 0,18 et 0,30 %) de la population âgée de 15 à 64 ans. Cette estimation a été établie à partir des informations les plus récentes et d'excellente qualité dont disposait l'ONUDC. Pour l'année précédente, 2016, le nombre estimatif d'usagers de drogues injectables était de 10,6 millions (dans une fourchette comprise entre 8,3 et 14,7 millions), soit 0,22 % (dans une fourchette comprise entre 0,17 et 0,30 %) de la population âgée de 15 à 64 ans. Toutefois, étant donné l'importante marge d'incertitude de ces estimations, il ne faudrait pas en conclure que le nombre total d'usagers de drogues injectables ait changé avec le temps. On disposait d'estimations nouvelles ou actualisées de la prévalence de l'usage de drogues injectables pour 30 pays, mais l'estimation majorée du nombre total d'usagers de drogues injectables correspond dans une large mesure aux conclusions d'une enquête menée récemment en Inde (voir l'encadré de la page [...] du présent fascicule). Sur la base des estimations de l'usage de drogues injectables émanant de 110 pays, les données disponibles pour 2017 portent sur 88 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans.

La proportion d'usagers de drogues injectable âgés de 15 à 64 ans est relativement élevée en Europe orientale et Europe du Sud-Est, ainsi qu'en Asie centrale et Transcaucasie, où les taux sont près de quatre fois plus élevés (3,6 et 3,4, respectivement) que la moyenne mondiale. En chiffres absolus, la plupart des usagers de drogues injectables vivent en Asie de l'Est et du Sud-Est (28 % du total mondial), même si la prévalence de l'usage de drogues injectables est relativement faible dans cette sous-région. Les usagers de drogues injectables sont également très nombreux à vivre en Europe orientale et Europe du Sud-Est (16 % du total mondial) et en Amérique du Nord (16 % du total mondial). À elles trois, ces sous-régions représentent près des deux tiers (60 %) du nombre global d'usagers de drogues injectables.

Un petit nombre de pays représentent une fraction considérable du nombre estimatif d'usagers de drogues injectables dans le monde. Ensemble, trois pays – la Chine, les États-Unis et la Fédération de Russie – représentent 27 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, mais près de la moitié (43 %) des usagers de drogues injectables y vivent.

Environ un usager de drogues injectables sur huit vit avec le VIH

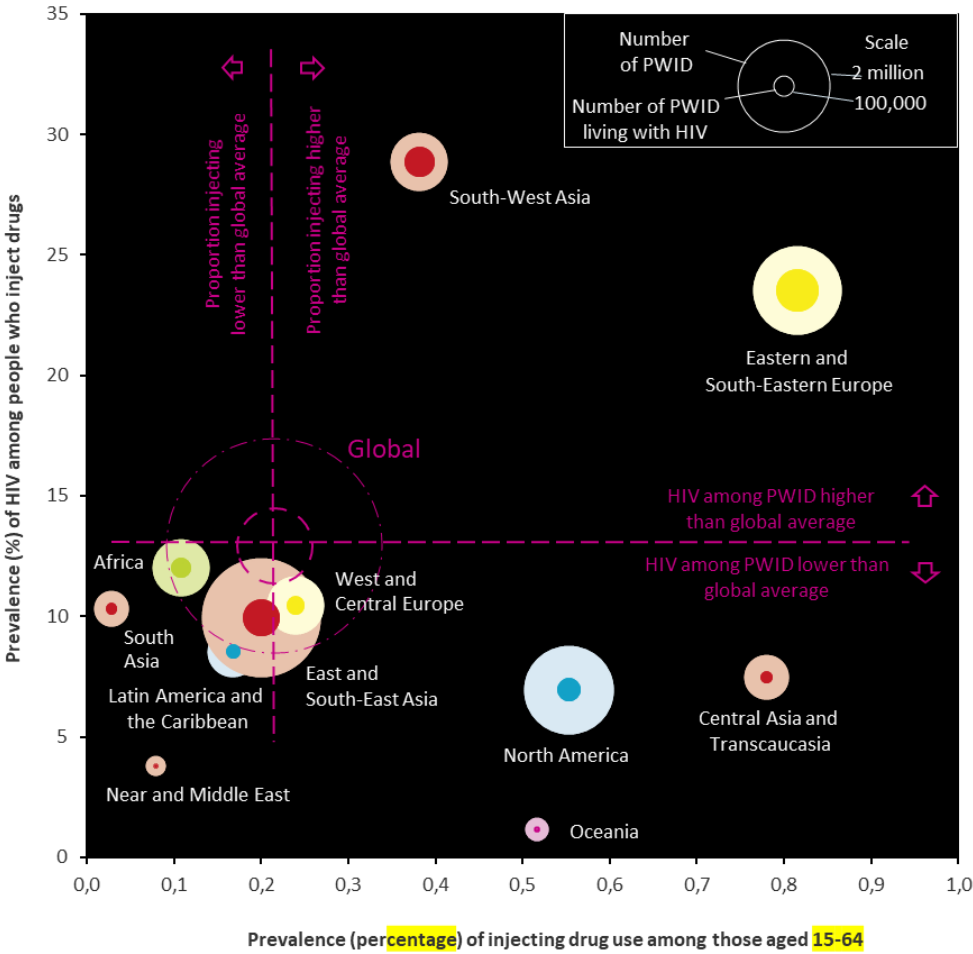
Le VIH frappe de manière disproportionnée les usagers de drogues injectables. Selon les estimations d'ONUSIDA, ces usagers étaient, en 2017, 22 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que la population générale, et ils représentaient 9 % des nouvelles infections par le VIH à l'échelle mondiale, cette proportion passant à plus d'un tiers en Europe orientale et en Asie centrale (39 %) et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (38 %)³⁶.

Selon une estimation conjointe ONUDC/OMS/ONUSIDA/Banque mondiale pour 2017, la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables à travers le monde s'est établie à 12,7 %, ce qui représente 1,4 million d'usagers de drogues injectables vivant avec le VIH. Sur la base d'estimations de la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables émanant de 121 pays, les données disponibles portent sur 95 % du nombre estimatif de ces usagers à l'échelle mondiale.

³⁵ Bradley M. Mathers *et al.*, « Mortality among people who inject drugs : a systematic review and meta-analysis », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, n° 2 (2013), p. 102 à 123.

³⁶ ONUSIDA, *Miles to Go : Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices* (Genève, 2018).

Fig. 8. Tendances régionales de l'usage de drogues injectables et de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues par injection, 2017



Prevalence (percentage) of HIV among people who inject drugs	Prévalence (en pourcentage) du VIH chez les usagers de drogues injectables
Prevalence (percentage) of injecting drug use among people aged 15–64	Prévalence (en pourcentage) de l'usage de drogues injectables chez les 15-64 ans
Prevalence of injecting drug use and HIV among PWID both higher than global rates	Prévalence de l'usage de drogues injectables et prévalence du VIH chez les usagers de ces drogues toutes deux supérieures aux taux mondiaux
Prevalence of injecting drug use lower and HIV among PWID higher than global rates	Prévalence de l'usage de drogues injectables inférieure et prévalence du VIH chez les usagers de ces drogues supérieure aux taux mondiaux

Prevalence of injecting drug use higher and HIV among PWID lower than global rates	Prévalence de l'usage de drogues injectables supérieure et prévalence du VIH chez les usagers de ces drogues inférieure aux taux mondiaux
Prevalence of injecting drug use and HIV among PWID both lower than global rates	Prévalence de l'usage de drogues injectables et prévalence du VIH chez les usagers de ces drogues toutes deux inférieures aux taux mondiaux
Global	Monde
Number of PWID	Nombre d'usagers de drogues injectables
Number of PWID living with HIV	Nombre d'usagers de drogues injectables vivant avec le VIH
Scale	Échelle
2 million	2 millions
100,000	100 000
South-West Asia	Asie du Sud-Ouest
Eastern and South-Eastern Europe	Europe orientale et Europe du Sud-Est
Africa	Afrique
South Asia	Asie du Sud
Western and Central Europe	Europe occidentale et centrale
Latin America and the Caribbean	Amérique latine et Caraïbes
East and South-East Asia	Asie de l'Est et du Sud-Est
Near and Middle East	Proche et Moyen-Orient
North America	Amérique du Nord
Central Asia and Transcaucasia	Asie centrale et Transcaucasie
Oceania	Océanie

Source : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels; rapports mondiaux d'avancement d'ONUSIDA sur la lutte contre le sida (différentes années); ex-Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et l'usage de drogues par injection; et articles validés par des pairs et rapports gouvernementaux publiés.

Note : Les régions et sous-régions sont colorées en vert (Afrique), en bleu (Amériques), en orange (Asie), en jaune (Europe) et en rose (Océanie). Les données disponibles concernant les estimations de l'effectif des usagers de drogues injectables ont une portée plus limitée pour ce qui est des populations âgées de 15 à 54 ans au Proche et Moyen-Orient (39 %), en Afrique (58 %) et en Océanie (73 %). On n'a disposé d'informations que pour un seul des 26 pays et territoires des Caraïbes (Porto Rico) et pour 2 des 25 pays d'Océanie (Australie et Nouvelle-Zélande). Les données sur la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables ont une portée plus limitée pour ce qui est des populations d'usagers de drogues injectables au Proche et Moyen-Orient (56 %), en Océanie (73 %), en Amérique latine et aux Caraïbes (75 %) et en Afrique (75 %). On n'a disposé d'informations que pour 4 des 26 pays et territoires des Caraïbes (Aruba, Bahamas, Porto Rico et Sainte-Lucie) et 2 des 25 pays d'Océanie (Australie et Nouvelle-Zélande).

La prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables est la plus forte, et de loin, en Asie du Sud-Ouest et en Europe orientale et Europe du Sud-Est, avec des taux 2,3 et 1,8 fois plus élevés que la moyenne mondiale, respectivement. Dans toutes les autres régions ou sous-régions, cette prévalence est inférieure à cette moyenne. Un grand nombre d'usagers de drogues injectables vivant avec le VIH

résident dans ces deux sous-régions (15 % et 29 % du total mondial, respectivement), ainsi qu'en Asie de l'Est et du Sud-Est (22 % du total mondial), encore que la prévalence de l'usage de drogues par injection et celle du VIH chez les usagers de drogues injectables vivant en Asie de l'Est et du Sud-Est soient toutes deux inférieures aux moyennes mondiales. Ensemble, ces trois sous-régions représentent 66 % des usagers de drogues injectables vivant avec le VIH à l'échelle mondiale.

Un petit nombre de pays représentent une fraction importante du nombre d'usagers de drogues injectables qui vivent avec le VIH à travers le monde. Ensemble, trois pays (la Chine, la Fédération de Russie et le Pakistan) représentent 33 % des usagers de drogues injectables du monde, mais près de la moitié (47 %) des usagers de drogues injectables vivant avec le VIH y résident.

Selon ONUSIDA, parmi toutes les personnes vivant avec le VIH (et non pas seulement les toxicomanes), la réduction du nombre de décès dus à une maladie associée au sida depuis leur pic enregistré en 2004 a été due pour l'essentiel à l'amélioration du taux de traitement. En 2017, trois personnes vivant avec le VIH sur quatre dans le monde connaissaient leur statut sérologique. Avec l'augmentation massive de l'accès au traitement (21,7 millions de personnes auraient eu accès à un traitement à la fin de 2017, soit cinq fois et demie plus que 10 ans auparavant), 79 % des personnes connaissant leur statut avaient accès à la thérapie antirétrovirale et 81 % des personnes ayant accès à un traitement avaient vu leur charge virale supprimée (ce qui les empêchait de contracter une maladie associée au sida et de transmettre le VIH)³⁷.

L'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 (« Global Burden of Disease Study 2017 ») indique que la mortalité associée au VIH/sida et liée à l'usage de drogues a reculé. Toutefois, il est moins facile de préciser l'ampleur de l'amélioration des taux de dépistage et de traitement de l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues injectables car les données sont fragmentaires, en particulier en ce qui concerne l'accès au traitement. Un examen systématique a déterminé qu'en 2017, 34 pays exécutaient des programmes de dépistage du VIH chez les usagers de drogues injectables et que 17 pays avaient confirmé l'absence de dépistage ciblé (on ne disposait pas de données pour 125 autres pays). De plus, aucune donnée sur l'accès des usagers de drogues injectables à la thérapie antirétrovirale n'avait été obtenue pour la plupart (162) des pays. Lorsque des données de ce type étaient disponibles, leur couverture était généralement faible au regard des objectifs proposés par l'OMS, l'ONUSDC et ONUSIDA³⁸. Des données d'enquête sur l'accès à la thérapie antirétrovirale n'étaient disponibles que pour sept pays, la proportion s'échelonnant entre 5 % d'usagers de drogues injectables séropositifs bénéficiant de cette thérapie en Malaisie et 67 % aux États-Unis³⁹.

Seules deux sous-régions, l'Europe orientale et Europe du Sud-Est et l'Asie du Sud-Ouest, ont à la fois une prévalence de l'usage de drogues injectables et une prévalence de la séropositivité chez les usagers de drogues injectables qui sont supérieures à la moyenne mondiale. Bien que la plupart des sous-régions voient reculer la mortalité associée au VIH/sida et attribuable à l'usage de drogues, cette mortalité n'en continue pas moins d'augmenter dans ces deux sous-régions et, en particulier, en Europe orientale et Europe du Sud-Est.

Tendances à long terme de l'usage de drogues injectables et du VIH chez les usagers de ces drogues

Il est très difficile de déterminer les tendances mondiales de la prévalence de l'usage de drogues par injection ou de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues injectables au cours des dernières décennies. Les pays sont très peu nombreux à pouvoir présenter des données comparables sur plusieurs années, et les modifications apportées aux estimations mondiales annuelles indiquent souvent non pas que la situation a véritablement changé, mais que l'on dispose de données nouvelles et de meilleure qualité. Depuis quelques années, les méthodes d'enquête s'améliorent et les méthodes indirectes sont de plus en plus utilisées.

³⁷ Ibid.

³⁸ Version révisée de 2012 du *Guide technique OMS/ONUSDC/ONUSIDA destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida* (Genève, OMS, 2012).

³⁹ 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, n° 12 (décembre 2017), p. e1208 à e1220.

Si l'on s'en tient aux quelques pays où l'on peut évaluer des tendances en utilisant des données comparables dans le temps, le bilan qui se dégage est contrasté. Certains pays ont signalé une prévalence dans le temps plus faible tant pour l'usage de drogues par injection que pour le VIH chez les usagers de drogues injectables, tandis que d'autres pays faisaient état d'une plus forte prévalence dans ces deux domaines.

Pour limitées qu'elles soient, les données par pays montrent que, dans certaines régions et pays, un changement s'est opéré en ce qui concerne les pratiques d'injection et la propagation du VIH, en liaison avec le développement des services de prévention et de traitement à dimension scientifique. S'il n'est pas toujours possible d'établir un lien de causalité entre les changements et la fourniture de services ou d'appréhender tous les facteurs influant sur l'évolution de la prévalence, on peut dire que la prévalence de l'usage de drogues par injection et du VIH chez les usagers de drogues injectables indiquée dans de nombreux pays est aujourd'hui plus faible qu'il y a 10 ou 20 ans. Cela étant, la situation d'un pays donné n'évolue pas toujours dans le même sens ; des crêtes et des creux peuvent apparaître et, dans certains pays, la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables demeure à un niveau élevé.

Au cours de la décennie écoulée, l'Europe a connu une baisse du nombre de nouveaux cas de VIH chez les usagers de drogues injectables. Cette baisse correspond à l'augmentation du nombre de bénéficiaires des mesures de prévention et à une diminution générale à long terme de l'usage de drogues par injection^{40, 41}. Même si le nombre de nouveaux cas de VIH chez les usagers de drogues injectables a augmenté en 2011 et 2012 en raison de flambées localisées en Grèce et en Roumanie, on a observé une tendance générale à la baisse dans de nombreux pays européens⁴².

De bons résultats ont été obtenus dans un grand nombre de pays, mais le VIH chez les usagers de drogues injectables demeure un défi dans de nombreuses régions du monde. Ces dernières années, des flambées localisées de VIH ont été recensées parmi ce groupe de personnes même dans des pays dotés des ressources nécessaires et à revenu élevé d'Amérique du Nord et d'Europe^{43, 44}.

Fig. 9. Tendances à long terme de l'usage de drogues injectables et du VIH chez les usagers de ces drogues, dans certains pays, pour différentes années couvrant la période 1992-2017

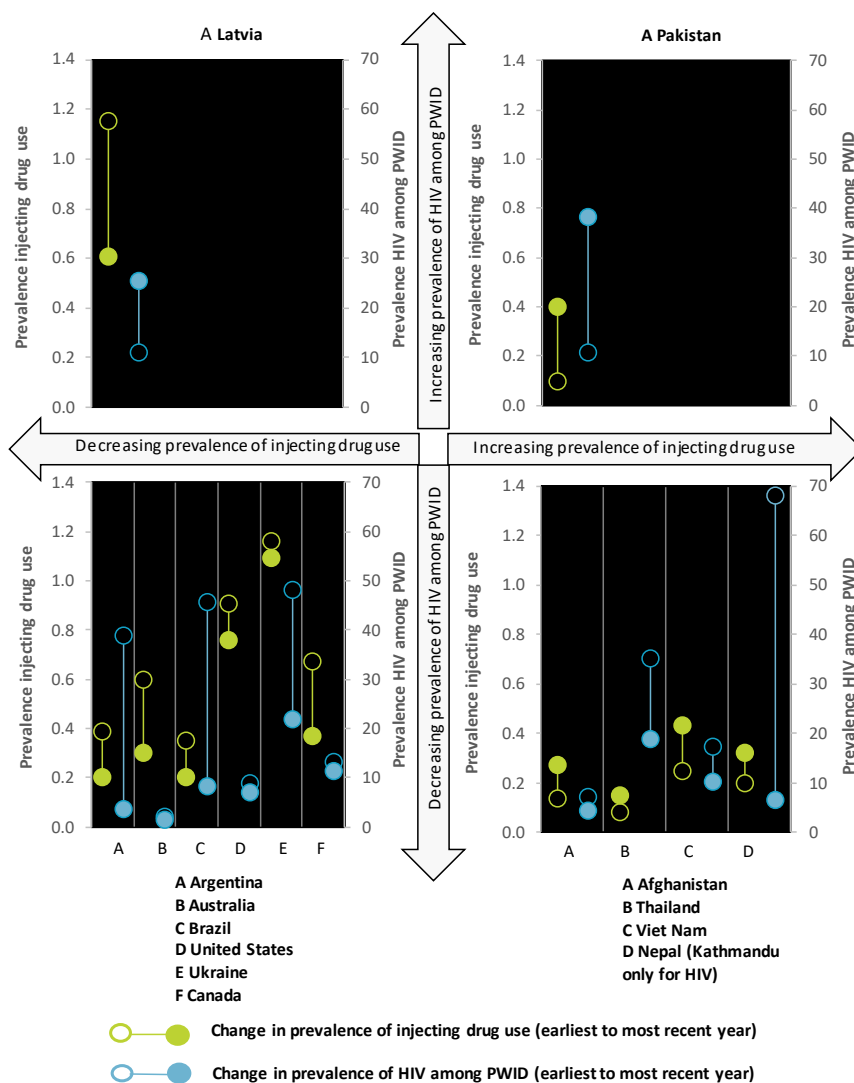
⁴⁰ Lucas Wiessing *et al.*, « Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe, 2005 to 2010 », *Eurosurveillance*, vol. 16, n° 48 (2011).

⁴¹ EMCDDA, *Rapport européen sur les drogues 2017 : Tendances et évolutions* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2017).

⁴² Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Surveillance du VIH/sida en Europe 2018 – statistiques de 2017* (Copenhague, 2018).

⁴³ Don C. Des Jarlais *et al.*, « Complacency is the new problem : comparative analysis of recent outbreaks of HIV among persons who inject drugs in Europe and North America », communication présentée lors de la vingt-deuxième Conférence internationale sur le sida, Amsterdam, juillet 2018 (abstract THPEC189).

⁴⁴ Don C. Des Jarlais *et al.*, « HIV infection among persons who inject drugs : ending old epidemics and addressing new outbreaks », *AIDS*, vol. 30, n° 6 (2016), p. 815 à 826.



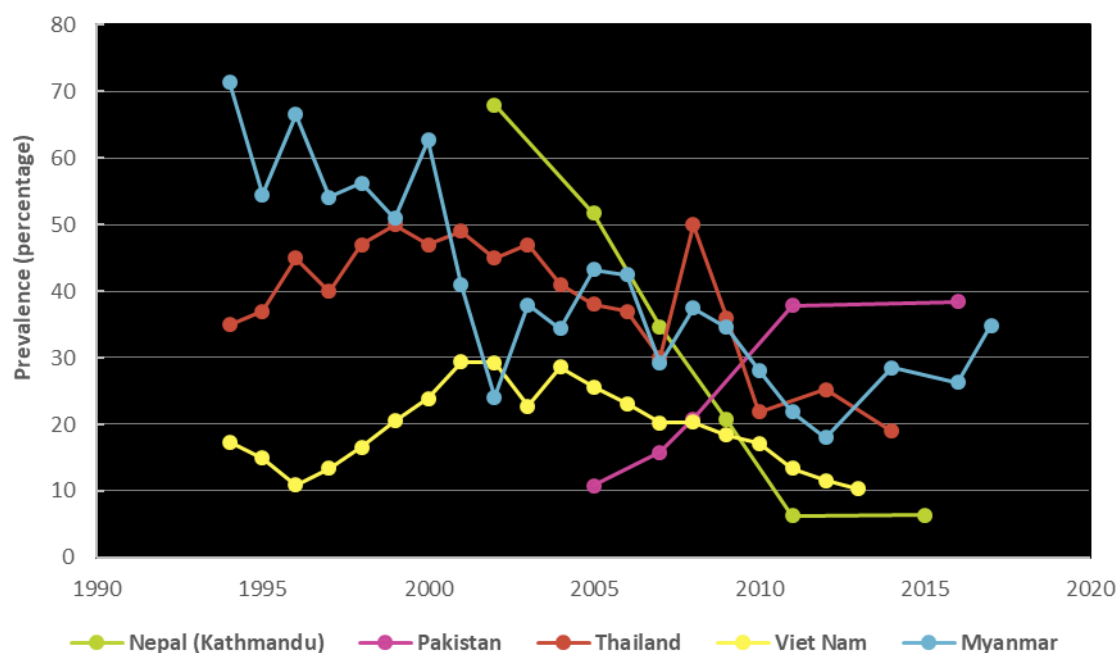
Latvia	Lettonie
Prevalence of injecting drug use	Prévalence de l'usage de drogues injectables
Prevalence of HIV among PWID	Prévalence du VIH chez les usagers de ces drogues
Pakistan	Pakistan
Prevalence injecting drug use	Prévalence de l'usage de drogues injectables
Prevalence HIV among PWID	Prévalence du VIH chez les usagers de ces drogues
Argentina	Argentine
Australia	Australie
Brazil	Brésil

United States of America	États-Unis d'Amérique
Ukraine	Ukraine
Canada	Canada
Afghanistan	Afghanistan
Thailand	Thaïlande
Nepal (Kathmandu only for HIV)	Népal (Katmandou seulement pour le VIH)
Change in prevalence of injecting drug use (earliest to most recent year)	Évolution de la prévalence de l'usage de drogues injectables (entre l'année la plus ancienne et l'année la plus récente)
Change in prevalence of HIV among PWID (earliest to most recent year)	Évolution de la prévalence du VIH chez les usagers de ces drogues (entre l'année la plus ancienne et l'année la plus récente)
Prevalence lower	Prévalence plus faible
Prevalence higher	Prévalence plus forte

Source : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels; rapports d'avancement d'ONUSIDA sur la riposte mondiale au sida (différentes années); ex-Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et l'usage de drogues par injection; et articles validés par des pairs et rapports gouvernementaux publiés. Pour d'autres renseignements, se reporter à l'annexe statistique publiée sur le site de l'ONUDC. Disponible à l'adresse www.unodc.org/wdr2019

Note : l'orange illustre l'évolution de la prévalence (en pourcentage) de l'usage de drogues injectables (dans différents groupes d'âge) et le bleu l'évolution de la prévalence (en pourcentage) du VIH chez les usagers de ces drogues. Le cercle blanc représente l'estimation de l'année la plus ancienne et le cercle de couleur celle de l'année la plus récente.

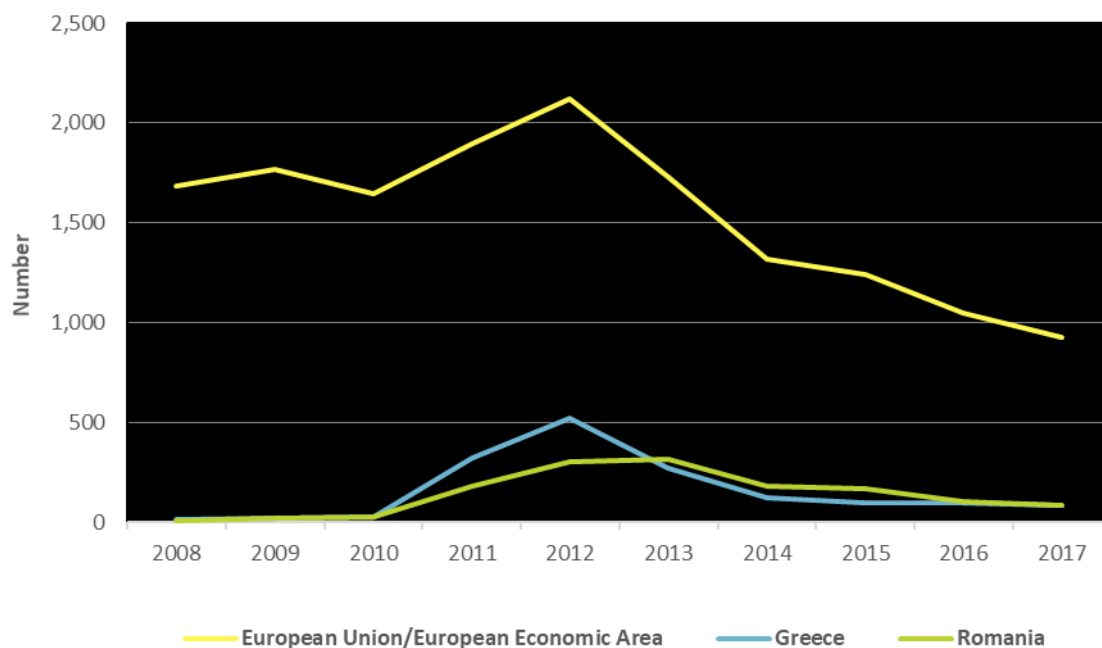
Fig. 10. Le VIH chez les usagers de drogues injectables, dans certains pays, Asie, 1994-2017



Prevalence (percentage)	Prévalence (en pourcentage)
Nepal (Kathmandu)	Népal (Katmandou)
Pakistan	Pakistan
Thailand	Thaïlande
Viet Nam	Viet Nam
Myanmar	Myanmar

Sources : Gouvernement népalais, Ministère de la santé, Centre national de lutte contre le sida et les MST, « Fiche d'information 7 : Surveillance du VIH au Népal, 2017 »; Pakistan, Ministère de la santé, Programme national de lutte contre le sida, *Surveillance de deuxième génération du VIH au Pakistan* (différentes années : National Report Round 1 (2005); Round II 2006-2007; Round III (2008); Round IV (2011-2012); Round V (2016-2017)) (Islamabad); Thaïlande, Commission nationale de prévention du VIH/sida et de lutte contre la maladie, *Rapport national de situation UNGASS (session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida) de la Thaïlande pour la période allant de janvier 2008 à décembre 2009*; Thaïlande, Comité national de lutte contre le sida, *Thailand AIDS Response Progress Report : 2015*; Viet Nam, *Viet Nam AIDS Response Progress Report 2014 : Following up the 2011 Political Declaration on HIV AIDS* (Hanoi, 2014); Myanmar, Enquête de séro-surveillance sentinelle du VIH (1994-2016) et données d'enquête de surveillance biologique et comportementale intégrée (2014, 2017), Programme national de lutte contre le sida, Ministère de la santé et des sports.

Fig. 11. Nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués chez les usagers de drogues injectables en Europe, 2008-2017



Number European Union/European Economic Area Greece Romania	Nombre Union européenne/Espace économique européen Grèce Roumanie
--	--

Source : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, *Surveillance du VIH/sida en Europe 2018 – statistiques de 2017* (Copenhague, 2018).

Note : Aux fins de la présente figure, l’Europe comprend les pays membres de l’Union européenne et de l’Espace économique européen, mais non l’Allemagne, qui n’a pas communiqué de données pour 2017.

[[BOX]]

Usage de drogues et transmission du VIH par voie sexuelle

Depuis qu’il examine la question de l’usage de drogues et du VIH, le *Rapport mondial sur les drogues* a toujours fait une place de premier plan à la transmission du VIH associée à l’usage de drogues injectables. Il a accordé moins d’importance au rôle des drogues, injectées ou non, dans la transmission du VIH par voie sexuelle.

L’usage de drogues peut contribuer à réduire les inhibitions à l’égard de pratiques sexuelles à risque, telles que l’augmentation de la fréquence des rapports sexuels et du nombre de partenaires sexuels occasionnels, les rapports sexuels non protégés ou l’utilisation irrégulière du préservatif, et la vente de services sexuels contre de l’argent ou de la drogue, et à encourager ces pratiques. Celles-ci peuvent toutes aggraver le risque de transmission du VIH par voie sexuelle chez les usagers de drogues et leurs partenaires sexuels.

En particulier, une corrélation semble exister entre l’usage de stimulants et une progression des comportements sexuels à risque face à l’infection par le VIH. L’usage de stimulants a des incidences sur les aspects tant physiologiques que psychologiques du comportement sexuel. Par exemple, la méthamphétamine et l’amphétamine sont souvent utilisées pour augmenter le désir et le plaisir sexuels, faire durer le rapport sexuel, faciliter l’expérimentation sexuelle et diminuer l’inhibition sexuelle.

L'usage de stimulants avant et pendant un rapport sexuel est plus répandu chez certains groupes d'usagers de drogues, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ^{a, b}.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes constituent un groupe particulièrement affecté par l'épidémie mondiale de VIH. Ce groupe représente 18 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde et le risque de contracter l'infection y est environ 28 fois plus élevé que chez les hommes hétérosexuels^{c, d}. Un examen systématique entrepris en 2005 de l'usage des « drogues de club » en tant que facteur de risque pour l'infection par le VIH chez les hommes de ce groupe a permis de constater que l'usage des stimulants de type amphétamine, en particulier la méthamphétamine, était corrélé aux comportements sexuels à risque et à une hausse de l'incidence du VIH^e. Les auteurs d'un travail plus récent (basé sur huit études réalisées aux États-Unis) ont également constaté que l'usage de méthamphétamine était systématiquement associé à des comportements sexuels à risque chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes^f. Une étude réalisée dans 47 villes des États-Unis a suivi 4 684 hommes séronégatifs ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sur une période de 36 mois. L'étude a exclu les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui avaient indiqué faire usage de drogues injectables. Plus de 60 % des participants à l'étude ont indiqué consommer des drogues récréatives. Un nombre élevé de nouveaux cas de séropositivité ont été signalés au cours de la période de suivi, 338 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ayant contracté l'infection par le virus. L'usage d'amphétamines et de nitrates d'amyle (« poppers ») a été lié à une augmentation sensible du risque de contracter l'infection par le VIH^g.

« Chemsex » (rapports sexuels sous produits chimiques) est un terme désignant l'usage de certaines drogues (généralement des stimulants comme la méphédronne, la méthamphétamine, le GHB ou la GBL) avant ou pendant les rapports sexuels planifiés pour faciliter et prolonger, soutenir ou intensifier l'expérience et réduire les inhibitions. Cette pratique peut avoir des incidences sur les comportements à risque en ce qui concerne la propagation du VIH parmi le groupe relativement peu nombreux d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui se livrent à cette pratique. Un examen systématique a mis en évidence que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et sont séropositifs sont plus susceptibles de pratiquer le « chemsex » et de se livrer à des pratiques sexuelles à haut risque, notamment en ayant des rapports sexuels non protégés, que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sans faire en même temps usage de drogues^h.

L'échange de faveurs sexuelles contre de l'argent ou de la drogue a été signalé et associé à plusieurs comportements à risque face au VIHⁱ. Par exemple, une étude portant sur les échanges de faveurs sexuelles contre de la cocaïne sous forme de crack et leurs incidences sur les risques liés à la sexualité chez les travailleuses du sexe de Vancouver (Canada) a permis de constater que la moitié d'entre elles avaient indiqué pratiquer ces échanges et a mis en évidence un lien étroit entre cette pratique et l'augmentation du nombre de leurs clients (plus de 10 par semaine)^j. Selon une enquête menée parmi les travailleuses du sexe au Mexique, ceux qui ont fait état d'un usage de méthamphétamine au cours de la vie étaient moins susceptibles d'utiliser des préservatifs^k. Une autre étude réalisée auprès des travailleuses du sexe de Vancouver a indiqué qu'une plus grande fréquence de l'usage de drogues était étroitement corrélée à l'offre ou l'acceptation d'une plus grande quantité d'argent pour qu'elles accordent leurs faveurs sexuelles sans utilisation du préservatif, ce qui laisse supposer que les clients en quête de rapports sexuels non protégés peuvent jeter leur dévolu sur des travailleuses du sexe qui sont particulièrement vulnérables face à la contrainte, notamment des femmes qui sont aux prises avec une crise de manque aiguë et ont besoin de consommer immédiatement de la drogue^l.

- ^a Claire Edmundson *et al.*, « Sexualised drug use in the United Kingdom (UK) : A review of the literature », *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (mai 2018), p. 131 à 148.
- ^b Monica Desai *et al.*, « Sexualised drug use : LGTB communities and beyond », *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (mai 2018), p. 128 à 130.
- ^c ONUSIDA, *Miles to Go : Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices* (Genève, 2018).
- ^d ONUSIDA, *UNAIDS Data 2018* (Genève, 2018).
- ^e Lydia N. Drumright, Thomas L. Patterson et Steffanie A. Strathdee, « Club drugs as causal risk factors for HIV acquisition among men who have sex with men : a review », *Substance Use and Misuse*, vol. 41, n° 10-12 (2006), p. 1551 à 1601.
- ^f H. Waverly Vosburgh *et al.*, « A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men », *AIDS and Behavior*, vol. 16, n° 6 (août 2012), p. 1394 à 1410.
- ^g Marta-Louise Ackers *et al.*, « High and persistent HIV seroincidence in men who have sex with men across 47 U.S. cities », *PLoS ONE*, vol. 7, n° 4 (avril 2012), p. 1 à 7.
- ^h Steven Maxwell, Maryam Shahmanes et Mitzy Gafo, « Chemsex behaviours among men who have sex with men : a systematic review of the literature », *International Journal of Drug Policy*, vol. 63 (janvier 2019), p. 74 à 89.
- ⁱ ONUDC, *Systematic Literature Review on Stimulant Use and HIV (A) : Part 3/5 – Cocaine and Crack-Cocaine Risk and Transmission* (Vienne, 2017).
- ^j Putu Duff *et al.*, « Sex-for-crack exchanges : associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city », *Harm Reduction Journal*, vol. 10, n° 29 (novembre 2013), p. 1 à 8.
- ^k Fátima A Muñoz *et al.*, « Condom access : associations with consistent condom use among female sex workers in two northern border cities of Mexico », *AIDS Education and Prevention*, vol. 22, n° 5 (octobre 2010), p. 455 à 465.
- ^l Kathleen N. Deering *et al.*, « Client demands for unsafe sex : the socioeconomic risk environment for HIV among street and off-street sex workers », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 63, n° 4 (août 2013), p. 522 à 531.

[[BOX END]]

La moitié environ des usagers de drogues injectables du monde vivent avec une hépatite C

L'hépatite C est un problème de santé important chez les usagers de drogues injectables et représente une menace pour la santé qui est plus grave que le VIH^{45, 46}. Le taux de mortalité plus élevé associé à une hépatite C non traitée tient à plusieurs facteurs. Comme les personnes vivant avec une hépatite C peuvent ne pas présenter de symptômes pendant des années, le problème est demeuré une épidémie « cachée » jusqu'à une date relativement récente, la plupart des cas d'infection n'étant pas diagnostiqués ni, de ce fait, traités⁴⁷. Selon l'OMS, la mortalité due à l'hépatite C augmente du fait de la difficulté à accéder à un traitement⁴⁸. En outre, l'hépatite C est plus facilement transmise par une injection que le VIH⁴⁹. La prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables est nettement plus élevée, et ceux qui vivent avec cette maladie sont près de quatre fois plus nombreux que ceux qui vivent avec

⁴⁵ 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, n° 12 (2016), p. 1385 à 1398.

⁴⁶ « Global Burden of Disease Data ».

⁴⁷ Matthew Hickman et Natasha K. Martin, dir. publ., *Hepatitis C Among Drug Users in Europe : Epidemiology, Treatment and Prevention*, EMCDDA Insights Series, n° 23 (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2016).

⁴⁸ OMS, « Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030 », document d'information (Genève, mai 2016).

⁴⁹ Elijah Paintsil *et al.*, « Survival of hepatitis C virus in syringes : implication for transmission among injection drug users », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 202, n° 7 (octobre 2010), p. 984 à 990.

le VIH. Le dépistage et le traitement de l'hépatite C ont jusqu'à présent été limités chez les usagers de drogues injectables. On ne dispose que depuis peu de traitements très efficaces sous la forme d'antiviraux à action directe.

Selon l'estimation conjointe ONUDC/OMS/ONUSIDA/Banque mondiale, la prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables dans le monde a été de 49,3 % en 2017, ce qui représentait quelque 5,6 millions d'usagers de drogues injectables vivant avec cette maladie. Cette estimation est tirée de renseignements sur la prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables émanant de 102 pays et porte sur 94 % du nombre estimatif d'usagers de drogues injectables dans le monde. À titre de comparaison, la prévalence mondiale de l'infection par l'hépatite C dans la population générale (tous âges confondus) a été estimée à 1,0 % (pour une fourchette d'estimation allant de 0,8 à 1,1 %) en 2015⁵⁰.

Chez les usagers de drogues injectables qui vivent avec le VIH, ce virus affecte la transmission et l'histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C. L'hépatite C est plus facilement transmise en présence d'une infection par le VIH. Les personnes vivant avec le VIH présentent une charge virale de l'hépatite C plus importante et connaissent une progression de cette maladie plus rapide que les personnes non infectées par le VIH. De plus, la co-infection par le virus de l'hépatite C peut compliquer le traitement de l'infection par le VIH. Un examen systématique a établi une probabilité d'infection par le virus de l'hépatite C six fois plus grande chez les usagers de drogues injectables qui sont séropositifs pour le VIH que chez les personnes séronégatives appartenant au même groupe. La prévalence de la co-infection par le virus de l'hépatite C est très forte parmi les usagers de drogues injectables vivant avec le VIH : elle serait de 82,4 %⁵¹.

En 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, qui met l'accent sur l'hépatite C, en préconisant d'éliminer d'ici 2030 l'hépatite virale en tant que grave menace pour la santé publique, et en se proposant de réduire les nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite C de 90 % et la mortalité associée à l'hépatite C de 65 %⁵². Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de s'attaquer à la charge de morbidité associée à l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables, dans la mesure où l'usage de drogues par injection a représenté 23 % des nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite C dans le monde en 2015. Cette année-là, 31,5 % des décès dus à l'hépatite C auraient été imputables à l'usage de drogues par injection au cours de la vie⁵³. En outre, selon des estimations figurant dans l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 (« Global Burden of Disease Study 2017 »), l'hépatite C a représenté 52 % des décès et 21 % des AVC attribués à l'usage de drogues en 2017, et le nombre des décès comme celui des AVC continuent d'augmenter⁵⁴.

Alors qu'il est important de connaître son statut sérologique à des fins de prévention et de traitement, l'OMS estime qu'en 2016, à l'échelle mondiale, 80 % des personnes vivant avec l'hépatite C (non pas seulement les usagers de drogues) n'avaient pas été diagnostiquées; de ce fait, elles ne cherchaient pas à se faire soigner ou à prendre des dispositions pour ne pas transmettre le virus à autrui⁵⁵. Par ailleurs, l'adoption de traitements a été limitée, puisque 7,4 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite C auraient reçu un traitement en 2015⁵⁶. À l'échelle mondiale, on est mal renseigné sur les niveaux de diagnostic et d'adoption de traitements chez les usagers de drogues injectables. En Europe, par exemple, les taux de dépistage et de traitement au sein de ce groupe sont faibles depuis longtemps⁵⁷. Selon une enquête réalisée auprès de plus de 3 000 usagers de drogues injectables de cinq villes des États-Unis,

⁵⁰ OMS, *Global Hepatitis Report 2017*.

⁵¹ Lucy Platt *et al.*, « Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV : a global systematic review and meta-analysis », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, n° 7 (2016), p. 797 à 808.

⁵² OMS, *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 : Vers l'élimination de l'hépatite virale* (Genève, 2016).

⁵³ *Global Hepatitis Report 2017*.

⁵⁴ « Global Burden of Disease Data ».

⁵⁵ OMS, *Progress Report on Access to Hepatitis C Treatment : Focus on Overcoming Barriers in Low- and Middle-income Countries* (Genève, 2018).

⁵⁶ *Global Hepatitis Report 2017*.

⁵⁷ *Hepatitis C Among Drug Users in Europe*.

72 % des personnes ayant subi un test de dépistage qui avait montré qu'elles vivaient avec l'hépatite C ignoraient qu'elles étaient porteuses du virus⁵⁸.

L'adoption du dépistage et de traitements pour l'hépatite C a toujours été faible chez les usagers de drogues injectables du fait d'un certain nombre d'obstacles tenant au patient, au prestataire de soins de santé et au système de santé dans son ensemble⁵⁹. Il n'y a pas si longtemps, les médicaments (basés sur l'interféron et la ribavirine) utilisés dans le traitement de l'hépatite C n'étaient guère efficaces. Ils étaient souvent mal tolérés et de graves effets indésirables leur étaient associés. La durée du traitement était longue (entre 24 et 48 semaines), pour des taux de guérison compris entre 40 et 65 %. La stigmatisation et la discrimination de la part des prestataires de services expliquent parfois l'impossibilité où se trouvent les usagers de drogues injectables d'être admis en traitement⁶⁰.

Ce qui est nouveau, c'est que l'on dispose depuis peu d'un traitement très efficace de l'hépatite C sous la forme d'antiviraux à action directe; cela a changé la donne et pourrait transformer la prise en charge et la situation des usagers de drogues injectables vivant avec cette maladie⁶¹. Certains services renâclent encore à l'idée de traiter ces personnes pour des raisons tenant à l'adhésion de celles-ci au traitement, à l'augmentation du risque d'effets secondaires et au risque de réinfection si elles continuent de s'injecter des drogues⁶², mais l'utilisation de ces antiviraux à action directe devrait permettre de surmonter au moins certains des obstacles à l'admission en traitement auxquels se heurtaient jusqu'ici les usagers de drogues injectables⁶³.

Ce qui est particulièrement préoccupant, ce sont l'utilisation restreinte et le prix élevé des nouveaux médicaments antiviraux à action directe. Leur prix représente un obstacle majeur à l'élargissement de leur utilisation et a provoqué un « rationnement » du traitement (consistant, par exemple, à le limiter aux personnes présentant une fibrose modérée à sévère). Le prix de ces médicaments a beaucoup baissé depuis 2015 à mesure qu'apparaissaient des médicaments génériques, en particulier dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Toutefois, très peu de pays à revenu élevé peuvent actuellement acheter les versions génériques des antiviraux à action directe, et les prix restent élevés. L'accès aux antiviraux à action directe semble particulièrement difficile dans le cas des usagers de drogues injectables⁶⁴.

Les nouveaux médicaments offrent la possibilité de s'attaquer à l'hépatite C très répandue parmi les usagers de drogues injectables, mais les progrès en matière de prévention et de traitement ont été lents. En Europe, par exemple, il est encore rare d'être admis en traitement sans restriction, en raison du coût élevé des nouveaux médicaments. En octobre 2017, un pays européen sur deux avait présenté l'approche retenue en matière de prévention et de soins concernant l'hépatite dans un document de politique générale. Toutefois, les directives cliniques édictées dans neuf pays comportaient des critères limitant l'accès des usagers de drogues injectables au traitement contre l'hépatite C (par exemple en exigeant d'eux qu'ils s'abstiennent de consommer des drogues pendant une période de 3 à 12 mois)⁶⁵. À l'inverse, certains pays ont adopté des mesures importantes pour développer le traitement. En France, par exemple, le plan national d'élimination de l'hépatite virale contient des dispositions relatives au remboursement intégral par la caisse nationale de l'assurance maladie du coût des tests de dépistage de l'hépatite C et du traitement par antiviraux à action directe, et on s'est en particulier efforcé de prendre contact avec les usagers de drogues injectables⁶⁶. Conformément à la stratégie mondiale du secteur de la santé contre

⁵⁸ Holly Hagan *et al.*, « Self-reported hepatitis C virus antibody status and risk behavior in young injectors », *Public Health Reports*, vol. 121, n° 6 (2006), p. 710 à 719.

⁵⁹ Philip Bruggmann, « Accessing hepatitis C patients who are difficult to reach : it is time to overcome barriers », *Journal of Viral Hepatitis*, vol. 19, n° 12 (décembre 2012), p. 829 à 835.

⁶⁰ *Global Hepatitis Report 2017*.

⁶¹ Philip Bruggmann et Jason Grebely, « Prevention, treatment and care of hepatitis C virus infection among people who inject drugs », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, Suppl. 1 (février 2015), p. S22 à S26.

⁶² Philip Bruggmann et Alain H. Litwin, « Models of Care for the Management of Hepatitis C Virus Among People Who Inject Drugs : One Size Does Not Fit All », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 57, Suppl. 2 (août 2013), p. S56 à S61.

⁶³ *Hepatitis C Among Drug Users in Europe*.

⁶⁴ *Progress Report on Access to Hepatitis C Treatment*.

⁶⁵ *Rapport européen sur les drogues 2018*.

⁶⁶ *Progress Report on Access to Hepatitis C Treatment*.

l'hépatite virale, un plan d'action a été élaboré pour l'Europe en 2017 et adopté par les 53 États membres de la région européenne de l'OMS. Ce plan énonce des objectifs européens intermédiaires pour 2020, notamment des cibles concernant les usagers de drogues injectables en tant que l'un des groupes les plus touchés par l'infection par le virus de l'hépatite C ou pouvant être infectés⁶⁷.

Par ailleurs, l'infection par le virus de l'hépatite B fait courir un risque de mortalité et d'invalidité dues à la cirrhose du foie et au cancer du foie, bien que la charge de morbidité soit relativement faible par rapport à celle de l'hépatite C et du VIH. Selon l'estimation conjointe ONUDC/OMS/ONUSIDA/Banque mondiale pour 2017, la prévalence de l'hépatite B⁶⁸ chez les usagers de drogues injectables est de 8,6 %; en d'autres termes, quelque 980 000 usagers de drogues injectables vivent avec une infection active par le virus de l'hépatite B.

Les opioïdes sont la principale cause de mortalité dans certains pays

Il est difficile de déterminer le nombre de décès imputés à l'usage de drogues. La définition du décès lié à la drogue peut varier d'un pays à l'autre. En l'absence de renseignements sur les circonstances du décès ou l'environnement dans lequel il s'est produit, il peut être compliqué d'établir la cause du décès dans les cas où l'usage de drogues pourrait y avoir contribué. Les pays peuvent enregistrer une augmentation importante du nombre de décès imputables à l'usage de drogues sans que les autorités en aient conscience.

Selon l'étude sur la charge mondiale de morbidité de 2017 (« Global Burden of Disease Study 2017 »), les décès attribués à l'usage d'opioïdes sont les plus nombreux en Amérique du Nord, où leur progression est la plus forte. Le Canada et les États-Unis continuent de traverser une crise des opioïdes, liée en particulier à l'usage du fentanyl et de ses analogues. Le taux de mortalité par surdose est élevé dans ces deux pays, qui déploient des efforts considérables pour suivre l'évolution de la situation. Dans un pays comme dans l'autre, les décès par surdose ne se répartissent pas de manière uniforme sur l'ensemble du territoire, mais sont concentrés dans certaines régions. Au Canada, les taux les plus élevés sont enregistrés dans les provinces occidentales de l'Alberta et de la Colombie britannique. Aux États-Unis, il s'agit des États du Nord-Est et du Centre-Ouest.

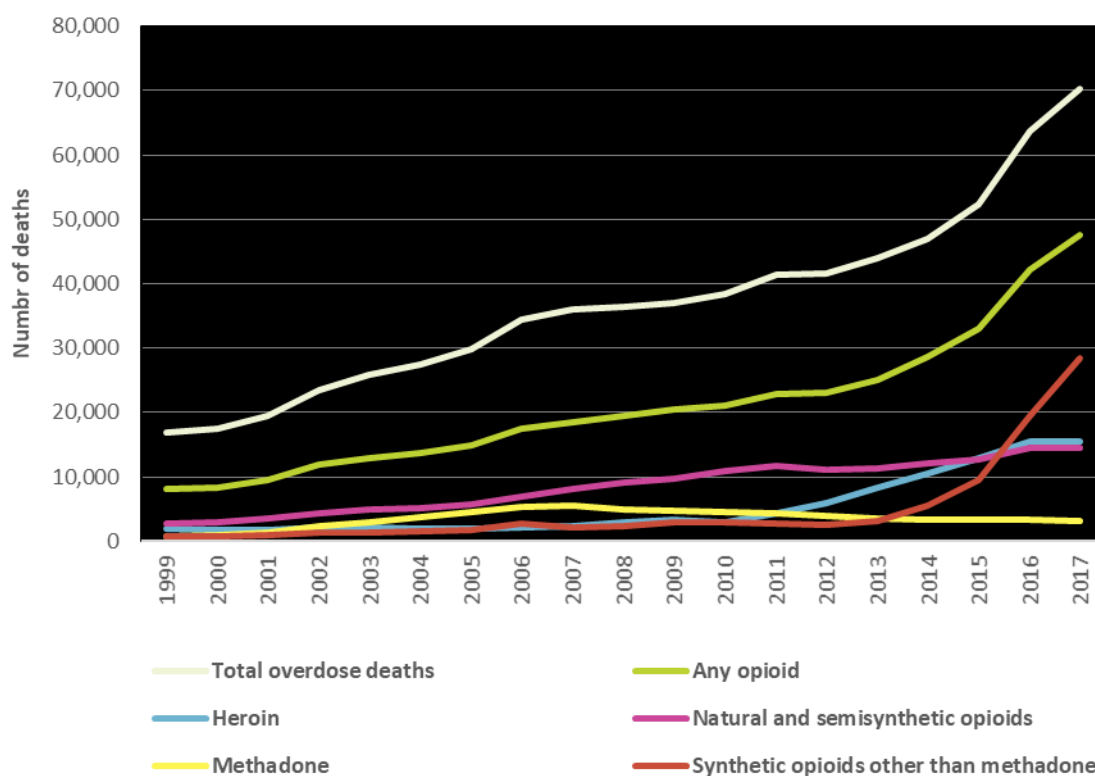
En 2017, le nombre de décès par surdose a continué d'augmenter aux États-Unis, pour atteindre le niveau record de 70 237 décès, en progression de 10,4 % par rapport à 2016. Les opioïdes ont représenté 68 % de ces décès, soit 47 600 décès, en 2017. L'augmentation du nombre de décès par surdose enregistrée au cours des cinq dernières années correspond étroitement à la progression des décès dus aux opioïdes synthétiques autres que la méthadone (groupe composé principalement du fentanyl et de ses analogues). Le taux de décès par surdose liés aux opioïdes synthétiques autres que la méthadone a augmenté en moyenne de 8 % par an entre 1999 et 2013, mais de 71 % par an entre 2013 et 2017. En 2017, on a recensé 28 466 surdoses d'opioïdes synthétiques autres que la méthadone, soit 47 % de plus qu'en 2016 (19 413)⁶⁹.

⁶⁷ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Plan d'action pour la riposte du secteur de la santé à l'hépatite virale dans la Région européenne de l'OMS (Copenhague, 2017).

⁶⁸ L'estimation de la prévalence de l'hépatite B porte sur l'infection active (HBsAg), et non sur l'anticorps anti-HBc, qui est un marqueur d'une exposition antérieure. Toutefois, il n'est pas toujours possible d'établir cette distinction dans les données communiquées à l'ONUDC.

⁶⁹ Holly Hedegaard, Arialdi M. Miniño et Margaret Warner, « Drug overdose deaths in the United States, 1999-2017 », NCHS Data Brief, n° 329 (Hyattsville, Maryland, États-Unis, National Center for Health Statistics, novembre 2018).

Fig. 12. Décès par surdose, par catégorie d'opioïdes, aux États-Unis d'Amérique, 1999-2017



Number	Nombre
Total overdose deaths	Nombre total de décès par surdose
Any opioid	Tout opioïde
Heroin	Héroïne
Natural and semisynthetic opioids	Opioïdes naturels et semi-synthétiques
Methadone	Méthadone
Synthetic opioids other than methadone	Opioïdes synthétiques autres que la méthadone

Source : Holly Hedegaard, Arialdi M. Miniño et Margaret Warner, « Drug overdose deaths in the United States, 1999-2017 », NCHS Data Brief, n° 329 (Hyattsville, Maryland, États-Unis, National Center for Health Statistics, novembre 2018).

Note : Les décès sont classés à l'aide de la Classification internationale des maladies, 10^e édition. Les décès par intoxication (surdose) sont identifiés à l'aide des codes relatifs à la cause antécédente du décès X40-X44 (intoxication accidentelle), X60-X64 (auto-intoxication intentionnelle), X85 (agression, y compris homicide) et Y10-Y14 (intoxication, intention non déterminée). Les décès par surdose dus à certaines catégories de drogues sont identifiés par des codes relatifs à des causes multiples de décès : héroïne, T40.1; opioïdes naturels et semi-synthétiques, T40.2; méthadone, T40.3; et opioïdes synthétiques autres que la méthadone, T40.4.

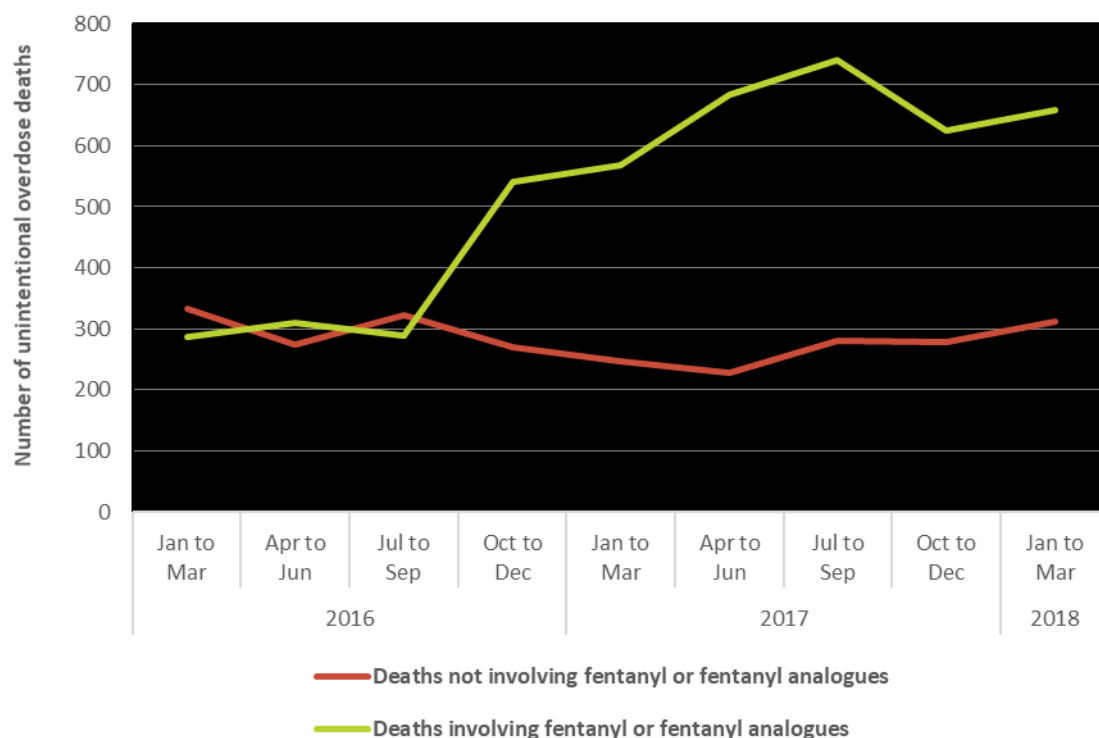
Au Canada, il y a eu en 2017 3 998 décès liés aux opioïdes (la cause du décès étant une surdose accidentelle et un suicide dans 93 % et 5 % des cas, respectivement; dans 3 % des cas, la cause du décès n'était pas déterminée). Cela a représenté une augmentation de 33 % par rapport à 2016 (3 014 cas).

La plupart des décès liés aux opioïdes en 2017 sont survenus chez les hommes (76 %), la plus forte proportion (27 %) étant constatée chez les hommes âgés de 30 à 39 ans. Selon l'Agence de santé publique du Canada, ce sont le fentanyl et ses analogues qui ont accéléré l'augmentation du nombre de décès liés aux opioïdes⁷⁰. En 2017, la présence de fentanyl ou de ses analogues a été détectée pour 69 %

⁷⁰ Lisa Belzak et Halverson Jessica, « Synthèse des données probantes – La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, vol. 38, n° 6 (juin 2018), p. 255 à 266.

de ces décès ou y a directement contribué, contre 50 % en 2016⁷¹. En 2016 et en 2017, le taux de mortalité le plus élevé et le plus grand nombre de décès par surdose (un tiers ou plus du total) ont été enregistrés en Colombie britannique. Dans cette province, le nombre de décès par surdose s'est élevé à 1 489 en 2018 (tous types de drogues confondus), les surdoses mortelles étant plus nombreuses les jours suivant immédiatement le versement des prestations d'aide au revenu (5,2 décès par surdose par jour en moyenne) que tous les autres jours du mois (3,9 décès par surdose par jour en moyenne). En 2018, la proportion des décès par surdose pour lesquels la présence de fentanyl avait été détectée, seul ou en association avec d'autres drogues, a été de 85 %⁷². Pour les habitants de la Colombie britannique, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de trois ans entre 2001 et 2014, mais a diminué de 0,38 année entre 2014 et 2016. Il a été établi que la crise des surdoses d'opioïdes avait largement contribué à cette baisse⁷³.

Fig. 13. Décès par surdose accidentels liés aux opioïdes et ayant impliqué ou non le fentanyl ou ses analogues, au Canada, par trimestre, janvier 2016-juin 2018



Number	Nombre
Jan to Mar	Janv.-mars
Apr to Jun	Avril-juin
Jul to Sep	Juill.-sept.
Oct to Dec	Oct.-déc.
Deaths not involving fentanyl or fentanyl analogues	Décès n'ayant pas impliqué le fentanyl ou ses analogues
Deaths involving fentanyl or fentanyl analogues	Décès ayant impliqué le fentanyl ou ses analogues

⁷¹ Canada, Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, « Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada », 12 décembre 2018.

⁷² Canada, British Columbia Coroners' Service, « Illicit drug overdose deaths in B.C. January 1, 2008-December 31, 2018 » (Burnaby, Colombie britannique, Office of the Chief Coroner, 7 février 2019). Disponible à l'adresse www2.gov.bc.ca/gov/content/life-events/death/coroners-service/statistical-reports.

⁷³ Xibiao Ye *et al.*, « At a glance : impact of drug overdose-related deaths on life expectancy at birth in British Columbia », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, vol. 38, n° 6 (juin 2018), p. 248 à 251.

Source : Canada, Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, « Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada », 12 décembre 2018.

Dans d'autres régions, les opioïdes sont également responsables du plus grand nombre de décès, mais le fentanyl et ses analogues ne jouent pas un rôle aussi important. En Europe, l'héroïne ou ses métabolites, souvent en association avec d'autres substances, sont présents dans la majorité des surdoses mortelles, les données les plus récentes faisant état d'une augmentation du nombre de décès liés à l'héroïne⁷⁴. Au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (qui contribue pour un tiers des décès par surdose en Europe), on a enregistré 1 164 décès impliquant l'héroïne et la morphine (46 % de tous les décès dus à l'usage de drogues) en Angleterre et au pays de Galles en 2017⁷⁵. Le nombre de décès impliquant l'héroïne et la morphine est passé de 579 en 2012 à 1 209 en 2016; cette augmentation a suivi la « pénurie d'héroïne » intervenue en 2010 et 2011. Cette « pénurie » a fait place à une augmentation de la pureté de l'héroïne, dont on pense qu'elle a contribué à l'augmentation du nombre de surdoses. On a recensé 75 décès dus au fentanyl et à ses analogues en 2017. En Australie, il y a eu en 2016 1 045 décès dus aux opioïdes, principalement imputables à l'usage de morphine, de codéine, d'oxycodone et d'héroïne, sans que les renseignements dont on dispose permettent de conclure que l'usage du fentanyl ait entraîné un grand nombre de décès en Australie⁷⁶. On a signalé que l'usage des benzodiazépines avait causé près de la moitié (45 %) des décès dus aux opioïdes, et que près d'un décès sur cinq était dû aux antidépresseurs (23 %). En 2016, 105 décès ont été causés par l'usage d'amphétamine, ce qui est le taux le plus élevé enregistré depuis le début de la surveillance, et il y a eu moins de 20 décès dus à la cocaïne.

B. USAGE DE DROGUES, MALADIES INFECTIEUSES ET FOURNITURE DE SERVICES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT EN MILIEU CARCÉRAL

En 2017, chaque jour, 10,7 millions de personnes auraient été détenues dans des prisons⁷⁷ à travers le monde, en tant que détenus préventifs ou personnes reconnues coupables et condamnées⁷⁸. Toutefois, si l'on tient compte des séjours répétés que des individus peuvent faire en prison, le nombre de personnes qui passent au moins quelque temps en prison chaque année est en fait supérieur, encore que l'on ne sache pas au juste de combien⁷⁹.

Les populations carcérales présentent des taux de maladies infectieuses nettement supérieurs à ceux des communautés environnantes. Selon un examen systématique de données publiées entre 2005 et 2015, la prévalence des maladies infectieuses au sein de l'ensemble de la population carcérale à l'échelle mondiale a été estimée comme suit : 3,8 % pour le VIH (sur la base de 204 études menées dans 74 pays), 15,1 % pour l'hépatite C (sur la base de 171 études menées dans 46 pays) et 2,8 % pour la tuberculose active (sur la base de 46 études menées dans 25 pays)⁸⁰. Un grand nombre de personnes placées en

⁷⁴ *Rapport européen sur les drogues 2018*.

⁷⁵ Royaume-Uni, Office for National Statistics, « Deaths related to drug poisoning in England and Wales : 2017 registrations », Statistical Bulletin (Newport, 6 août 2018).

⁷⁶ Amanda Roxburgh *et al.*, « Opioid-, amphetamine-, and cocaine-induced deaths in Australia » (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, Université de Nouvelle-Galles du Sud, 2018).

⁷⁷ Personnes détenues dans des prisons ou des établissements pénitentiaires.

⁷⁸ Sur la base de données émanant de 224 pays et territoires pour 2017 (ou l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données) et tirées de l'Enquête des Nations Unies sur les tendances de la criminalité et le fonctionnement des systèmes de justice pénale (différentes années); et Roy Walmsley, « World prison population list », 12^e éd. (Londres, Institute for Criminal Policy Research, 2018).

⁷⁹ Stuart A. Kinner et Jesse T. Young, « Understanding and improving the health of people who experience incarceration: an overview and synthesis », *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 4 à 11.

⁸⁰ Kate Dolan *et al.*, « Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees », *The Lancet*, vol. 388, n° 10049 (2016), p. 1089 à 1102.

détention ont des antécédents d'usage de drogues ou de troubles liés à cet usage^{81, 82}. La surreprésentation des usagers de drogues injectables parmi les populations carcérales contribue à la prévalence du VIH en prison, en particulier dans les pays où l'épidémie de VIH au niveau des communautés est en grande partie due à l'usage de drogues par injection⁸³. Les usagers de drogues, en particulier ceux qui s'en injectent, se retrouvent alors placés dans un environnement à haut risque caractérisé par des niveaux élevés de maladies infectieuses et où les services de prévention et de traitement de la toxicodépendance et des maladies infectieuses font souvent défaut⁸⁴.

On trouvera dans la présente section des données récentes sur l'usage de drogues et les troubles liés à cet usage avant l'incarcération, l'usage de drogues (notamment par injection) pendant l'incarcération, la prévalence des maladies infectieuses chez les usagers de drogues injectables et la riposte mondiale en ce qui concerne la fourniture de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, la thérapie de substitution aux opioïdes, et le dépistage et le traitement du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose active en milieu carcéral. Ces données sont extraites d'un certain nombre d'examen systématiques effectués récemment à l'échelle mondiale. Si la plupart de ces données sont basées sur des études réalisées dans les pays développés, on a également utilisé certaines études provenant de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Pour d'autres renseignements sur ces examens systématiques, on se reportera au tableau figurant aux pages [...] [...] du présent rapport.

[[BOX :]] Populations carcérales : nombre et taux d'incarcération

Le nombre de personnes incarcérées et les taux d'incarcération sont très différents d'une région à l'autre. Plus d'un tiers de la population carcérale mondiale de 10,7 millions de personnes est détenu en Asie (41 %) et une proportion analogue dans les Amériques (35 %). Les Amériques enregistrent de loin le plus fort taux d'incarcération, puisqu'il représente près du triple du taux mondial, qui est de 142 pour 100 000 habitants, tandis que l'Afrique et l'Asie ont les taux les plus faibles (soit environ les deux tiers de ce taux mondial dans les deux cas). Plus de 90 % des personnes détenues sont des hommes, le nombre d'enfants (personnes âgées de moins de 18 ans) étant estimé à 1,0 %^a.

Le nombre de femmes incarcérées est très inférieur à celui des hommes, mais les femmes sont plus nombreuses (35 %) que les hommes (19 %) à être incarcérées pour des infractions liées aux drogues^b.

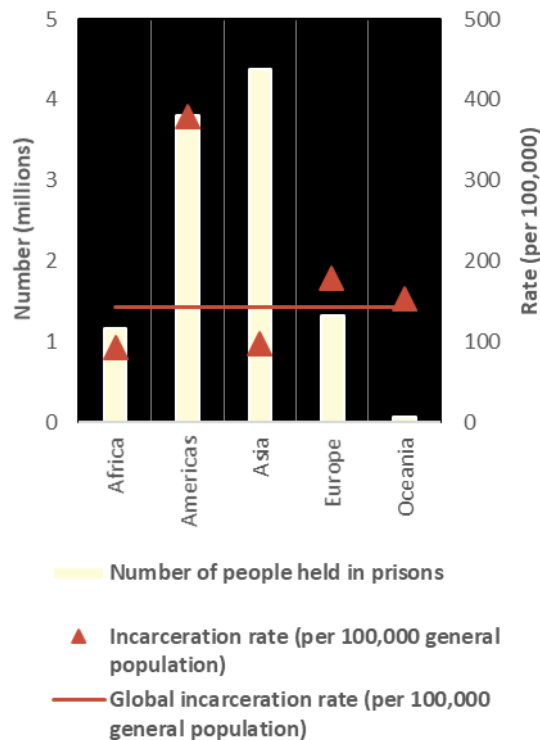
⁸¹ Seena Fazel, Isabel A. Yoon et Adrian J. Hayes, « Substance use disorders in prisoners : an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women », *Addiction*, vol. 112, n° 10 (octobre 2017), p. 1725 à 1739.

⁸² Adrian P. Mundt *et al.*, « Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries », *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 70 à 81.

⁸³ Kate Dolan *et al.*, « People who inject drugs in prison : HIV prevalence, transmission and prevention », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, Suppl n° 1 (2015), p. S12 à S15.

⁸⁴ Adeeba Kamarulzaman *et al.*, « Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners », *The Lancet*, vol. 388, n° 10049 (2016), p. 1115 à 1126.

Nombre de personnes détenues dans les prisons et taux d'incarcération, par région, 2017



Number of people (millions)	Nombre de personnes (en millions)
Rate (per 100,000)	Taux (pour 100 000 habitants)
Number of people held in prisons	Nombre de personnes détenues dans les prisons
Incarceration rate per region (per 100,000 general population)	Taux d'incarcération par région (pour 100 000 habitants)
Global incarceration rate (per 100,000 general population)	Taux d'incarcération mondial (pour 100 000 habitants)
Africa	Afrique
Americas	Amérique
Asia	Asie
Europe	Europe
Oceania	Océanie

Sources : Enquête des Nations Unies sur les tendances de la criminalité et le fonctionnement des systèmes de justice pénale (différentes années); et Roy Walmsley, « World Prison Population List », 12^e éd. (Londres, Institute for Criminal Policy Research, 2018).

Note : Basé sur les données émanant de 224 pays et territoires pour 2017 (ou l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données).

^a. Note du Secrétariat intitulée « Tendances de la criminalité dans le monde, et nouvelles questions et mesures prises dans le domaine de la prévention du crime et de la justice pénale » (E/CN.15/2014/5).

^b. Selon les rapports émanant de 50 États Membres [ONU DC, collectes ponctuelles de données sur les personnes détenues dans les prisons (2010-2014)].

Les personnes ayant des antécédents d'usage de drogues ou de troubles liés à cet usage représentent dans certains pays une fraction importante de la population carcérale

Les données sont limitées, mais il est permis de penser que, dans certains pays à revenu élevé, les personnes présentant des troubles liés à l'usage de drogues constituent une fraction importante de la population carcérale. Les troubles en question sont très répandus chez les personnes qui viennent d'être incarcérées, et se rencontrent alors plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Un examen systématique a recensé les études réalisées sur la prévalence dans l'année des troubles liés à l'usage de drogues⁸⁵ au moment de l'admission dans un établissement pénitentiaire⁸⁶. La prévalence dans l'année des troubles liés à l'usage de drogues chez les personnes venant d'être incarcérées était de 30 % pour les hommes (pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 22 et 38 %) et 51 % pour les femmes (pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 43 et 58 %). Cela est à opposer, par exemple, à la prévalence dans l'année des troubles liés à l'usage de drogues dans les pays à revenu élevé, qui était de 2,9 % dans la population générale (personnes âgées de 12 ans et plus) aux États-Unis en 2015 et de 0,9 % dans la population générale (personnes âgées de 16 à 85 ans) en Australie en 2007^{87, 88}. On a des raisons de penser que les troubles en question chez les femmes venant d'être incarcérées ont augmenté au cours des trois décennies écoulées, le taux passant de 46 % (pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 33 et 58 %) avant 2000 à 54 % (pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 47 et 62 %) après 2000. On a constaté que les données sur la prévalence dans l'année des troubles liés à l'usage de drogues apparus avant l'incarcération communiquées par des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire étaient très peu abondantes : seules deux études avaient été recensées, en provenance de l'Amérique du Sud. Ces deux études ont été exclues de l'analyse globale afin de ne fournir une estimation de la prévalence dans l'année des troubles liés à l'usage de drogues apparus avant l'incarcération que pour les pays à revenu élevé. Toutefois, la prévalence dans l'année des troubles liés à l'usage de drogues au moment de l'incarcération, telle qu'elle ressort des deux études réalisées par les deux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, était d'au moins 30 %.

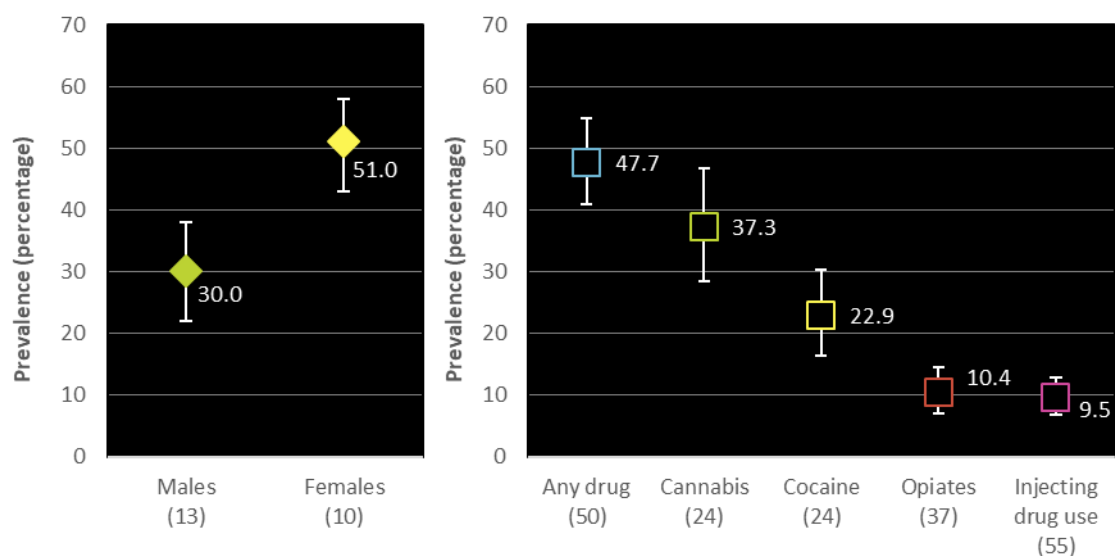
⁸⁵ Abus de substances et/ou toxicodépendance déterminés sur la base d'examen cliniques ou d'entrevues menés à l'aide d'outils de diagnostic validés (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e et 4^e éditions (Washington, D. C., American Psychiatric Association, différentes années) et *Classification internationale des maladies*, 9^e et 10^e éditions (Genève, Organisation mondiale de la Santé, différentes années)), les diagnostics étant établis sur les 12 mois précédant le moment de l'entretien avec les participants ou leur examen.

⁸⁶ Fazel, Yoon et Hayes, « Substance use disorders in prisoners ».

⁸⁷ États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, Direction des services de la santé mentale et de la prévention et du traitement de l'abus de drogues, Center for Behavioral Health Statistics and Quality « Behavioral health barometer : United States, volume 4 – indicators as measured through the 2015 National Survey on Drug Use and Health and National Survey of Substance Abuse Treatment Services », HHS Publication n° SMA-17-BaroUS-16. (Rockville, Maryland, 2017).

⁸⁸ Tim Slade *et al.*, *The Mental Health of Australians 2 : Report on the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing* (Canberra, Department of Health and Ageing, 2009).

Fig. 14. Troubles liés à l’usage de drogues et usage de drogues avant l’incarcération



(a) Lifetime use of drugs and injecting drug use before imprisonment in low- and middle-income countries, 1987–2017	a) Usage de drogues au cours de la vie et usage de drogues injectables avant l’incarcération dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, 1987-2017
(b) Past-year drug use disorders before imprisonment in high-income countries, 1988–2015	b) Prévalence dans l’année de troubles liés à l’usage de drogues avant l’incarcération dans les pays à revenu élevé, 1988-2015
Prevalence (percentage)	Prévalence (en pourcentage)
Males	Hommes
Females	Femmes
Any drug	Toute drogue
Cannabis	Cannabis
Cocaine	Cocaïne
Opiates	Opiacés
Injecting drug use	Usage de drogues injectables

Sources : Seena Fazel, Isabel A. Yoon et Adrian J. Hayes, « Substance use disorders in prisoners : an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women », *Addiction*, vol. 112, n° 10 (octobre 2017), p. 1725 à 1739; et Adrian P. Mundt *et al.*, « Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries », *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, n° 1, (juin 2018), p. 70 à 81.

Notes : Les symboles représentent les estimations groupées de la prévalence, les lignes verticales correspondant aux intervalles de confiance à 95 %. Les données ne sont pas uniformes d’une étude à l’autre. Les nombres placés entre parenthèses sur l’axe horizontal représentent le nombre d’études.

Il ressort d’un examen systématique distinct des études réalisées dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qu’un grand nombre des personnes qui ont été incarcérées avaient des antécédents d’usage de drogues avant leur entrée en détention. On a ainsi constaté que près de la moitié (48 %) avaient consommé des drogues au moins une fois avant leur incarcération (pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 41 et 55 %)⁸⁹. L’usage du cannabis a été le plus répandu, mais l’usage d’autres drogues avant l’incarcération a également été signalé : l’usage au cours de la vie d’opiacés l’a été par 10,4 % de ces personnes (pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 7 et 14 %); et des

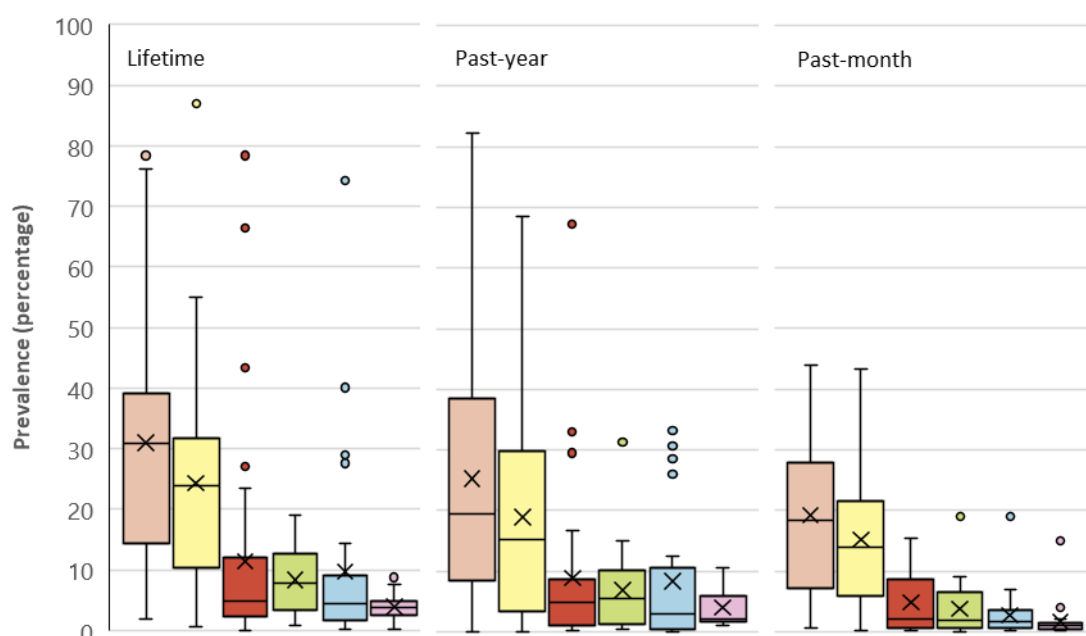
⁸⁹ Mundt *et al.*, « Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries ».

antécédents d'usage de drogues par injection ont été signalés par 9,5 % d'entre elles (pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 7 et 13 %).

L'usage de drogues, notamment d'héroïne, et l'usage de drogues injectables ont été constatés dans de nombreuses prisons

Sur la base de 149 études menées dans 62 pays, on estime que, dans le monde, une personne détenue dans une prison sur trois signale avoir consommé des drogues au moins une fois pendant son incarcération (médiane et moyenne = 31 %), une sur cinq signalant une consommation récente (au cours du mois écoulé) (médiane et moyenne = 19 %). Comme en milieu ouvert, le cannabis est la drogue la plus demandée. La consommation récente (au cours du mois écoulé) de l'héroïne (médiane = 2,2 % et moyenne = 4,9 %) est plus répandue que celle des amphétamines, de la cocaïne ou de l'« ecstasy ».

Fig. 15. Usage de drogues au cours de la vie, dans l'année et au cours du mois écoulé pendant une incarcération, 2000-2017



Prevalence (percentage)	Prévalence (en pourcentage)
Lifetime	Au cours de la vie
Past-year	Dans l'année
Past-month	Au cours du mois écoulé
Any drug	Toute drogue
Cannabis	Cannabis
Heroin	Héroïne
Amphetamines	Amphétamines
Cocain	Cocaïne
« Ecstasy »	« Ecstasy »

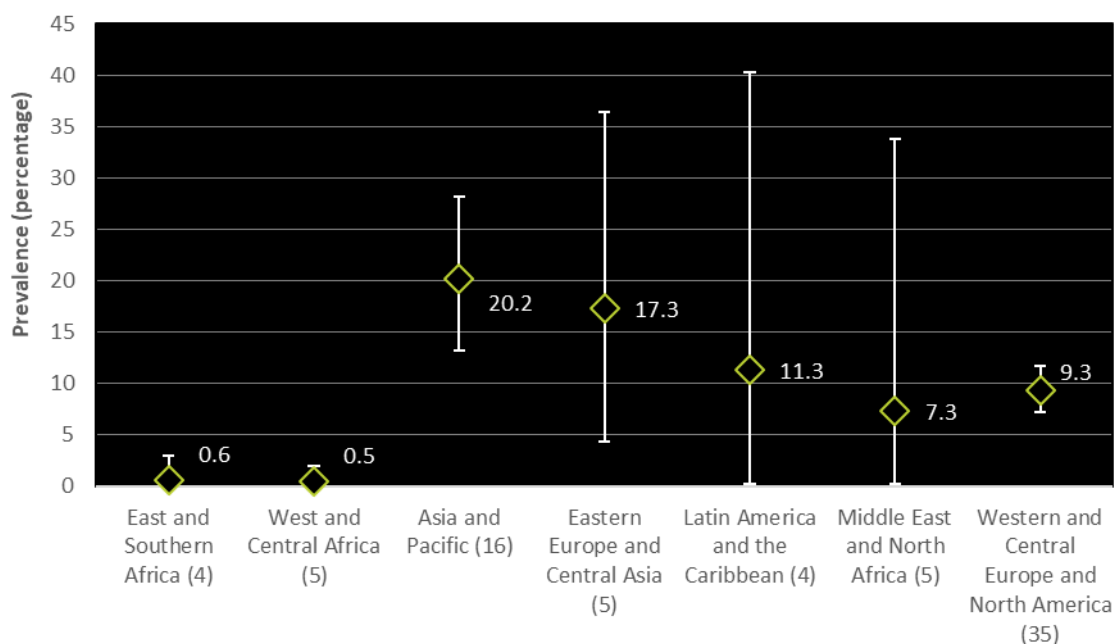
Sources : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels ; ONUDC, *Rapport Mondial sur les drogues 2015* (Vienne 2015) ; EMCDDA, Bulletin statistique (différentes années); et Adrian P. Mundt *et al.*, « Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries », *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 70 à 81.

Note : Basé sur 149 études menées dans 62 pays (nombre de pays par région : Afrique, 7; Amériques, 13; Asie, 11; Europe, 29; Océanie, 2). Les données sur l'usage au cours de la vie, dans l'année et au cours du mois écoulé ne sont pas uniformes pour toutes les études. La zone grisée représente la partie des estimations de la prévalence correspondant aux 50 centiles compris entre le 25^e et le 75^e centiles. La ligne horizontale à l'intérieur de cette zone exprime la prévalence médiane. La croix représente la prévalence moyenne. La ligne verticale passant au-dessus et au-dessous de la zone grisée rejoint la prévalence minimale et la prévalence maximale, à moins que

certaines estimations ne se situent à l'extérieur de l'intervalle représentant 1,5 fois l'intervalle interquartile (l'écart entre le 75^e et le 25^e centiles) au-delà de la zone grisée. En pareil cas, ces estimations de prévalence sont considérées comme inhabituellement élevées et sont représentées par un point, et la ligne verticale s'étend jusqu'à l'estimation la plus importante qui se situe à l'intérieur de l'intervalle représentant 1,5 fois l'intervalle interquartile.

L'usage de drogues par injection en milieu carcéral représente un risque particulièrement élevé de transmission du VIH et de l'hépatite C en raison de la forte prévalence de ces deux infections dans la population carcérale et de l'absence d'aiguilles et de seringues dans la plupart des lieux de détention, ce qui incite les détenus à partager le matériel d'injection plus souvent et entre un plus grand nombre de personnes^{90, 91, 92}. Un examen systématique a recensé des études portant sur la prévalence au cours de la vie de l'usage de drogues par injection en milieu carcéral⁹³. On n'a pas établi d'estimation mondiale. Toutefois, les régions (les groupes sont ceux qui sont utilisés par les auteurs) présentant la plus forte prévalence de l'usage de drogues par injection par des personnes incarcérées étaient l'Asie et le Pacifique, l'Europe orientale et l'Asie centrale, dans lesquelles environ une personne détenue sur cinq s'était injecté de la drogue au moins une fois pendant son incarcération. En revanche, on a constaté de faibles niveaux d'usage de drogues par injection en milieu carcéral en Afrique de l'Est, australe, de l'Ouest et du Centre, ce qui correspond à la faible prévalence de cette pratique dans la population générale de nombreux pays de ces sous-régions.

Fig. 16. Usage de drogues injectables au cours de la vie pendant une incarcération, par région, 2007-2017



Prevalence (percentage) East and Southern Africa	Prévalence (en pourcentage) Afrique de l'Est et Afrique australe
---	---

⁹⁰ Dolan *et al.*, « Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees ».

⁹¹ Ralf Jürgens, Andrew Ball et Annette Verster, « Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 9, n° 1 (janvier 2009), p. 57 à 66.

⁹² Dolan *et al.*, « People who inject drugs in prison ».

⁹³ Babak Moazen *et al.*, « Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates », *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 58 à 69.

West and Central Africa	Afrique de l'Ouest et du Centre
Asia and Pacific	Asie et Pacifique
Eastern Europe and Central Asia	Europe orientale et Asie centrale
Latin America and the Caribbean	Amérique latine et Caraïbes
Middle East and North Africa	Moyen-Orient et Afrique du Nord
Western and Central Europe and North America	Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord

Source : Babak Moazen *et al.*, « Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates », *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 58 à 69.

Notes : Les groupes régionaux sont ceux qui sont utilisés par les auteurs. Les symboles représentent les estimations groupées de la prévalence, les lignes verticales correspondant aux intervalles de confiance à 95 %. Les nombres placés entre parenthèses sur l'axe horizontal représentent le nombre d'études.

Les deux tiers des personnes incarcérées dans le monde le sont dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire⁹⁴. Selon un examen systématique des études portant sur la prévalence de l'usage de drogues chez les personnes incarcérées dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, une personne détenue sur quatre consommerait de la drogue pendant son incarcération⁹⁵. Cette prévalence était plus forte que celle de l'alcool, que consommerait environ une personne détenue sur six. L'usage de cannabis pendant une incarcération a été signalé par 17 % et celui des opiacés par 6 %. On a constaté que la prévalence de l'usage de drogues par injection pendant une incarcération dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'Europe (6,5 %, pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 1,5 et 14,6 %) était sensiblement supérieure à celle de l'Afrique (0,0 %, pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 0,0 et 0,2 %). Une comparaison des taux de prévalence avant et pendant une incarcération a montré que les personnes détenues étaient bien plus susceptibles de continuer de consommer des opiacés que du cannabis ou de la cocaïne.

Dans certains pays, on constate des niveaux élevés d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues qui s'injectent de la drogue

Si la prévalence du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose dans la population carcérale générale est nettement plus forte que dans la population générale en dehors du milieu carcéral⁹⁶, il ressort des données disponibles, même si elles sont limitées, que les taux sont sensiblement plus élevés chez les personnes détenues qui s'injectent de la drogue (qui se sont injecté une drogue quelconque avant ou pendant leur incarcération) que chez les détenus qui ne s'en injectent pas. Un examen systématique a recensé les études portant sur la prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables en milieu carcéral⁹⁷. On n'a pas déterminé d'estimations groupées globales de la prévalence du VIH et de l'hépatite C chez ces usagers⁹⁸. Toutefois, en ce qui concerne la prévalence du VIH dans cette population, les 50 % d'estimations médianes se sont échelonnées de 1,5 à 18 %, et en ce qui concerne la prévalence de l'hépatite C dans cette même population, l'intervalle correspondant a été de 41 à 75 %. Les usagers de drogues injectables avaient une prévalence du VIH 6,0 fois supérieure (pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 3,8 et 9,4 %) et une prévalence de l'hépatite C 8,1 fois supérieure (pour un intervalle de confiance à 95 % compris entre 6,4 et 10,4 %) à celles des personnes détenues qui ne s'injectaient pas de drogue.

⁹⁴ Walmsley, « World prison population list ».

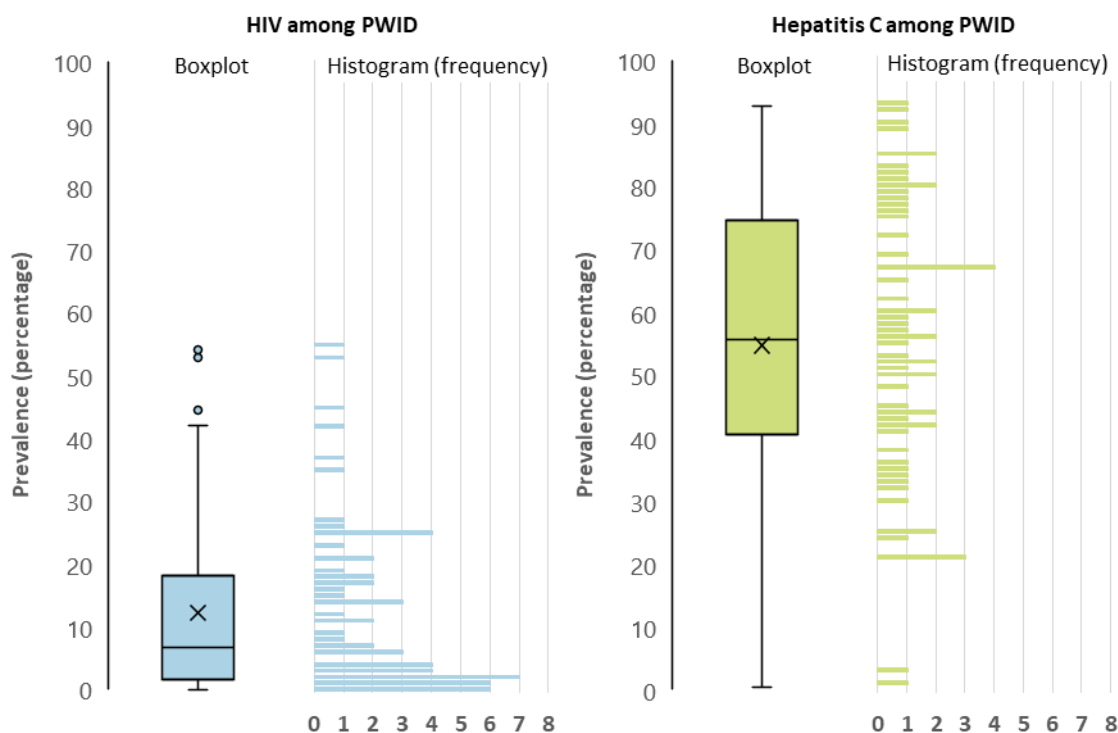
⁹⁵ Mundt *et al.*, « Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries ».

⁹⁶ Dolan *et al.*, « Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees ».

⁹⁷ Andrea L. Wirtz *et al.*, « HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations », *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 12 à 26.

⁹⁸ Une analyse groupée est une technique statistique de combinaison des résultats, en l'occurrence la prévalence tirée de plusieurs études épidémiologiques, pour obtenir une estimation globale de la prévalence.

Fig. 17. Le VIH et l'hépatite C chez les personnes détenues qui s'injectent de la drogue^a, 2005-2017



Prevalence (percentage) HIV among PWID Boxplot Histogram (frequency) Hepatitis C among PWID	Prévalence (en pourcentage) VIH chez les usagers de drogues injectables Diagramme en boîte Histogramme (fréquence) Hépatite C chez les usagers de drogues injectables
---	---

Source : Andrea L. Wirtz *et al.*, « HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations », *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 12 à 26.

Notes : Basé sur 62 études réalisées dans 18 pays pour le VIH et sur 61 études menées dans 22 pays pour l'hépatite C. La zone grisée représente la partie des estimations de la prévalence correspondant aux 50 centiles compris entre le 25^e et le 75^e centiles. La ligne horizontale à l'intérieur de cette zone exprime la prévalence médiane. La croix représente la prévalence moyenne. Les lignes verticales passant au-dessus et au-dessous de la zone grisée rejoignent la prévalence minimale et la prévalence maximale, à moins que certaines estimations ne se situent à l'extérieur de l'intervalle représentant 1,5 fois l'intervalle interquartile (l'écart entre le 75^e et le 25^e centiles) au-delà de la zone grisée. En pareil cas, ces estimations de prévalence sont considérées comme inhabituellement élevées et sont représentées par un point, et la ligne verticale s'étend jusqu'à l'estimation la plus importante qui se situe à l'intérieur de l'intervalle représentant 1,5 fois l'intervalle interquartile.

^a Personnes qui se sont injecté une drogue quelconque avant ou pendant leur incarcération.

Dans le même examen, il a été indiqué que l'on ignore la mesure dans laquelle les usagers de drogues injectables contractent ces maladies pendant leur incarcération; on n'a pu trouver qu'une seule étude qui fournisse une estimation d'incidence. Toutefois, il est permis de penser qu'il existe un lien entre des antécédents d'incarcération et une augmentation du risque d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables et que ces antécédents pourraient jouer un rôle important dans la transmission de ces deux maladies parmi ces derniers⁹⁹. Une incarcération récente (dans les 3, 6 ou 12 mois écoulés, selon l'étude) était associée à une augmentation de 81 % du risque de contracter le VIH et une augmentation de 62 % du risque de contracter l'hépatite C¹⁰⁰. L'aggravation du risque intervient non seulement pendant la période passée en prison, mais aussi dans les périodes de

⁹⁹ Jack Stone *et al.*, « Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs : a systematic review and meta-analysis », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 18, n° 12 (décembre 2018), p. 1397 à 1409.

¹⁰⁰ Basé sur des données tirées de 41 études sur les usagers de drogues injectables en milieu ouvert, publiées entre 2000 et 2017.

transition entre prisons et entre le milieu carcéral et le milieu ouvert, ce qui peut entraîner une reprise de la consommation de drogue, la perte de contact avec les services de santé et une perturbation ou une interruption du traitement^{101, 102}.

Il est important de connaître l'incidence de la tuberculose dans la population carcérale générale, en particulier en ce qui concerne les personnes qui, comme les usagers de drogues injectables, vivent avec le VIH, car la tuberculose est l'une des principales causes de décès chez ces personnes^{103, 104}. La tuberculose se transmet d'une personne à l'autre par voie aérienne et plus facilement parmi les personnes vivant à proximité immédiate les unes des autres dans des locaux surpeuplés et mal ventilés, ce qui est souvent le cas du milieu carcéral^{105, 106}. À l'échelle mondiale, 2,8 % des détenus vivaient avec la tuberculose active, taux très supérieur à celui observé dans la population générale, qui serait de 0,2 %¹⁰⁷.

La disponibilité et la couverture des services de prévention et de traitement du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose destinés aux personnes détenues sont limitées dans la plupart des milieux carcéraux

Les interventions scientifiques essentielles pour une prévention efficace du VIH et de l'hépatite C sont les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues stériles et la thérapie de substitution aux opioïdes, laquelle vise à réduire la dépendance aux opioïdes et, de ce fait, à diminuer la fréquence des injections de drogues¹⁰⁸. Le dépistage et les services consultatifs constituent une importante passerelle d'accès aux soins, ainsi qu'à un traitement destiné à réduire sensiblement la charge virale et la propagation du VIH et de l'hépatite C en milieu carcéral^{109, 110, 111}. Étant donné que la tuberculose est l'une des principales causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH, le dépistage et le traitement de cette maladie sont indispensables, en particulier parmi les usagers de drogues injectables, car la prévalence du VIH est beaucoup plus forte chez ces derniers que chez les détenus qui ne s'injectent pas de drogues.

Une analyse systématique récente des travaux antérieurs a permis, en conjonction avec des enquêtes nationales, d'évaluer la disponibilité et la couverture des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, de la thérapie de substitution aux opioïdes et des services de dépistage et de traitement du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose active en milieu carcéral^{112, 113}. Un pays est considéré comme fournissant ces services s'ils sont disponibles dans au moins une prison. On a constaté que les données relatives à la couverture de ces services, c'est-à-dire la proportion des prisons du pays qui les fournissent, étaient limitées. Les pays ont été regroupés selon qu'une intervention était mise en œuvre dans au moins 50 % des prisons ou dans moins de 50 % des prisons.

¹⁰¹ Josiah D. Rich *et al.*, « Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis », *The Lancet*, vol. 388, n° 10049 (2016), p. 1103 à 1114.

¹⁰² Wirtz *et al.*, « HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations ».

¹⁰³ Candice K. Kwan et Joel D. Ernst, « HIV and tuberculosis : a deadly human syndrome », *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 24, n° 2 (avril 2011), p. 351 à 376.

¹⁰⁴ OMS, *Global Tuberculosis Report 2016* (Genève, 2016).

¹⁰⁵ Masoud Dara *et al.*, « Tuberculosis control in prisons : current situation and research gaps », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 32 (mars 2015), p. 111 à 117.

¹⁰⁶ Iacopo Baussano *et al.*, « Tuberculosis incidence in prisons : a systematic review », *PLOS Medicine*, vol. 7, n° 12 (décembre 2010), p. 1 à 10.

¹⁰⁷ OMS, *Global Tuberculosis Report 2015* (Genève, 2015).

¹⁰⁸ ONUDC, OIT, PNUD, OMS et ONUSIDA, « HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings : a comprehensive package of interventions », note d'orientation (Vienne, 2013).

¹⁰⁹ *Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida : Révision de 2012*.

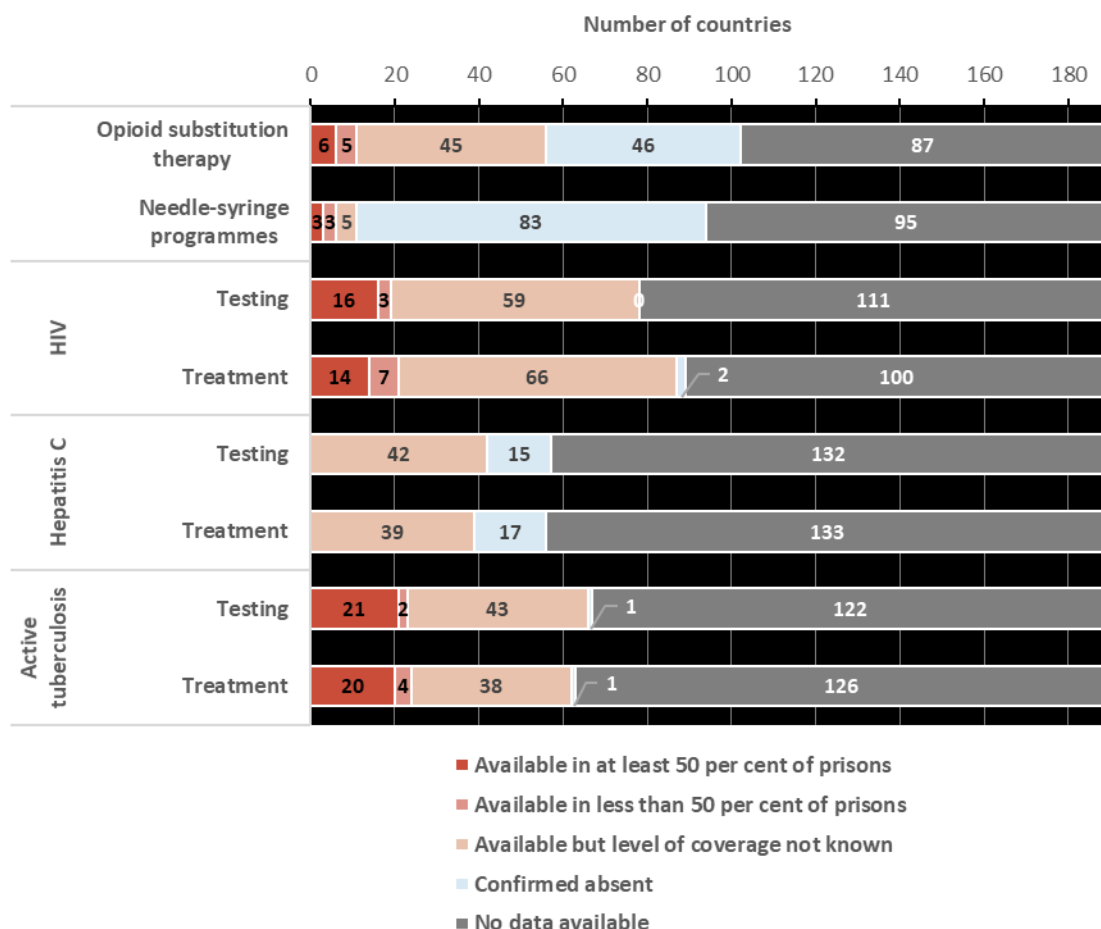
¹¹⁰ Katy M. E. Turner *et al.*, « The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users : pooling of UK evidence », *Addiction*, vol. 106, n° 11 (novembre 2011), p. 1978 à 1988.

¹¹¹ 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, n° 11 (novembre 2012), p. 1984 à 1995.

¹¹² Rebecca Bosworth, Babak Moazen et Kate Dolan, « HIV, viral hepatitis and TB in prison populations : a global systematic review and survey of infections and mortality, and provision of HIV services in prisons » (à paraître).

¹¹³ Cinquante-deux pays, représentant toutes les régions, ont répondu à l'enquête.

Fig. 18. Disponibilité, non-disponibilité et couverture mondiales des interventions essentielles en matière de prévention et de traitement du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose active en milieu carcéral, 2013-2017



Number of countries	Nombre de pays
Opioid substitution therapy	Thérapie de substitution aux opioïdes
Needle-syringe programmes	Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues
HIV	VIH
Testing	Dépistage
Treatment	Traitement
Hepatitis C	Hépatite C
Testing	Dépistage
Treatment	Traitement
Active tuberculosis	Tuberculose active
Testing	Dépistage
Treatment	Traitement
Available in at least 50 per cent of prisons	Disponible(s) dans au moins 50 % des prisons
Available in less than 50 per cent of prisons	Disponible(s) dans moins de 50 % des prisons
Available but level of coverage not known	Disponible(s), mais taux de couverture inconnu
Confirmed absent	Absence confirmée
No data available	Données non disponibles

Source : Rebecca Bosworth, Babak Moazen et Kate Dolan, « HIV, viral hepatitis and TB in prison populations : a global systematic review and survey of infections and mortality, and provision of HIV services in prisons » (à paraître).

Note : Au total, 189 pays avaient été inclus dans l'enquête. Un pays est considéré comme fournissant ces services s'ils sont disponibles dans au moins une prison.

L'étude a constaté de grandes différences quant à la disponibilité des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et de la thérapie de substitution aux opioïdes en milieu carcéral, en dépit de la forte prévalence de l'usage d'héroïne et de l'usage de drogues par injection, et de l'impact considérable des maladies infectieuses dans un grand nombre de prisons, en particulier parmi les usagers de drogues injectables. Même pour les pays ayant indiqué qu'un service était disponible en milieu carcéral, il ne faudrait pas nécessairement en conclure que la couverture est adéquate ou que la qualité du service fourni est suffisante pour améliorer les résultats en matière de santé.

L'étude a mis en évidence que 56 pays (qui détiennent 45 % de la population carcérale mondiale) mettaient en œuvre la thérapie de substitution aux opioïdes dans au moins une prison, et que 46 pays (où étaient détenus 30 % de la population carcérale mondiale) ne proposaient pas cette thérapie. La proportion des prisons la mettant en œuvre a pu être déterminée pour 11 pays : elle était d'au moins 50 % des prisons dans 6 d'entre eux. Parmi les 46 pays où l'absence de cette thérapie a été confirmée, on pense que, dans 22 d'entre eux, elle est mise en œuvre en milieu ouvert¹¹⁴. Au cours des deux dernières décennies, on a vu augmenter le nombre de pays mettant en œuvre cette thérapie dans au moins une prison, ce nombre passant de 5 en 1996¹¹⁵ à 29 en 2008¹¹⁶ et à 56 en 2017.

On a constaté que les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues étaient très nettement moins disponibles en milieu carcéral que la thérapie de substitution aux opioïdes : 11 pays (où sont détenus 4 % de la population carcérale mondiale) ont signalé la disponibilité d'un tel programme dans au moins une prison, mais l'absence de programmes de ce type a été confirmée dans 83 pays (où sont détenus 68 % de la population carcérale mondiale). La proportion des prisons mettant en œuvre un programme de ce type a pu être déterminée pour six pays, dont trois le proposaient dans au moins 50 % des prisons. Parmi les 83 pays où l'absence de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues a été confirmée, on pense que, dans 62 d'entre eux, ils sont mis en œuvre en milieu ouvert¹¹⁷.

La fourniture simultanée d'une thérapie de substitution aux opioïdes et de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues peut être particulièrement efficace pour prévenir la propagation du VIH et de l'hépatite C^{118, 119}. On a constaté que 10 pays (où étaient détenus 3,9 % de la population carcérale mondiale) fournissaient à la fois des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et une thérapie de substitution aux opioïdes dans au moins une prison; il pouvait s'agir de la même prison ou de deux prisons différentes.

La prévalence de l'usage de drogues par injection en milieu carcéral est la plus forte en Asie et dans le Pacifique, en Europe orientale et en Asie centrale, où un détenu sur cinq environ se serait injecté de la drogue au moins une fois pendant son incarcération¹²⁰. Or, aucune des prisons des 37 pays de la région de l'Asie et du Pacifique ne fournissait un programme de distribution d'aiguilles et de seringues et 9 pays seulement mettaient en œuvre une thérapie de substitution aux opioïdes. En Europe orientale et en Asie centrale, 5 pays sur 16 fournissaient un programme de distribution d'aiguilles et de seringues dans au

¹¹⁴ 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 ».

¹¹⁵ Kate Dolan et Alex Wodak, « An international review of methadone provision in prison », *Addiction Research*, vol. 4, n° 1 (1996), p. 85 à 97.

¹¹⁶ Sarah Larney et Kate Dolan, « A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons : equivalence of care? », *European Addiction Research*, vol. 15, n° 2 (mars 2009), p. 107 à 112.

¹¹⁷ Larney *et al.*, « Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs ».

¹¹⁸ 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, Suppl. n° 2 (août 2013), p. S39 à S45.

¹¹⁹ 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, n° 9737 (juillet 2010), p. 285 à 301.

¹²⁰ Moazen *et al.*, « Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates ».

moins une prison et 8 pays une thérapie de substitution aux opioïdes, 4 pays fournissant les deux services dans au moins une prison.

La forte prévalence de l'hépatite C parmi les populations carcérales, en particulier chez les usagers de drogues injectables, et la très lourde charge de morbidité associée aux cas d'hépatite C non traitée soulignent la nécessité du dépistage de cette maladie et de l'accès à un traitement en milieu carcéral. Or, les pays sont moins nombreux à signaler la disponibilité de services de dépistage et de traitement pour l'hépatite C que pour le VIH ou la tuberculose, et ils sont plus nombreux à confirmer l'absence de ces services. On dispose à présent d'antiviraux à action directe très efficaces, qui offrent un nouvel espoir de traitement et réduisent la charge de morbidité de l'hépatite C en milieu carcéral. Toutefois, la question de leur abordabilité a largement freiné l'élargissement de leur utilisation, et l'accès à ces médicaments est souvent limité aux personnes considérées comme devant être traitées en priorité, comme celles souffrant d'une cirrhose, en milieu ouvert comme en milieu carcéral^{121, 122}. On ne dispose que de rares informations sur la couverture des antiviraux à action directe en milieu carcéral^{123, 124, 125}. Dans les pays européens, par exemple, le dépistage des maladies infectieuses est disponible dans les prisons de la plupart d'entre eux, mais ils offrent rarement un traitement de l'hépatite C quel qu'il soit¹²⁶. D'après un examen systématique des moyens de traitement de cette maladie dans les prisons européennes, la disponibilité d'antiviraux à action directe en milieu carcéral a été signalée dans trois pays (Espagne, France et Italie), les publications soumises à un examen collégial n'ayant pas encore rendu compte des éventuelles améliorations apportées par l'introduction de ces médicaments dans les prisons¹²⁷.

Le traitement du VIH non seulement améliore les résultats en matière de santé pour la personne concernée, mais aussi réduit la charge virale, de sorte que le risque de transmission est sensiblement diminué. Étant donné le rôle joué par le VIH dans le développement de la tuberculose active et l'impact de la tuberculose sur la santé des personnes infectées par le VIH, il importe de traiter les deux infections d'une manière intégrée¹²⁸. À l'échelle mondiale, un traitement du VIH et de la tuberculose est administré (dans au moins une prison) dans 61 pays, sans qu'il le soit nécessairement de façon concomitante ou au même endroit.

Les services de traitement de l'usage de drogues, à savoir les traitements pharmacologique et psychosocial, et les services de réadaptation sociale et de postcure, restent bien moins disponibles en milieu carcéral qu'en milieu ouvert¹²⁹.

On considère que l'admission dans une prison, le transfèrement et la remise en liberté sont autant de périodes de vulnérabilité accrue. La période immédiatement postérieure à la libération a été définie comme un moment dangereux, le risque étant grand de voir la personne libérée rechuter et recommencer à consommer de la drogue, notamment par injection, et faire un surdosage mortel^{130, 131, 132}. Il est

¹²¹ Alison D. Marshall *et al.*, « The removal of DAA restrictions in Europe : one step closer to eliminating HCV as a major public health threat », *Journal of Hepatology*, vol. 69, n° 5 (novembre 2018), p. 1188 à 1196.

¹²² Rachel E. Simon *et al.*, « Tackling the hepatitis C cost problem : a test case for tomorrow's cures », *Hepatology*, vol. 62, n° 5 (novembre 2015), p. 1334 à 1336.

¹²³ Karli R. Hochstatter *et al.*, « The continuum of hepatitis C care for criminal justice involved adults in the DAA era : a retrospective cohort study demonstrating limited treatment uptake and inconsistent linkage to community-based care », *Health & Justice*, vol. 5, n° 10 (2017), p. 1 à 10.

¹²⁴ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et EMCDDA, *Public Health Guidance on Prevention and Control of Blood-borne Viruses in Prison Settings* (Stockholm, 2018).

¹²⁵ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, *Systematic Review on the Prevention and Control of Blood-borne Viruses in Prison Settings* (Stockholm, 2018).

¹²⁶ EMCDDA, *Health and Social Responses to Drug Problems : A European Guide* (Luxembourg : Office des publications officielles de l'Union européenne, 2017).

¹²⁷ Hilde Vrolijk *et al.*, « A systematic review on models of care effectiveness and barriers to hepatitis C treatment in prison settings in the EU/EEA », *Journal of Viral Hepatitis*, vol. 25, n° 12 (décembre 2018), p. 1406 à 1422.

¹²⁸ OMS, « WHO policy on collaborative TB/HIV activities : guidelines for national programmes and other stakeholders » (Genève, 2012).

¹²⁹ Rapport du Directeur exécutif sur les mesures prises par les États Membres en application de la Déclaration politique et du Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue (E/CN.7/2018/6).

¹³⁰ Kamarulzaman *et al.*, « Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners ».

¹³¹ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, « Preventing overdose deaths in the criminal-justice system », éd. révisée (Copenhague, 2014).

¹³² Wirtz *et al.*, « HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations ».

indispensable d'assurer la continuité des soins aux personnes incarcérées pour que le bénéfice du traitement des troubles liés à l'usage de drogues qui avait commencé avant ou pendant l'incarcération ne soit pas perdu¹³³. Cela étant, les détenus libérés ont rarement accès à des interventions ou médicaments de prévention et de gestion des surdoses (tels que la naloxone ou la méthadone) ou à un traitement des troubles liés à l'usage de substances, et ne sont pas mis en relation avec des services de traitement du VIH, de l'hépatite C ou de la toxicomanie au moment de leur élargissement, ou n'ont accès qu'à certains d'entre eux¹³⁴.

TABLEAU 1 Données tirées des examens systématiques menés récemment à l'échelle mondiale sur l'usage de drogues, les maladies infectieuses et la fourniture de services de prévention et de traitement en milieu carcéral

Indicateur	Prévalence dans l'année de troubles liés à l'usage de drogues, avant l'incarcération
Source :	Seena Fazel, Isabel A. Yoon et Adrian J. Hayes, « Substance use disorders in prisoners : an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women », <i>Addiction</i> , vol. 112, n° 10 (octobre 2017), p. 1725 à 1739.
Couverture géographique :	Pays à revenu élevé (principalement États-Unis d'Amérique : 11 des 23 études)
Période :	1988-2015
Nombre d'études :	Hommes : 13 études de 8 pays portant sur 5 750 détenus
	Femmes : 10 études de 4 pays portant sur 4 379 détenues
Indicateur	Prévalence au cours de la vie de l'usage de drogues, avant l'incarcération
Source :	Adrian P. Mundt <i>et al.</i> , « Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries », <i>Epidemiologic Reviews</i> , vol. 40, n° 1, (juin 2018), p. 70 à 81.
Couverture géographique :	Pays à faible revenu et à revenu intermédiaire
Période :	1987-2017
Nombre d'études :	Usage de toutes drogues : 50 études de 21 pays
	Opiacés : 37 études de 22 pays

¹³³ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Prisons and Health* (Copenhague, 2014).

¹³⁴ Leonard S. Rubenstein *et al.*, « HIV, prisoners, and human rights », *The Lancet*, vol. 388, n° 10050 (2016), p. 1202 à 1214.

	Cannabis : 24 études de 12 pays
	Cocaïne : 24 études de 10 pays
	Usage de drogues injectables : 55 études de 27 pays
Indicateur	Prévalence au cours de la vie de l'usage de drogues, en prison
Source :	Adrian P. Mundt <i>et al.</i> , « Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries », <i>Epidemiologic Reviews</i> , vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 70 à 81.
Couverture géographique :	Pays à faible revenu et à revenu intermédiaire
Période :	1987-2017
Nombre d'études :	Usage de toutes drogues : 26 études de 14 pays
	Opiacés : 26 études de 14 pays
	Cannabis : 30 études de 16 pays
	Cocaïne : 20 études de 8 pays
	Usage de drogues injectables : 28 études de 16 pays
Indicateur	Usage de drogues injectables au cours de la vie, en prison
Source :	Babak Moazen <i>et al.</i> , Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates, <i>Epidemiologic Reviews</i> , vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 58 à 69.
Couverture géographique :	Monde
Période :	2007-2017
Nombre d'études :	71 études de 36 pays
Indicateur	Prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent de la drogue, en prison

Source :	Andrea L. Wirtz <i>et al.</i> , « HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations », <i>Epidemiologic Reviews</i> , vol. 40, n° 1 (juin 2018), p. 12 à 26.
Couverture géographique :	Principalement les pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé du Moyen-Orient et de l’Afrique du Nord, et de l’Asie et du Pacifique
Période :	2005-2017
Nombre d’études :	VIH : 62 études de 18 pays
	Hépatite C : 61 études de 22 pays
Indicateur	Disponibilité de programmes de distribution d’aiguilles et de seringues, de thérapies de substitution aux opioïdes, et du dépistage et du traitement des maladies infectieuses
Source :	Rebecca Bosworth, Babak Moazen et Kate Dolan, « HIV, viral hepatitis and TB in prison populations : A global systematic review and survey of infections and mortality, and provision of HIV services in prisons » (à paraître).
Couverture géographique :	Monde : toutes régions représentées
Période :	2013-2017
Nombre d’études :	Programmes de distribution d’aiguilles et de seringues : 94 pays
	Thérapie de substitution aux opioïdes : 102 pays
	VIH : 78 pays (dépistage) et 89 pays (traitement)
	Hépatite C : 57 pays (dépistage) et 56 pays (traitement)
	Tuberculose active : 67 pays (dépistage) et 63 pays (traitement)

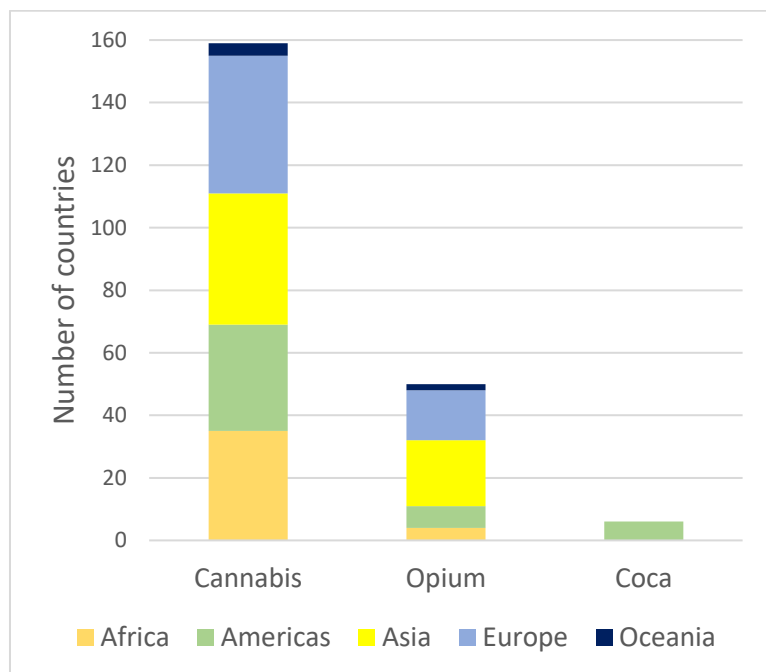
OFFRE DE DROGUES

Le cannabis reste la substance dont la production est la plus répandue

Le cannabis reste la substance dont la production est la plus répandue dans le monde. Entre 2010 et 2017, la culture illicite du cannabis a été directement ou indirectement signalée à l’ONUDDC par 159 pays appartenant à toutes les régions, où vit 97 % de la population mondiale. Cela représente le triple des

50 pays, dont la plupart se trouvent en Asie, qui signalent la culture du pavot à opium et beaucoup plus que le nombre des pays – tous situés dans les Amériques – qui indiquent que la culture du cocaïer est pratiquée sur leur territoire.

Fig. 19. Nombre de pays signalant une culture illicite de plantes servant à fabriquer des drogues^a, 2010-2017



Number of countries	Nombre de pays
Cannabis	Cannabis
Opium	Pavot à opium
Coca	Cocaïer
Africa	Afrique
Americas	Amériques
Asia	Asie
Europe	Europe
Oceania	Océanie

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

^a Pays signalant la culture, la production et l'éradication de cannabis, de pavot à opium et de cocaïer, pays signalant des saisies de cannabis, de pavot à opium et de cocaïer, et pays identifiés par d'autres États Membres comme des pays d'origine du cannabis, du pavot à opium, de l'opium et de la feuille de coca.

La culture du pavot à opium a reculé en 2018, tandis que celle du cocaïer poursuivait sa progression

En dépit d'un recul d'environ 17 % en 2018, la superficie totale des cultures illicites de pavot à opium, ramenée à 346 000 hectares, reste de plus de 60 % plus importante qu'il y a 10 ans et nettement plus importante que la superficie totale consacrée à la culture du cocaïer.

Le recul de la superficie totale des cultures de pavot à opium en 2018 a principalement tenu à une régression de la culture de l'opium en Afghanistan, laquelle a diminué de 20 % à travers le pays. Toutefois, avec 263 000 hectares¹³⁵, l'Afghanistan a encore représenté cette année-là la plus grande superficie consacrée à la culture illicite du pavot à opium dans le monde. Ce recul de cette culture en

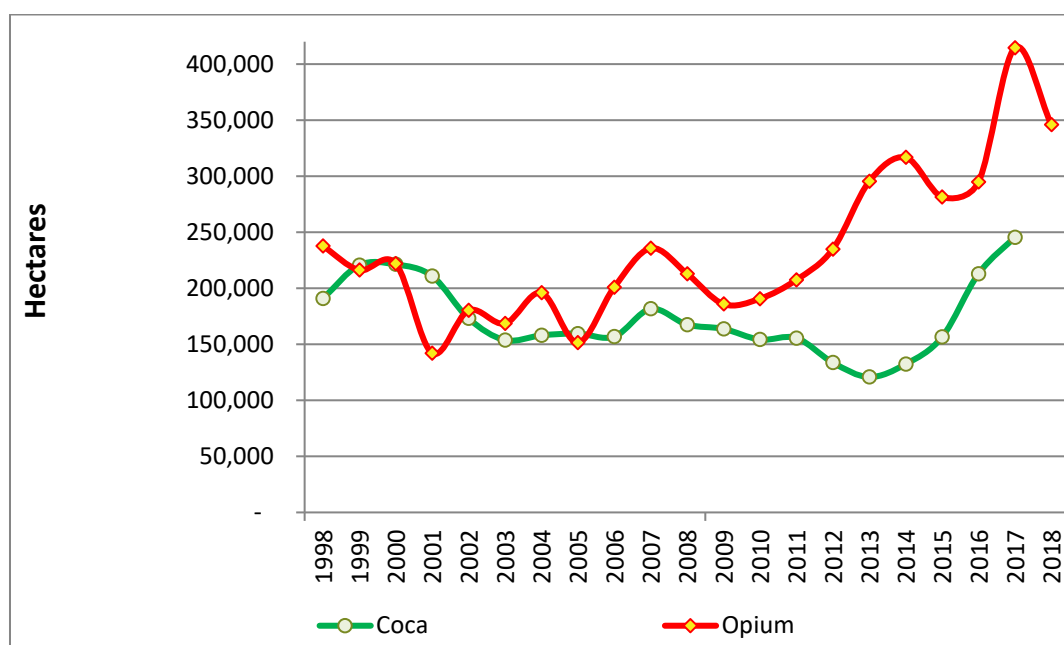
¹³⁵ ONUDC et Afghanistan, Ministère de la lutte contre les stupéfiants, *Afghanistan Opium Survey 2018 : Cultivation and Production* (novembre 2018).

Afghanistan a été principalement causé par une sécheresse, mais la baisse des prix de l’opium peut avoir fait reculer la culture de cette plante dans les provinces épargnées par la sécheresse. Entre 2016 et 2018, les prix de l’opium ont rapidement fléchi dans ce pays, ce qui s’explique sans doute par la surproduction des années précédentes.

Contribuant à la baisse générale de la culture du pavot à opium dans le monde, la culture de cette plante au Myanmar, qui est le deuxième producteur mondial, a continué de régresser. Elle a baissé de 12 % en 2018 pour atteindre 37 300 hectares. Ce recul a pu être provoqué par une intensification des activités de substitution à laquelle est venue s’ajouter la baisse des prix de l’opium due à celle de la demande d’opium en provenance du Myanmar à mesure que les consommateurs d’Asie de l’Est et du Sud-Est se tournaient vers les drogues de synthèse, en particulier la méthamphétamine¹³⁶.

Après l’Afghanistan et le Myanmar, la plus importante superficie consacrée à la culture du pavot à opium se trouve au Mexique (30 600 hectares pour la période allant de juillet 2016 à juin 2017)¹³⁷.

Fig. 20. Superficie totale des cultures de pavot à opium et de cocaïer dans le monde, 1998-2018



Hectares	Hectares
Pavot à opium	Opium
Cocaïer	Coca

Sources : Enquêtes de l’ONU DC sur la production de coca et d’opium dans différents pays; réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels; et États-Unis d’Amérique, Département d’État, *Rapport sur la stratégie internationale de lutte contre les stupéfiants*, différentes années.

Après avoir reculé de 45 % entre 2000 et 2013, la culture du cocaïer dans le monde a connu une nette tendance à la hausse entre 2013 et 2017, pour augmenter de plus de 100 %. Une progression a été

¹³⁶ ONU DC et Myanmar, Comité central pour la lutte contre l’abus des drogues, *Myanmar Opium Survey 2018 : Cultivation, Production and Implications* (Bangkok, 2019).

¹³⁷ ONU DC, *México : Monitoreo de Cultivos de Amapola 2015–2016 y 2016–2017* (novembre 2018). Au moment de l’établissement du présent rapport, on ne disposait d’aucune donnée pour 2018 concernant le Mexique.

signalée dans les trois pays andins en 2016 et 2017, à la suite de quoi cette culture a fait un bond de 36 % de 2015 à 2016 et de 15 % de 2016 à 2017, pour atteindre le niveau record de 245 000 hectares. En 2017, quelque 70 % de la superficie consacrée à la culture du cocaïer appartenait à la Colombie, 20 % du Pérou et 10 % à l'État plurinational de Bolivie.

Les régressions et progressions de la culture du cocaïer au cours des deux décennies écoulées ont été principalement dues aux changements intervenus en Colombie. La culture y a reculé entre 2000 et 2013 parallèlement à un large éventail d'interventions, notamment la pulvérisation aérienne, l'éradication manuelle et, en particulier après 2007, les activités de substitution. À partir de 2012, les superficies consacrées à la culture de coca faisant l'objet de fumigations ou d'une éradication manuelle ont diminué, passant de 130 000 hectares à 18 300 hectares en 2016, avant de remonter à 53 600 hectares en 2017. Ce recul de l'éradication est allé de pair avec l'intensification des mesures de détection et de répression prises contre la fabrication de cocaïne en Colombie¹³⁸.

La production d'opium s'est contractée dans le monde en 2018 tout en demeurant à un niveau élevé

La production mondiale d'opium a connu une tendance à la hausse à long terme au cours des deux dernières décennies, tout en enregistrant de fortes fluctuations annuelles. En 2018, cette production a diminué de 25 % par rapport à l'année précédente, pour s'établir à 7 790 tonnes, ce qui n'en constitue pas moins le troisième plus important chiffre de production depuis que l'ONU DC a commencé à surveiller systématiquement la production d'opium, dans les années 1990.

On estime que les trois premiers pays producteurs d'opium (Afghanistan, Mexique et Myanmar) se sont attribué environ 96 % de la production totale estimée en 2018, l'Afghanistan représentant à lui seul 82 % de ce total.

La régression mondiale de la production d'opium constatée en 2018 a été principalement due à une mauvaise récolte en Afghanistan (qui, avec 6 400 tonnes, a été inférieure de 29 % à celle de 2017), en rapport avec une contraction de 20 % des superficies cultivées et une baisse de rendement de 11 %. La sécheresse semble avoir été un facteur important de ce recul, car elle a touché non seulement les zones de culture pluviale, mais aussi les zones irriguées, compte tenu du fait que les faibles chutes de neige de l'hiver 2017-2018 avaient réduit la disponibilité en eau.

En outre, la production d'opium a baissé légèrement au Myanmar, passant de 550 tonnes en 2017 à 520 tonnes en 2018, la récente tendance à la baisse s'y poursuivant (la baisse a été de 20 % depuis 2015). Cela pourrait être dû à une contraction de la demande d'opiacés en provenance du Myanmar, qui pourrait elle-même s'expliquer par une production massive d'opium enregistrée en Afghanistan en 2017 ainsi que le passage à l'usage de drogues de synthèse constaté sur les marchés de la drogue d'Asie de l'Est et du Sud-Est¹³⁹.

Rien n'indique que le recul de la production mondiale d'opium en 2018 ait causé une pénurie de l'offre d'héroïne sur les marchés de consommation¹⁴⁰. D'ailleurs, les prix de l'opium comme de l'héroïne ont continué de baisser en 2018 dans les principales régions de production de l'Afghanistan et du Myanmar. En 2018, la production estimée d'opium aurait été suffisante pour fabriquer entre 486 et 736 tonnes d'héroïne (fabrication exprimée pour un degré de pureté à l'exportation), une fois prise en compte la consommation d'opium.

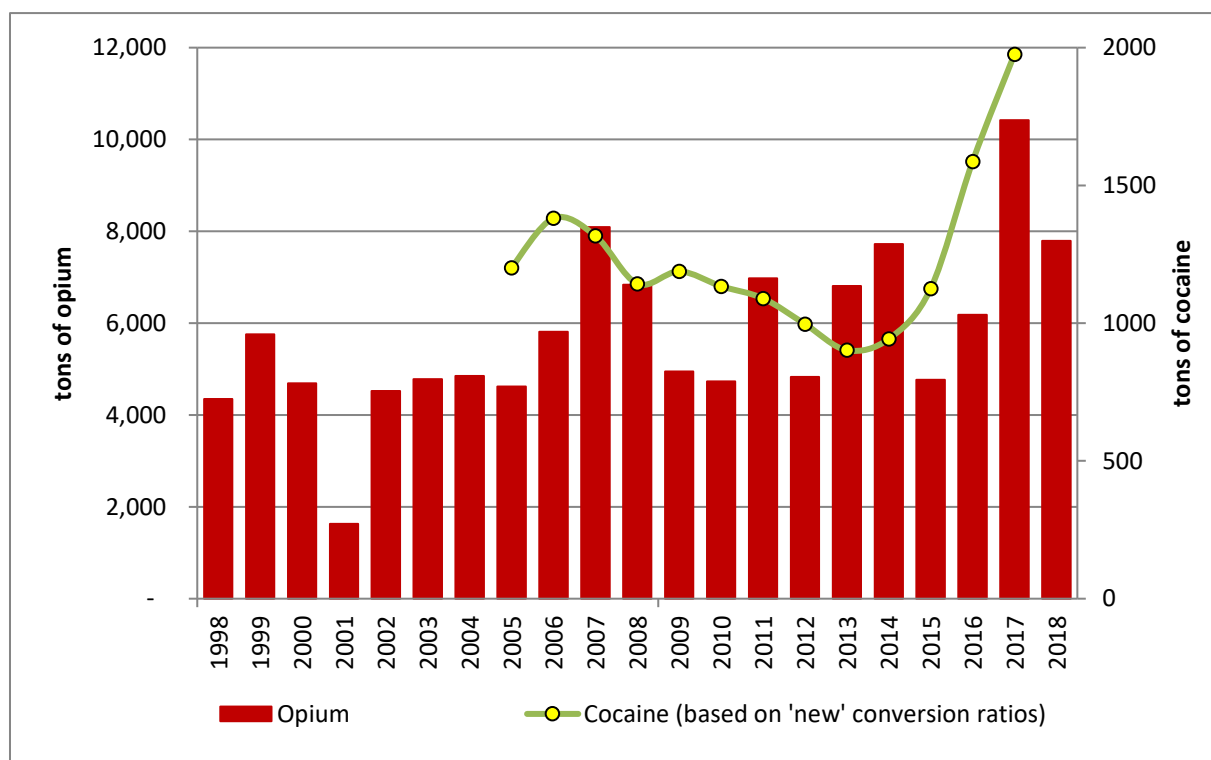
¹³⁸ Le fascicule 4 (*Stimulants*) du présent rapport examine de manière plus approfondie l'évolution de la culture de la coca.

¹³⁹ ONU DC et Myanmar, Comité central pour la lutte contre l'abus des drogues, *Myanmar Opium Survey 2018*.

¹³⁹ ONU DC et Myanmar, Comité central pour la lutte contre l'abus des drogues, *Myanmar Opium Survey 2018*.

¹⁴⁰ L'ONU DC n'a reçu aucune information faisant état d'une augmentation des prix de l'héroïne ou d'une baisse de sa pureté sur les principaux marchés de consommation.

Fig. 21. Production d'opium et de cocaïne^a à l'échelle mondiale, 1998-2018



tons of opium	Tonnes d'opium
tons of cocaine	Tonnes de cocaïne
opium	Opium
cocaine	Cocaïne
trend opium	Tendance de l'opium

Sources : Enquêtes de l'ONUDC sur la production de coca et d'opium dans différents pays; réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels; et États-Unis d'Amérique, Département d'État, *Rapport sur la stratégie internationale de lutte contre les stupéfiants*, différentes années.

^aExprimée sur la base d'une fabrication hypothétique de cocaïne pure à 100 %; en réalité, la production de cocaïne, non corrigée en fonction de la pureté, est nettement supérieure.

Le niveau de fabrication de cocaïne n'a jamais été aussi élevé

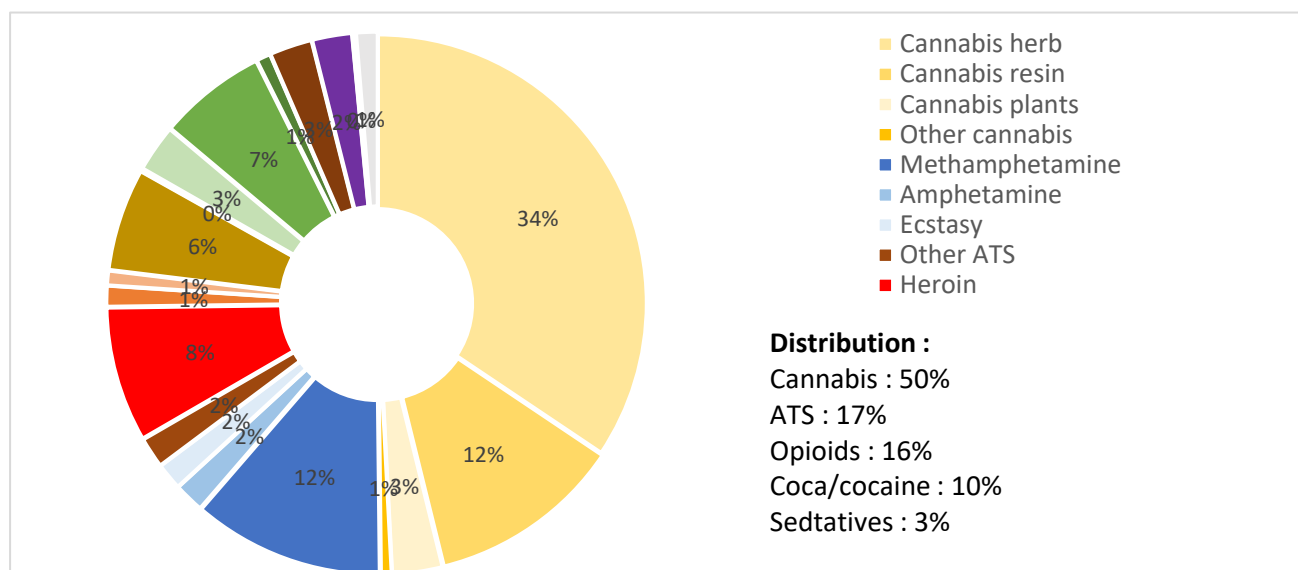
La fabrication de cocaïne à l'échelle mondiale, qui avait chuté de 35 % entre 2006 et 2013, a plus que doublé entre 2013 et 2017 et a progressé de 25 % entre 2016 et 2017, pour atteindre 1 976 tonnes (exprimée pour un degré de pureté de 100 %). Ce niveau record est principalement dû à la progression enregistrée en Colombie, encore que la fabrication de cocaïne ait également augmenté au Pérou et dans l'État plurinational de Bolivie.

En Colombie, la fabrication de cocaïne a plus que quadruplé entre 2013 et 2017. La quantité de feuilles de coca produites dans ce pays en 2017 a augmenté davantage (32 %) que la superficie consacrée à la culture de la coca (17 %), ce qui a fait progresser de 31 % la fabrication de la cocaïne, passée à 1 379 tonnes, soit environ 70 % du total mondial.

Les quantités de drogues saisies ont augmenté, la plus forte progression concernant les drogues de synthèse

À l'échelle mondiale, le cannabis constitue toujours la plus grande partie des saisies réalisées, mais l'augmentation du nombre de cas est due pour l'essentiel à d'autres drogues. Au total, 71 États Membres ont signalé 2,5 millions de saisies à l'ONUDC en 2016 et 2,7 millions en 2017; il s'agissait de cannabis dans la moitié des cas, principalement sous forme d'herbe.

Fig. 22. Répartition mondiale du nombre de saisies de drogues, 2016-2017, par type de drogue



<p>Cannabis 50 % ATS 17 % Opioids 16 % Coca/cocaïne 10 %</p> <p>Cannabis herb Cannabis resin Cannabis plants Other cannabis Méthamphétamine Amphétamine « Ecstasy » Other ATS Héroïne Opium/poppy plants</p> <p>Pharmaceutical opioids Other opioids Coca leaf/bush Cocaine paste/base Cocaine hydrochloride « Crack » and other cocaine NPS Sedatives Hallucinogens Other</p>	<p>Cannabis 50 % STA 17 % Opioïdes 16 % Coca/cocaïne 10 %</p> <p>Herbe de cannabis Résine de cannabis Pieds de cannabis Autres formes de cannabis Méthamphétamine Amphétamine « Ecstasy » Autres STA Héroïne Opium/pieds de pavot</p> <p>Opioïdes pharmaceutiques Autres opioïdes Feuille de coca/cocaïer Pâte de cocaïne/cocaïne base Chlorhydrate de cocaïne « Crack » et autres formes de cocaïne NSP Sédatifs Hallucinogènes Autres</p>
---	--

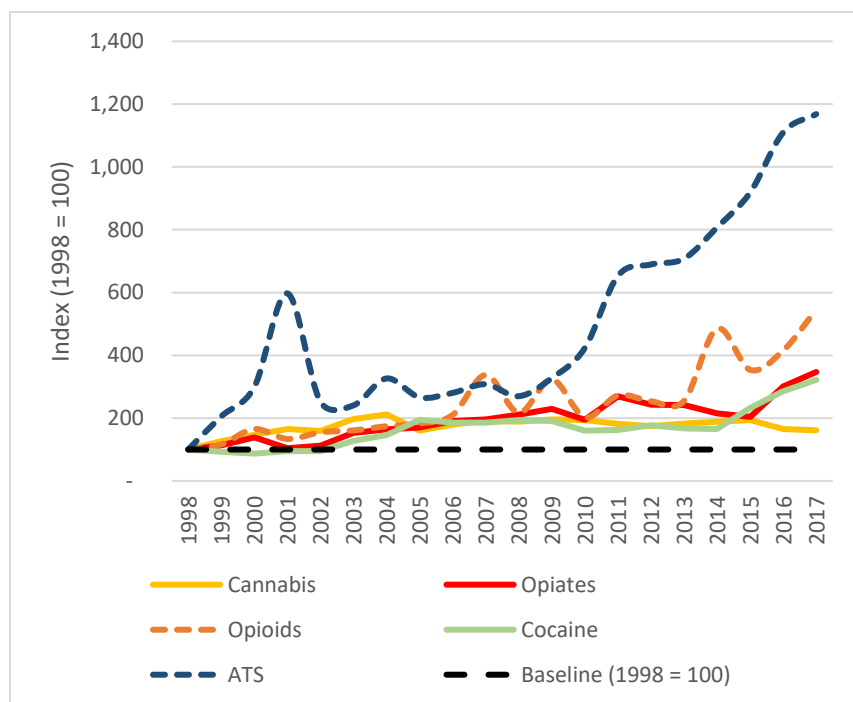
Source : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Note : Les calculs sont basés sur une ventilation de 5,3 millions de saisies signalées à l'ONUDC en 2016 et 2017 (2,54 millions de saisies en 2016 et 2,73 millions en 2017). Les données relatives aux saisies sont tirées de renseignements communiqués par 70 pays en 2016 et 71 pays en 2017.

L'ensemble de données le plus complet dont dispose l'Office concerne les quantités de drogues saisies et rassemble les données communiquées par 202 pays entre 1998 et 2017 (soit une moyenne de 155 pays

par an). Tandis que les quantités de cannabis saisies au cours de cette période ont augmenté de 60 %¹⁴¹, celles d'opiacés et de cocaïne saisies ont triplé, celles d'opioïdes (opiacés et opioïdes de synthèse) ont quintuplé et celles de stimulants de type amphétamine ont été multipliées par plus de 10. Les premières saisies de nouvelles substances psychoactives de synthèse enregistrées dans la base de données de l'Office ont eu lieu en 2001. Les quantités de nouvelles substances psychoactives de synthèse saisies en 2017 ont été plus de 400 fois plus importantes que celles signalées en 2001. Il découle de ce qui précède que ce sont les drogues de synthèse, à savoir les nouvelles substances psychoactives de synthèse, qui sont à l'origine de la plus forte progression des saisies de drogues effectuées au cours des deux décennies écoulées; elles sont suivies par les saisies de stimulants de type amphétamine et celles des opioïdes de synthèse.

Fig. 23. Tendances à long terme des quantités de drogues saisies (en équivalent kilogrammes), 1998-2017



Index (1998 = 100)	Indice (1998 = 100)
Cannabis	Cannabis
Cocaïne	Cocaïne
Opiates	Opiacés
Opioïdes	Opioïdes
ATS	STA

¹⁴¹ Soit une augmentation de 30 % des quantités de résine de cannabis saisies et de 70 % des quantités d'herbe de cannabis saisies.

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

Note :

Cannabis : herbe de cannabis et résine de cannabis

Opiacés : opium exprimé en équivalent héroïne, plus morphine et héroïne

Opioides : opiacés plus opioïdes pharmaceutiques et autres opioïdes

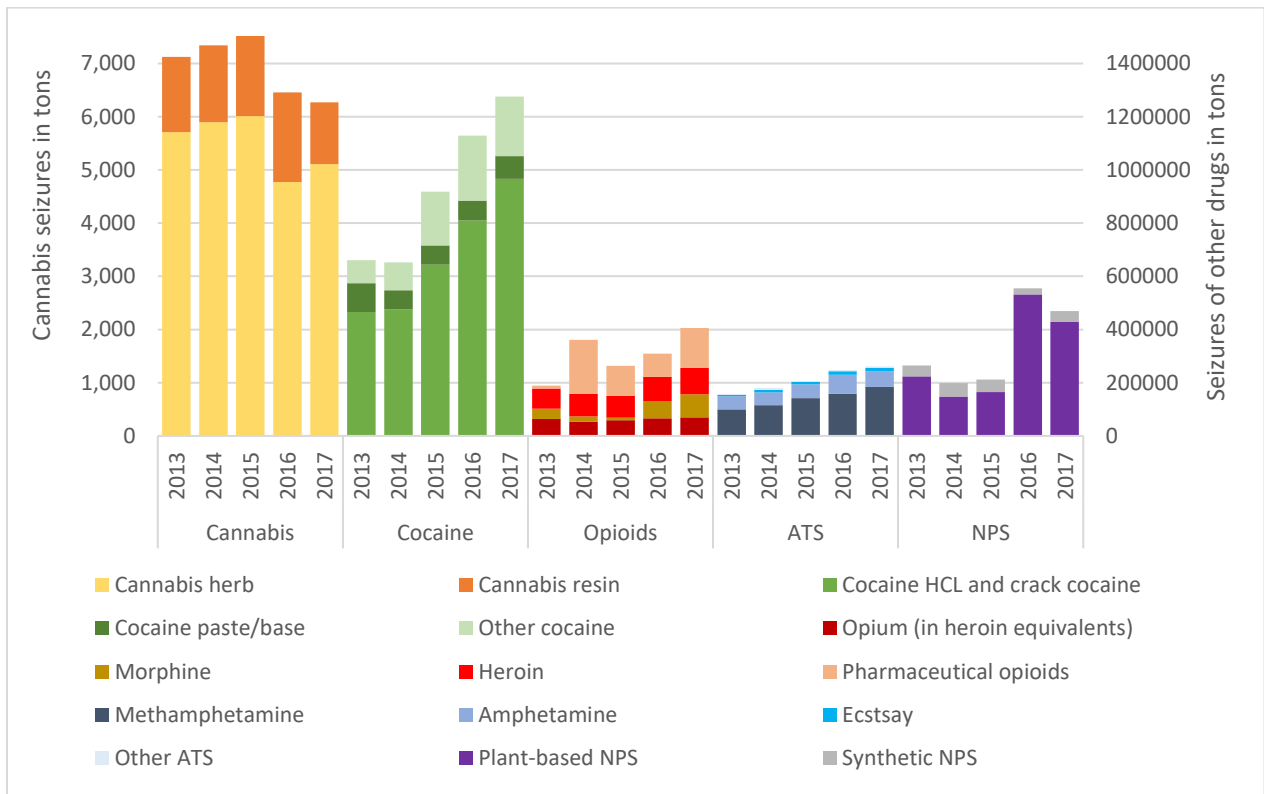
Cocaïne : chlorhydrate de cocaïne, cocaïne sous forme de « crack », cocaïne base, pâte et sels de cocaïne, pâte de coca/cocaïne base

STA : méthamphétamine, amphétamine et « ecstasy »

La progression des quantités de drogues saisies ces cinq dernières années est due avant tout aux opioïdes, à la cocaïne et aux nouvelles substances psychoactives d'origine végétale

Entre 2013 et 2017, les opioïdes ont été le type de drogues dont les saisies ont le plus augmenté : ces quantités ont doublé pendant cette période, en écho, notamment, à la crise des opioïdes que connaît actuellement l'Amérique du Nord. En deuxième position suivaient la cocaïne, dont la hausse des saisies résultait de la progression rapide de l'offre intervenue ces dernières années, puis les nouvelles substances psychoactives d'origine végétale, dont les saisies ont augmenté de 78 %. Les quantités de stimulants de type amphétamine saisies ont progressé de 65 %, celles des nouvelles substances psychoactives sont demeurées stables et celles de cannabis ont reculé de 12 %.

Fig. 24 Tendances à court terme des quantités de drogues saisies, 2013-2017



Cannabis (tons)	Cannabis (en tonnes)
Other drugs (ton equivalents)	Autres drogues (en équivalent tonnes)
Cannabis	Cannabis
Cocaine	Cocaïne
Opioids	Opioides
ATS	Stimulants de type amphétamine
NPS	NSP
Cannabis herb	Herbe de cannabis

Cocaine hydrochloride and "crack" cocaine	Chlorhydrate de cocaïne et cocaïne sous forme de « crack »
Other cocaine	Autres formes de cocaïne
Morphine	Morphine
Pharmaceutical opioids	Opioides pharmaceutiques
Amphetamine	Amphétamine
Other ATS	Autres STA
Synthetic NPS	NSP de synthèse
Cannabis resin	Résine de cannabis
Cocaine paste/base	Pâte de cocaïne/cocaïne base
Opium (in heroin equivalents)	Opium (en équivalent héroïne)
Heroin	Héroïne
Metamphetamine	Métamphétamine
« Ecstasy »	« Ecstasy »
Plant-based NPS	NSP d'origine végétale

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

Le cannabis représente la majeure partie des saisies à l'échelle mondiale, devant les substances liées à la coca et à la cocaïne

En 2017, les quantités les plus importantes de drogues saisies à l'échelle mondiale ont encore été celles de cannabis, suivies par celles des substances liées à la coca et à la cocaïne, des opioïdes, des nouvelles substances psychoactives et des stimulants de type amphétamine (principalement de méthamphétamine). Les quantités d'herbe de cannabis saisies ont été plus importantes que celles de résine de cannabis et d'huile de cannabis et, contrairement à l'année précédente, plus importantes que celles de plants de cannabis. Cette année-là, les plus grandes quantités d'herbe de cannabis saisies ont été signalées, pour la première fois, par le Paraguay, avant les États-Unis et le Mexique. Les plus grandes quantités de résine de cannabis saisies ont été signalées par l'Espagne, suivie du Pakistan et du Maroc.

Les quantités de chlorhydrate de cocaïne saisies se sont avérées plus importantes que celles non seulement de coca base, de pâte de coca et de cocaïne sous forme de « crack », mais aussi de feuilles de coca et de cocaiers. Les plus grandes quantités de cocaïne (chlorhydrate de cocaïne, cocaïne sous forme de « crack », cocaïne base et pâte de cocaïne) interceptées en 2017 ont encore été signalées par la Colombie, suivie des États-Unis et de l'Équateur.

Les plus importantes quantités d'opioïdes saisis ont concerné l'opium. Toutefois, lorsque seuls les opiacés sont pris en considération et analysés en équivalent morphine¹⁴², l'héroïne apparaît avoir été l'opiacé dont le trafic a été le plus répandu. Pour la deuxième année consécutive, les plus importantes quantités d'héroïne et de morphine saisies en 2017 ont été signalées par l'Afghanistan, suivi de la République islamique d'Iran et du Pakistan.

Depuis quelques décennies, les quantités d'héroïne saisies sont généralement plus importantes que celles des opioïdes pharmaceutiques, mais les données montrent que les quantités d'opioïdes pharmaceutiques saisies en 2017 ont été les plus importantes, pour la troisième fois depuis 2014. En quantité, les plus importantes saisies d'opioïdes de synthèse au monde ont à nouveau été celles de tramadol, opioïde non placé sous contrôle international, suivies par celles de codéine et de fentanyl. En 2017, le Nigéria a signalé avoir saisi les plus importantes quantités d'opioïdes de synthèse, suivies par celles de l'Égypte; dans les deux pays, la majorité des saisies ont concerné le tramadol. Étant donné que l'on peut tirer du fentanyl (et de ses analogues) un nombre de doses nettement supérieur à celui de tout autre opioïde, cette drogue a représenté le plus grand nombre de doses d'opioïdes pharmaceutiques saisies en 2016 et 2017¹⁴³. De fait, exprimés en doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques, près de 80 % de

¹⁴² Basé sur un taux de conversion selon lequel 10 kg d'opium sont équivalents à 1 kg de morphine ou d'héroïne.

¹⁴³ Pour des calculs détaillés des quantités saisies exprimées en nombre estimatif de doses, voir l'annexe méthodologique en ligne au présent rapport.

tous les opioïdes pharmaceutiques saisis en 2017 étaient du fentanyl (et ses analogues)¹⁴⁴. Comme lors des deux années précédentes, le fentanyl (et ses analogues) a principalement été saisi aux États-Unis, suivis du Canada et de l'Estonie.

En écho aux données communiquées au cours des deux décennies écoulées, les plus importantes saisies de stimulants de type amphétamine en 2017 ont été celles de méthamphétamine, suivies de celles de l'amphétamine et de l'« ecstasy ». Cette année-là, les saisies les plus importantes de stimulants de type amphétamine ont été signalées par les États-Unis, suivis de la Thaïlande, du Mexique, de la Chine et de l'Arabie saoudite.

En ce qui concerne les sédatifs et les tranquillisants saisis en 2017, il s'est agi pour l'essentiel de méthaqualone, principalement saisie en Afrique du Sud, en Inde et au Mozambique; venait ensuite le GHB, surtout saisi aux États-Unis, ainsi qu'en Australie et en Norvège.

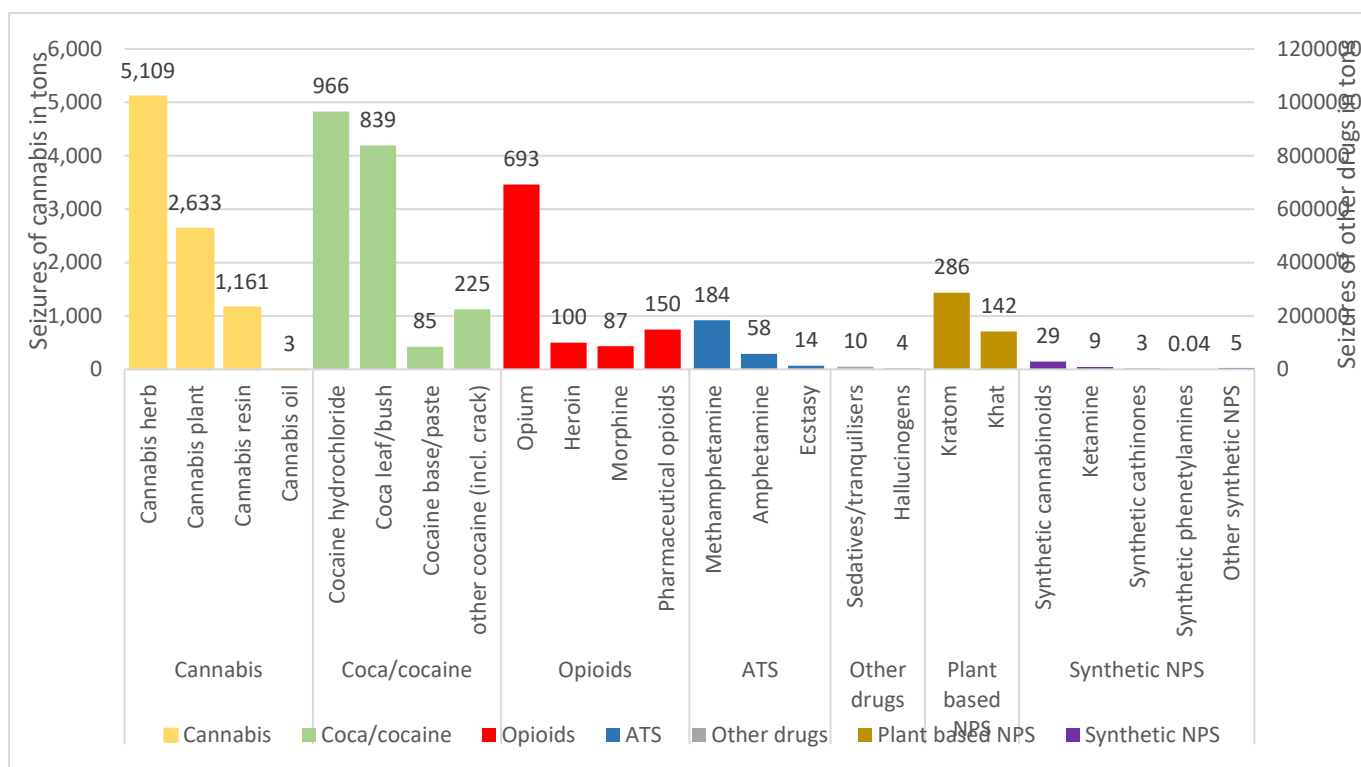
Les saisies d'hallucinogènes, qui portaient naguère surtout sur le LSD, ont, en 2017, été dominées par la diméthyltryptamine (DMT). Les quantités les plus importantes de DMT saisies ont été signalées par les États-Unis, suivis des Pays-Bas, de l'Italie et du Canada.

Les plus importantes quantités de nouvelles substances psychoactives d'origine végétale saisies en 2017 ont été, pour la deuxième année consécutive, celles du kratom (*Mitragyna speciosa*), suivies de celles de khat et de quantités moindres de l'hallucinogène *Datura stramonium*, dont aucun n'est placé sous contrôle international. Les saisies de kratom ont été opérées pour l'essentiel en Malaisie, la Thaïlande et le Myanmar signalant des saisies moins importantes. Celles de khat ont été opérées surtout aux États-Unis, suivis par les Pays-Bas et la République-Unie de Tanzanie.

Parmi les nouvelles substances psychoactives de synthèse, les saisies les plus importantes opérées en 2017 sont restées celles des cannabinoïdes de synthèse, suivies par celles de kétamine, de cathinones de synthèse, de tryptamines et de phénylaminés. Pour l'essentiel, les nouvelles substances psychoactives de synthèse ont été saisies aux États-Unis; des quantités moins importantes l'ont été en Chine et dans la Fédération de Russie. Les plus importantes saisies ont été celles de cannabinoïdes de synthèse aux États-Unis, de kétamine en Chine et de cathinones de synthèse (principalement métamfépramone, aussi appelée diméthylcathinone) dans la Fédération de Russie.

¹⁴⁴ Basé sur les doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques indiquées dans *Stupéfiants : Évaluations des besoins du monde pour 2018 – Statistiques pour 2016* (E/INCB/2017/2); et *Substances psychotropes : Statistiques pour 2016 – Prévisions des besoins annuels médicaux et scientifiques concernant les substances des Tableaux II, III et IV de la Convention sur les substances psychotropes de 1971* (E/INCB/2017/3).

Fig. 25 Quantités de drogues saisies dans le monde, 2017



Cannabis (tons) Other drugs (ton equivalents)	Cannabis (en tonnes) Autres drogues (en équivalent tonnes)
Cannabis herb	Herbe de cannabis
Cannabis plant	Plante de cannabis
Cannabis resin	Résine de cannabis
Cannabis oil	Huile de cannabis
Cocaine hydrochloride	Chlorhydrate de cocaïne
Coca leaf/bush	Feuille de coca/cocaïer
Cocaine base/paste	Cocaïne base/pâte de cocaïne
Other cocaine (incl. « crack »)	Autres formes de cocaïne (y compris le « crack »)
Opium	Opium
Heroin	Héroïne
Morphine	Morphine
Pharmaceutical opioids	Opioides pharmaceutiques
Methamphetamine	Méthamphétamine
Amphetamine	Amphétamine
« Ecstasy »	« Ecstasy »
Sedatives/tranquillizers	Sédatifs/tranquillisants
Hallucinogens	Hallucinogènes
Kratom	Kratom
Khat	Khat
Synthetic cannabinoids	Cannabinoïdes de synthèse
Ketamine	Kétamine
Synthetic cathinones	Cathinones de synthèse
Synthetic phenethylamines	Phénétylamines de synthèse
Other synthetic NPS	Autres NSP de synthèse
Cannabis	

Coca/cocaïne Opioids ATS Other drugs Plant-based NPS Synthetic NPS	Cannabis Coca/cocaïne Opioides STA Autres drogues NSP d'origine végétale NSP de synthèse
---	--

Source : ONUDC, réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels, basées sur les renseignements communiqués par 124 pays.

Note : La pureté ou la puissance des quantités saisies n'a pas été prise en compte.

Les saisies de nouvelles substances psychoactives se stabiliseraient

Les saisies de nouvelles substances psychoactives, c'est-à-dire des substances qui imitent des substances placées sous contrôle international sans y être placées elles-mêmes, ont manifestement augmenté au cours de la décennie écoulée. Une série chronologique de saisies de nouvelles substances psychoactives d'origine végétale signalées à l'ONUDC montre l'importance croissante prise par le kratom en 2016 et 2017, tandis que les quantités de khat saisies dans le monde sont demeurées globalement stables ces dernières années. Si du khat a été saisi par 52 pays de toutes les régions du monde au cours des dix dernières années, les interceptions de kratom ont été signalées par six pays, principalement en Asie du Sud-Est. Cela semble indiquer que le marché géographique du khat est plus étendu que celui du kratom, qui est principalement concentré dans une seule sous-région, bien que des saisies moins importantes de kratom fabriqué en Asie du Sud-Est aient également comporté des cargaisons à destination de l'Amérique du Nord (plus particulièrement les États-Unis) et de l'Océanie (notamment l'Australie)¹⁴⁵. En mai 2018, la Food and Drug Administration des États-Unis a adressé une mise en garde à trois distributeurs pour vente illégale dans ce pays de médicaments non approuvés contenant du kratom¹⁴⁶. Parallèlement, des quantités moins importantes de kratom ont également été saisies en Europe occidentale et centrale.

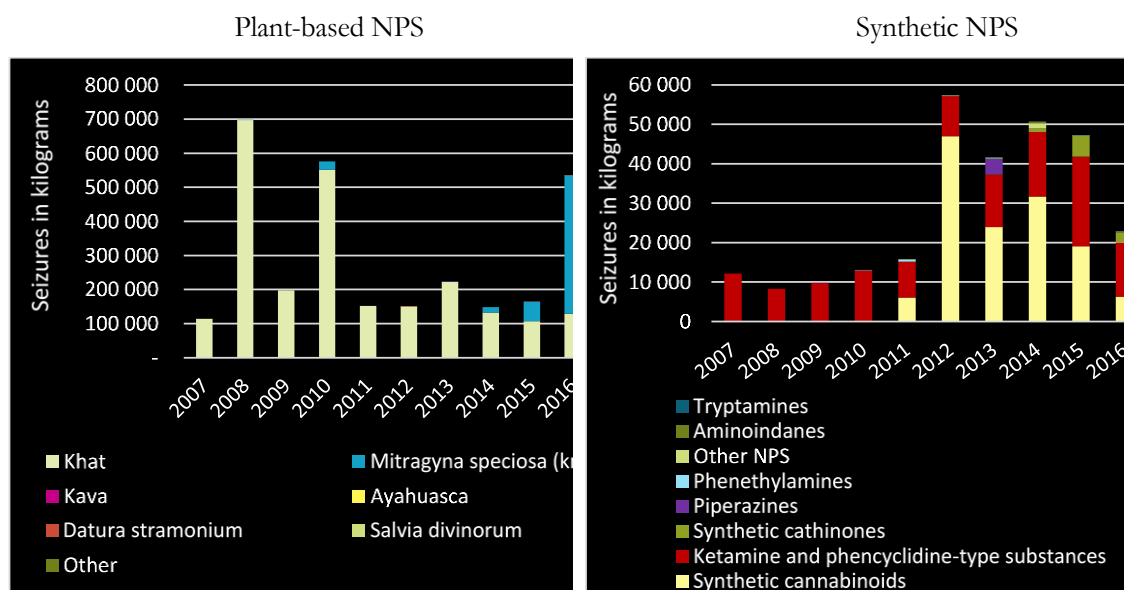
Les quantités globales de nouvelles substances psychoactives de synthèse saisies ont nettement augmenté au début de la deuxième décennie du nouveau millénaire, mais, nonobstant une hausse signalée en 2017, n'ont pas particulièrement progressé depuis. Cela peut s'expliquer par le fait que, ces dernières années, certaines des nouvelles substances psychoactives les plus nocives ont été placées sous contrôle national et international et, partant, sont produites à une échelle moindre et donnent lieu à un trafic moins important que par le passé et ne font plus partie d'aucune catégorie de nouvelles substances psychoactives.

Au total, 66 pays appartenant à toutes les régions ont signalé des saisies de nouvelles substances psychoactives de synthèse à l'ONUDC entre 2007 et 2017. De 15 en 2007, le nombre de ces pays est passé à 45 en 2017. Pour l'essentiel, les quantités saisies ont été signalées dans les Amériques (principalement l'Amérique du Nord), suivies par l'Asie (essentiellement l'Asie de l'Est et du Sud-Est) et l'Europe (Europe occidentale et centrale et Europe orientale). Les données rendent également compte de la prépondérance des cannabinoïdes de synthèse dans les saisies de nouvelles substances psychoactives de synthèse au cours de la deuxième décennie du nouveau millénaire. Ils ont été suivis par la kétamine et les cathinones de synthèse entre 2014 et 2017. Au cours de la dernière décennie, les saisies de pipérazines, phénéthylamines et tryptamines ont été moins importantes que celles de cannabinoïdes, de kétamine et de cathinones de synthèse.

¹⁴⁵ E/INCB/2017/1.

¹⁴⁶ E/INCB/2018/1.

Fig. 26 Quantités de nouvelles substances psychoactives saisies dans le monde, 2007-2017



Plant-based NPS	NPS d'origine végétale
Synthetic NPS	NPS de synthèse
Kilograms	Kilogrammes
Kilogram equivalents	Équivalent kilogrammes
Other	Autres
Salvia divinorum	Salvia divinorum
Datura stramonium	Datura stramonium
Ayahuasca	Ayahuasca
Kava	Kava
Mitragyna speciosa (kratom)	Mitragyna speciosa (kratom)
Khat	Khat
Tryptamines	Tryptamines
Aminoindanes	Aminoindanes
Other NPS, including opioid NPS	Autres NPS, y compris les NPS opioïdes
Phenethylamines	Phénéthylamines
Piperazines	Pipérazines
Synthetic cathinones	Cathinones de synthèse
Ketamine and phencyclidine-type substances	Kétamine et substances du type phencyclidine
Synthetic cannabinoids ("spice")	Cannabinoïdes de synthèse (« spice »)

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

À la suite de la décision prise en mars 2018 par la Commission des stupéfiants d'inscrire six autres substances aux Tableaux de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, et six autres substances aux Tableaux de la Convention sur les substances psychotropes de 1971, 273 substances psychoactives avaient été placées sous contrôle international à la fin de 2018. À titre de comparaison, le nombre de nouvelles substances psychoactives identifiées par les autorités des différents pays et signalées au système d'alerte précoce sur les nouvelles substances psychoactives de l'ONUDC¹⁴⁷ est déjà trois fois plus élevé : il comptait 892 substances en décembre

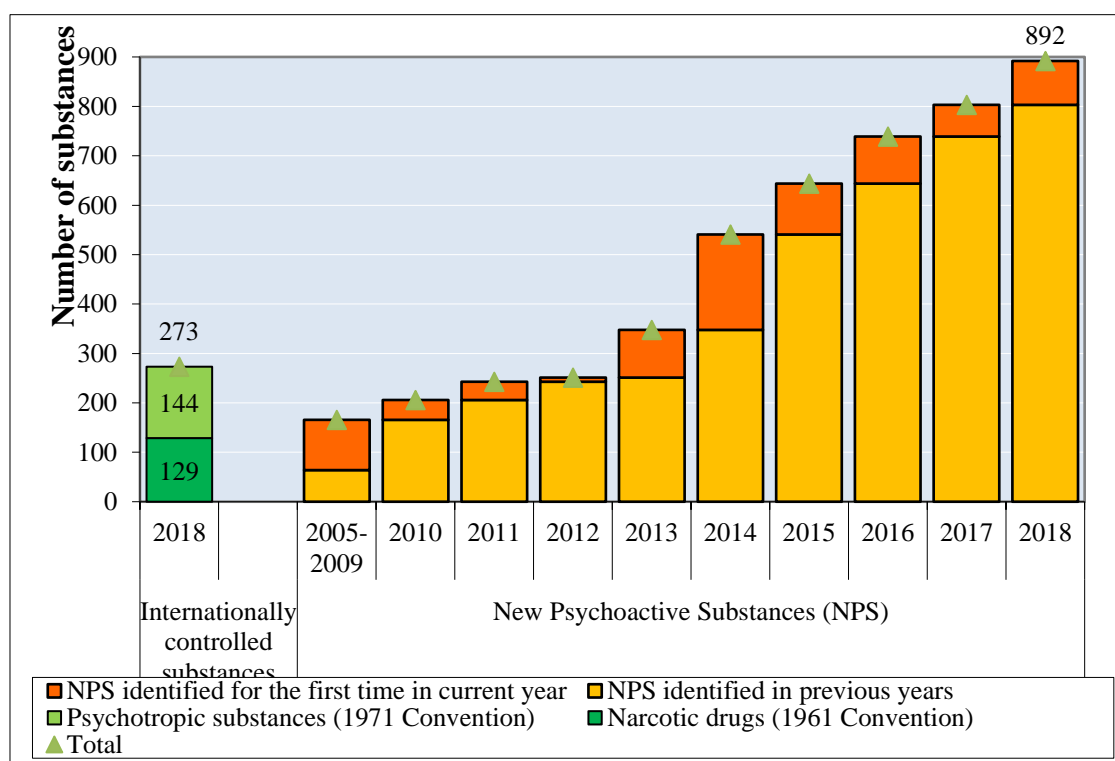
¹⁴⁷ Le système d'alerte précoce sur les nouvelles substances psychoactives de l'ONUDC comprend des données relatives aux types de substances identifiés dans les laboratoires médico-légaux par les autorités des différents pays.

2018, contre 166 en 2009. Il convient toutefois de noter que toutes les nouvelles substances psychoactives identifiées ne méritent pas d'être placées sous contrôle international, car pareille mesure dépend de la nocivité de ces substances et de leur maintien sur le marché : certaines n'y font qu'une brève apparition avant de disparaître.

Il ressort des données disponibles que 36 % des nouvelles substances psychoactives de synthèse identifiées entre 2009 et 2018 avaient des effets stimulants. Il s'agissait surtout de cathinones et de phénéthylamines. Parmi les nouvelles substances psychoactives de synthèse, 30 % étaient des agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes et 15 % pouvaient être considérés comme des hallucinogènes classiques (principalement des tryptamines).

Toutefois, ce qui préoccupe surtout les autorités d'un certain nombre de pays, c'est l'apparition ces dernières années de nouveaux agonistes synthétiques des récepteurs opioïdes (nouvelles substances psychoactives opioïdes), qui sont souvent des analogues du fentanyl. Ils s'avèrent particulièrement nocifs, causant un nombre croissant de décès liés aux nouvelles substances psychoactives, en particulier en Amérique du Nord et, dans une moindre mesure, en Europe. Entre 2009 et 2018, environ 7 % des nouvelles substances psychoactives identifiées étaient des nouvelles substances psychoactives opioïdes.

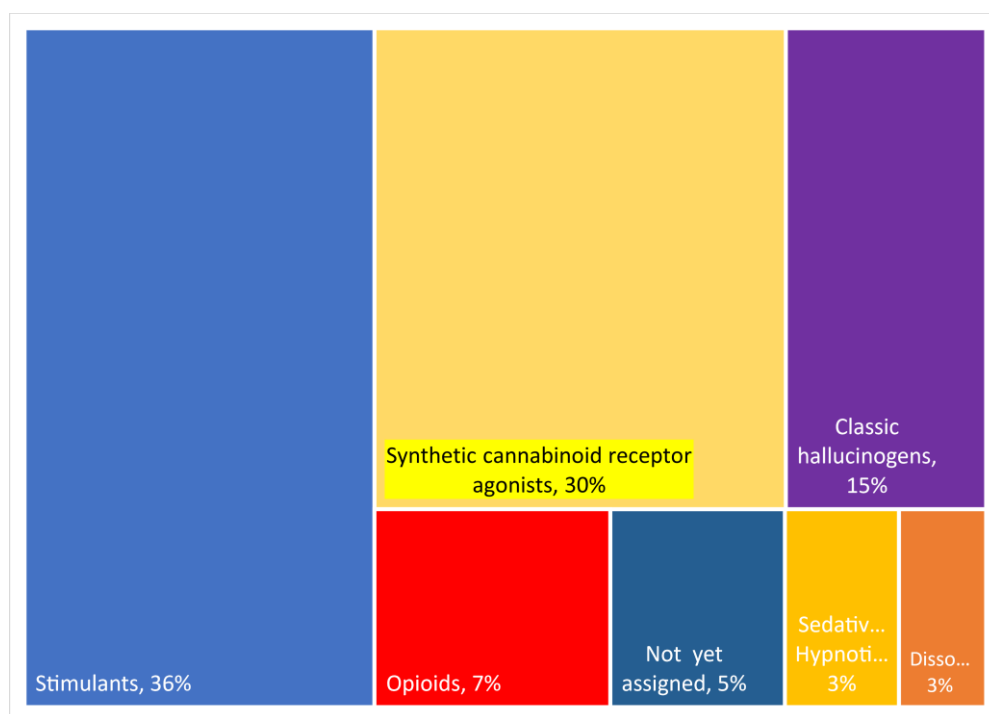
Fig. 27. Drogues placées sous contrôle international en 2018 et nouvelles substances psychoactives identifiées à l'échelle mondiale, 2005-2018 (total cumulé)



Number	Nombre
Internationally controlled substances	Substances placées sous contrôle international
New psychoactive substances	Nouvelles substances psychoactives
NPS identified for the first time in current year	NSP identifiée pour la première fois pendant l'année en cours
NPS identified in previous years	NSP identifiée au cours d'années antérieures
Psychotropic substances (1971 Convention)	Substances psychotropes (Convention de 1971)
Narcotic drugs (1961 Convention)	Stupéfiants (Convention de 1961)
Total number of substances	Nombre total de substances

Source : Système d'alerte précoce sur les nouvelles substances psychoactives de l'ONUDC.

Fig. 28. Proportion des nouvelles substances psychoactives de synthèse identifiées, par groupe d'effet pharmacologique, décembre 2018 (N = 868)



Stimulants	Stimulants
Synthetic cannabinoid receptor agonists	Agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes
Opioids	Opioides
Classic hallucinogens	Hallucinogènes classiques
Sedatives/hypnotics	Sédatifs/hypnotiques
Dissociatives	Dissociatifs
Not yet assigned	Autres

Source : Système d'alerte précoce sur les nouvelles substances psychoactives de l'ONUUDC.

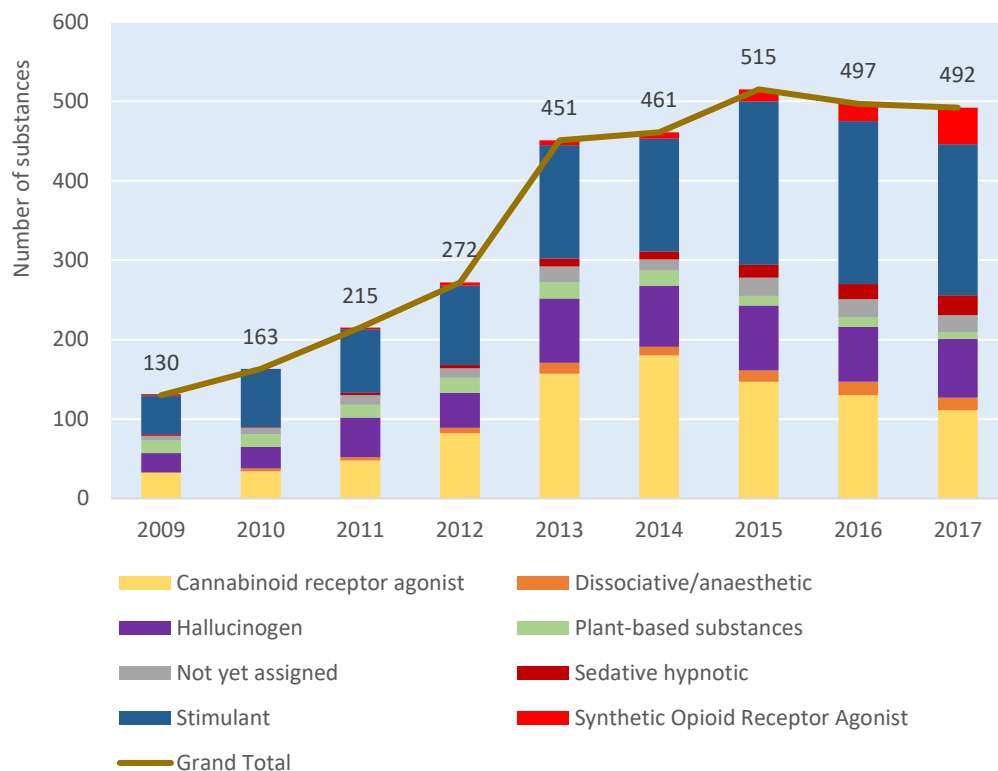
Note : Le nombre total de nouvelles substances psychoactives s'est élevé à 892, dont 868 substances de synthèse. L'analyse des effets pharmacologiques porte sur les substances enregistrées jusqu'en décembre 2018 (868). Les substances d'origine végétale ont été exclues de l'analyse car elles contiennent généralement un grand nombre de substances différentes, dont certaines peuvent ne pas avoir été connues et dont les effets et interactions ne sont pas pleinement compris.

Selon l'analyse des nouvelles substances psychoactives identifiées¹⁴⁸ chaque année par les laboratoires médico-légaux des autorités nationales et signalées au système d'alerte précoce de l'ONUUDC, de nouvelles substances psychoactives auraient proliféré jusqu'en 2015 avant que le nombre des nouvelles substances arrivant sur le marché en vienne à se stabiliser, au rythme d'environ 500 par an (492 en 2017). Il convient à cet égard de tenir compte du fait que le nombre de pays communiquant des informations au système d'alerte rapide a nettement augmenté, celui-ci disposant dès lors d'informations plus complètes.

Ces dernières années ont vu diminuer le nombre des nouveaux cannabinoïdes de synthèse arrivant sur le marché, mais le nombre des nouvelles substances psychoactives à effet stimulant a augmenté et, en termes relatifs, le nombre des substances psychoactives opioïdes nouvellement apparues a fortement progressé, passant d'une seule substance en 2009 à 15 en 2015, 22 en 2016 et 46 en 2017. Ces augmentations équivalent à une hausse de moins de 1 % des nouvelles substances psychoactives identifiées en 2009, de 4 % en 2016 et de 9 % en 2017.

¹⁴⁸ Première apparition d'une substance dans un pays.

Fig. 29. Nouvelles substances psychoactives de synthèse signalées chaque année à l'ONUDC, 2009-2017, par groupe d'effet psychoactif

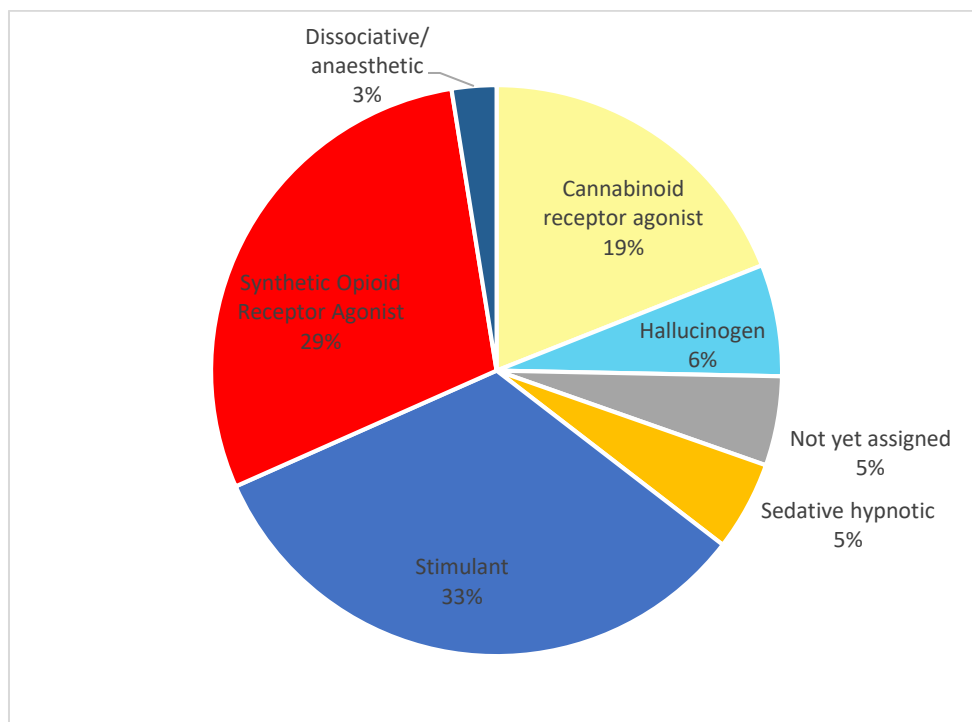


Number	Nombre
Synthetic opioid receptor agonist	Agonistes synthétiques des récepteurs opioïdes
Stimulant	Stimulants
Sedative hypnotic	Sédatifs/hypnotiques
Not yet assigned	Autres
Plant-based substances	Substances d'origine végétale
Hallucinogen	Hallucinogènes
Dissociative/anaesthetic	Dissociatifs/anesthésiques
Cannabinoid receptor agonist	Agonistes des récepteurs cannabinoïdes

Source : Système d'alerte précoce sur les nouvelles substances psychoactives de l'ONUDC.

Parmi les 78 nouvelles substances psychoactives apparues pour la première fois à l'échelle mondiale en 2017, les agonistes synthétiques des récepteurs opioïdes ont représenté 29 % du total, soit légèrement moins que les substances à effet stimulant (33 %), mais davantage que les agonistes des récepteurs cannabinoïdes (19 %).

Fig. 30. Nouvelles substances psychoactives de synthèse signalées pour la première fois à l'échelle mondiale en 2017 (N = 78)



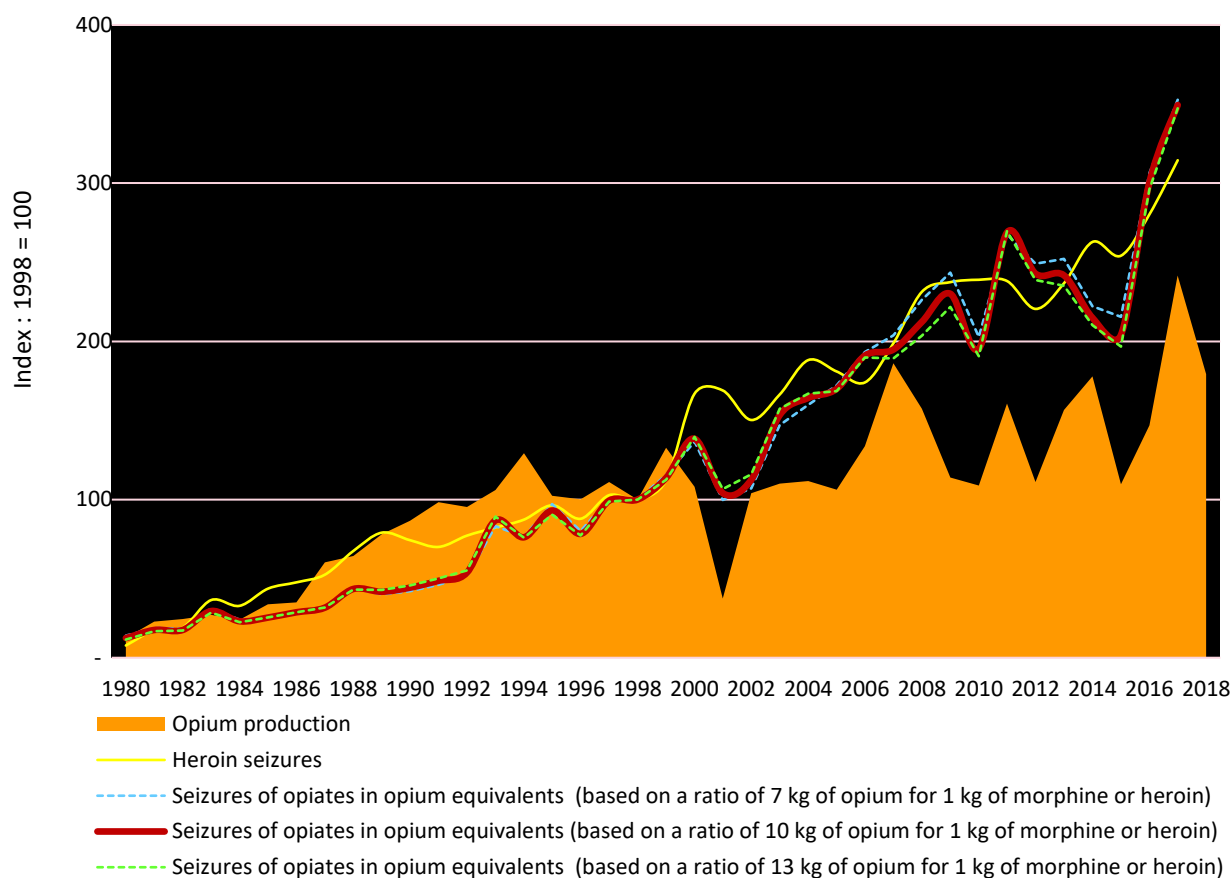
Synthetic opioid receptor agonist	Agonistes synthétiques des récepteurs opioïdes
Hallucinogen	Hallucinogènes
Not yet assigned	Autres
Sedative hypnotic	Sédatifs/hypnotiques
Stimulant	Stimulants
Cannabinoid receptor agonist	Agonistes des récepteurs cannabinoïdes
Dissociative/anaesthetic	Dissociatifs/anesthésiques

Source : Système d'alerte précoce sur les nouvelles substances psychoactives de l'ONUDC.

Les interceptions de cocaïne et d'opiacés ont augmenté

Entre 1998 et 2017, la production mondiale d'opium a doublé, tandis que les quantités globales d'héroïne et d'opiacés saisis (exprimées en équivalent opium) faisaient plus que tripler. La fabrication de la cocaïne dans le monde a elle aussi doublé au cours de cette période, et les quantités de cocaïne saisis ont plus que triplé. Ces tendances semblent indiquer une progression dans le temps de l'interception à travers le monde des quantités d'opiacés et de cocaïne produites, encore que les diverses tendances puissent également s'expliquer en partie par des différences de pureté.

Fig. 31. Production mondiale d'opium et quantités d'opium, de morphine, d'héroïne et d'opiacés saisis dans le monde (en équivalent opium), 1980-2018



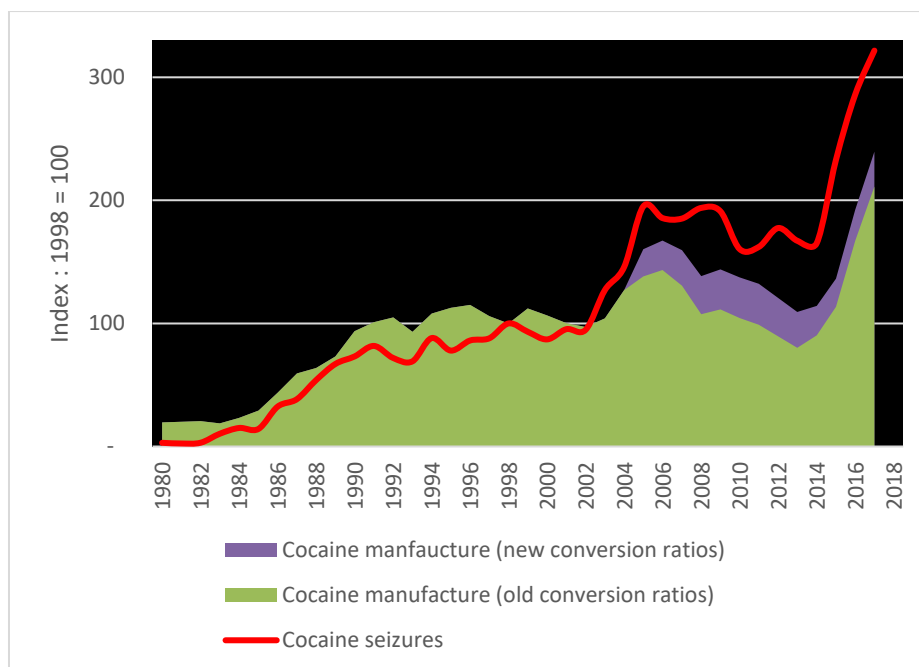
Average amounts produced and seized (kilograms)	Quantités moyennes produites et saisies (en kilogrammes)
Index : 1998 = 100	Indice : 1998 = 100
Opium production	Production d'opium
Heroin seizures	Saisies d'héroïne
Seizures of opiates in opium equivalents (based on a ratio of 7 kg of opium for 1 kg of morphine or heroin)	Saisies d'opiacés en équivalent opium (basé sur un ratio de 7 kg d'opium pour 1 kg de morphine ou d'héroïne)
Seizures of opiates in opium equivalents (based on a ratio of 10 kg of opium for 1 kg of morphine or heroin)	Saisies d'opiacés en équivalent opium (basé sur un ratio de 10 kg d'opium pour 1 kg de morphine ou d'héroïne)
Seizures of opiates in opium equivalents (based on a ratio of 13 kg of opium for 1 kg of morphine or heroin)	Saisies d'opiacés en équivalent opium (basé sur un ratio de 13 kg d'opium pour 1 kg de morphine ou d'héroïne)

Sources : ONUDC, questionnaires destinés à l'établissement des rapports annuels concernant les saisies, et estimations de la production d'opium de l'ONUDC basées sur ONUDC, enquêtes sur le pavot à opium, ONUDC, questionnaires destinés à l'établissement des rapports annuels et États-Unis d'Amérique, Département d'État, *Rapports sur la stratégie internationale de lutte contre les stupéfiants*.

Note : En règle générale, c'est un ratio de 10 kg d'opium pour 1 kg de morphine ou d'héroïne qui est utilisé dans les publications. Toutefois, l'analyse que l'ONUDC a consacrée à l'Afghanistan, premier pays producteur d'opium, a fait état d'un ratio de 7 pour 1 dans la seconde moitié des années 2000,

tandis que de nouvelles recherches ont fait apparaître un ratio d'environ 13 pour 1 ces dernières années.

Fig. 32. Fabrication mondiale de cocaïne et quantités de cocaïne saisies dans le monde, 1980-2018



<p>Amount manufactured and seized Index : 1998 = 100 Cocaine manufacture (new conversion ratios) Cocaine manufacture (old conversion ratios) Cocaine seizures</p>	<p>Quantités fabriquées et saisies Indice : 1998 = 100 Fabrication de cocaïne (nouveaux taux de conversion) Fabrication de cocaïne (anciens taux de conversion) Saisies de cocaïne</p>
---	--

Sources : ONUDC, questionnaires destinés à l'établissement des rapports annuels concernant les saisies, et estimations de la fabrication de cocaïne de l'ONUDC basées sur ONUDC, enquêtes sur la culture de la coca, et États-Unis d'Amérique, Département d'État, *Rapports sur la stratégie internationale de lutte contre les stupéfiants*.

Le trafic sur l'Internet clandestin ne concerne pas encore les grands groupes de trafiquants de drogues, mais demeure un défi pour les autorités

Les travaux de recherche entrepris à ce jour ont montré que la plupart des opérations liées au trafic de drogues sur l'Internet clandestin portent sur des montants qui sont généralement inférieurs à 100 dollars et dépassent rarement 1 000 dollars¹⁴⁹. Europol signale également que le commerce de drogues sur l'Internet clandestin n'a encore qu'une importance limitée pour les cybercriminels de haut vol et les groupes criminels organisés impliqués dans des activités de trafic de drogues menées sur une grande échelle, ce qui peut s'expliquer par le fait que ces groupes utilisent des réseaux logistiques bien huilés. Parallèlement, la disparition fréquente des plateformes de vente sur l'Internet clandestin depuis quelques

¹⁴⁹ Kristy Kruithof et al., *Internet-facilitated Drugs Trade : An Analysis of the Size, Scope and the Role of the Netherlands*, série de rapports de recherche, document n° RR-1607-WODC (Santa Monica, Californie, Rand Corporation, 2016), livre numérique. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR1600/RR1607/RAND_RR1607.pdf

années, y compris le grand nombre d'escroqueries de sortie¹⁵⁰, ont pu rendre moins intéressant le commerce de drogues sur l'Internet clandestin aux yeux de certains groupes. En outre, à la différence des activités qu'ils mènent dans le « monde réel », les groupes de trafiquants de drogues qui opèrent sur l'Internet clandestin ne sont pas véritablement en mesure d'imposer des transactions de drogue en menaçant leurs homologues de recourir à la violence.

Europol signale également que le commerce des produits pharmaceutiques falsifiés continue d'être organisé principalement en ligne sur le Web surfacique de manière à pouvoir toucher un nombre de clients beaucoup plus élevé qu'avec l'Internet clandestin¹⁵¹.

[[BOX :]] Trafic de drogues sur l'Internet clandestin : modèle opérationnel

La principale caractéristique et l'avantage comparatif des plateformes de vente sur l'Internet clandestin sont leur anonymat. Les clients souhaitant y acheter de la drogue y accèdent en utilisant le système TOR de manière que leur identité ne soit pas dévoilée. Des moteurs de recherche spécialisés, comme Grams, leur permettent d'accéder à la plateforme de leur choix, sur laquelle ils paient leurs marchandises généralement en cryptomonnaies, en particulier en bitcoins, qui peuvent ensuite servir à acheter d'autres biens et services ou être échangés contre diverses devises. Les drogues achetées sur l'Internet clandestin sont le plus souvent livrées par les services postaux publics et privés à leur insu, les paquets étant adressés à des boîtes postales anonymes, notamment des points relais automatisés, permettant aux clients de retirer des paquets. Dans les pays où la législation sur le secret de la correspondance est stricte, les drogues sont souvent expédiées dans des lettres.

Le principal avantage de l'Internet clandestin pour les fournisseurs comme pour les clients est l'anonymat des transactions. Il ne nécessite aucun contact physique. De ce fait, il atténue la réticence de certains clients à l'idée d'avoir affaire à des trafiquants de drogues et le client n'a plus besoin de se rendre dans des endroits dangereux pour acheter de la drogue. Les vendeurs et les acheteurs n'ayant pas à se trouver au même endroit, les organisations qui se livrent au trafic de drogues sur l'Internet clandestin n'ont pas besoin d'atteindre la masse critique de clients nécessaire pour conserver un marché localisé.

Les plateformes de vente sur l'Internet clandestin mettent en relation des fournisseurs anonymes et des clients anonymes. Par ailleurs, les acheteurs de drogues profitent des commentaires d'autres clients sur la qualité des drogues vendues, ce qui les aide à évaluer la fiabilité du fournisseur. Ces plateformes peuvent également garantir le paiement des produits vendus, normalement en utilisant des systèmes de comptes séquestres. Le client doit verser le paiement des articles demandés sur un compte séquestre, le fournisseur n'étant rémunéré qu'une fois que ces articles ont été réceptionnés par le client.

[[BOX END]]

Les opérations de détection et de répression contre les principales plateformes de vente sur l'Internet clandestin semblent avoir eu un effet

Un certain nombre d'opérations de détection et de répression nationales et internationales visant à démanteler les principales plateformes de vente sur l'Internet clandestin ont été menées ces dernières années. Elles ont permis de fermer la première grande plateforme, Silk Road (Route de la soie), en 2013; l'opération internationale Onymous a abouti à la fermeture de 33 de ces plateformes, dont 9 des principales, telles Silk Road 2.0, Cloud 9 et Hydra, en novembre 2014; et les opérations internationales Bayonet et GaveSac ont permis de mettre fin, en juillet 2017, aux activités de ce qui était alors les trois plus grandes plateformes de vente sur l'Internet clandestin, à savoir AlphaBay, la Plateforme de vente anonyme russe (RAMP) et Hansa, qui auraient représenté à l'époque 87 % des ventes sur l'Internet clandestin¹⁵².

Une autre plateforme de commerce importante sur l'Internet clandestin a été démantelée à la fin d'avril 2019. À la suite de vastes opérations d'infiltration conduites par les services de détection et de répression d'Allemagne, des États-Unis et des Pays-Bas en étroite coopération avec Europol, et qui ont duré plus d'un an, la plateforme Wall Street Market a été démantelée et ses principaux exploitants ont été arrêtés alors qu'ils s'apprêtaient à monter une vaste escroquerie de sortie. Créée en 2016, la Wall Street Market

¹⁵⁰ EMCDDA et Europol, *Drugs and the Darknet : Perspectives for Enforcement, Research and Policy*, Joint publications series (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2017). https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/documents/drugs_and_the_darknet_-_td0417834enn.pdf

¹⁵¹ Europol, Centre européen de lutte contre la cybercriminalité, *Internet Organised Crime Threat Assessment (IOCTA) 2018* (La Haye, 2018).

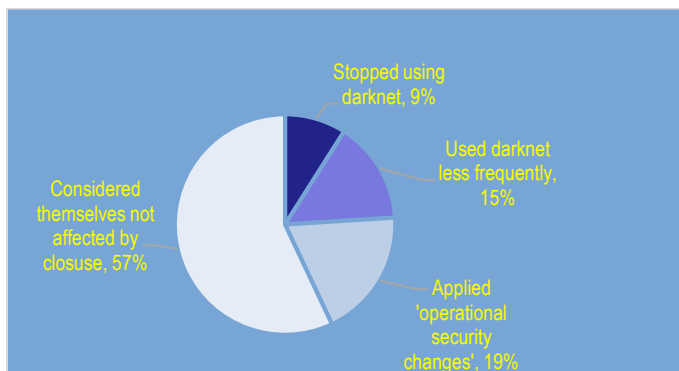
¹⁵² *Internet Organised Crime Threat Assessment (IOCTA) 2018*.

était considérée avant sa fermeture comme la deuxième plateforme de commerce sur l'Internet clandestin du monde et était dotée de quelques-uns des meilleurs dispositifs de sécurité de l'époque, tels qu'un système de comptes Bitcoin multisignatures et un système de comptes séquestres à virement automatique, ainsi que d'un système de primes et de notation fouillé à la disposition de ses clients. Cette plateforme disposait de plus de 5 400 fournisseurs. Elle proposait à la vente plus de 63 000 articles illégaux, notamment des drogues, et aurait eu plus de 1,1 million de comptes clients¹⁵³.

Peu de temps avant le démantèlement de la Wall Street Market, une autre plateforme de commerce sur l'Internet clandestin, Dream Market, fondée à la fin de 2013, qui était considérée comme la plus importante plateforme du monde après la fermeture d'AlphaBay en juillet 2017, a annoncé qu'elle mettrait fin à ses activités le 30 avril 2019. Au moment de l'établissement du présent rapport, les motifs de cette fermeture volontaire n'étaient pas pleinement connus. Cette initiative pourrait par exemple avoir été liée à un certain nombre de cyberattaques de la plateforme par des concurrents.

On a fait valoir que le démantèlement des principales plateformes de commerce dans le passé n'avait pas eu d'impact durable. Si leurs activités ont pu être perturbées pendant quelque temps, les clients et les fournisseurs n'ont eu qu'à se tourner vers les plateformes de commerce occupant les rangs suivants au classement, et les ventes globales de drogues sur l'Internet clandestin ont continué d'augmenter rapidement¹⁵⁴. Toutefois, à propos de la question des conséquences des fermetures d'AlphaBay et d'Hansa en 2017, il ressort de la Global Drug Survey 2018 que 15 % des utilisateurs ont fait moins souvent appel aux plateformes de commerce sur l'Internet clandestin après ces fermetures et que 9 % ont cessé de les utiliser pour acheter de la drogue.

Fig. 33. Conséquences de la fermeture des plateformes de commerce sur l'Internet clandestin AlphaBay et Hansa, janvier 2018



Stopped using darknet Used darknet less frequently Applied « operational security changes » Considered themselves not affected by closure	A cessé d'utiliser l'Internet clandestin A utilisé moins souvent l'Internet clandestin A reconfiguré la sécurité opérationnelle Ne s'est pas senti concerné par la fermeture
--	---

Source : Calculs de l'ONUDC basés sur les données tirées de la Global Drug Survey

2018 : conclusions détaillées sur les cryptomarchés de la drogue. Disponibles auprès de Monica Barratt, Drug Policy Modelling Program, National Drug and Alcohol Research Centre (Centre national de recherche sur la drogue et l'alcool), Australie.

Après avoir mis AlphaBay temporairement hors ligne, les autorités ont laissé les clients et les fournisseurs se reporter sur la plateforme Hansa qui, à ce moment-là, était déjà gérée clandestinement

¹⁵³ Allemagne, Office fédéral de police criminelle (BKA), « Festnahme der mutmaßlichen Verantwortlichen des weltweit zweitgrößten illegalen Online-Marktplatzes im Darknet "Wall Street Market" und Sicherstellung der Server des Marktplatzes », communiqué de presse du 3 mai 2019. ¹⁵⁴ Voir *Drugs and the Darknet*.

¹⁵⁴ Voir *Drugs and the Darknet*.

par la Police nationale néerlandaise (avec le concours des autorités de l'Allemagne, de la Lituanie et d'autres pays). Les autorités néerlandaises ont ainsi pu recueillir de précieux renseignements sur des cibles stratégiques et les adresses de livraison, qu'elles ont ensuite communiqués aux services de détection et de répression d'autres pays, ce qui a permis de faire baisser véritablement le nombre de transactions de stupéfiants sur l'Internet clandestin. Si certains des fournisseurs et clients restants se sont tournés vers la deuxième plateforme de commerce de drogues, à savoir Dream Market, la plus importante plateforme anglophone (dont le catalogue s'est étoffé de 20 % en trois mois), ainsi que vers un certain nombre de plateformes plus petites (dont les listes ont été multipliées par trois à huit en trois mois), ces plateformes subsistantes ne pouvaient ensemble atteindre le niveau d'activités d'AlphaBay, selon Europol¹⁵⁵.

Plusieurs États membres d'Europol ont estimé que ces fermetures de sites avaient également pour conséquence de multiplier les magasins de vente à fournisseur unique, c'est-à-dire des plateformes de service secrètes créées par des fournisseurs connus bénéficiant de la confiance du public et jouissant d'une bonne réputation, ce qui leur permet de reprendre la clientèle des plateformes disparues. En outre, on a constaté une progression des plateformes secondaires non anglophones sur l'Internet clandestin, qui s'adressent généralement à des nationalités ou à des groupes linguistiques particuliers¹⁵⁶. La livraison de la drogue dans des lettres, qui peuvent être inspectées si elles viennent de l'étranger, mais non à l'intérieur du pays où elles ont été postées, pourrait aussi avoir favorisé ce phénomène dans les pays où la législation sur le secret de la correspondance est stricte. Parallèlement, on a également vu apparaître certaines plateformes de commerce sophistiquées opérant sur le Web ouvert et caractérisées par un degré élevé d'anonymat pour tous les intervenants et par le remplacement rapide de ceux qui sont arrêtés. Ces plateformes fonctionnent à l'aide de messages cryptés ; les services postaux existants sont utilisés non seulement pour les livraisons de drogues, mais aussi pour les virements.

[[BOX :]] Résumé des travaux de recherche passés concernant le trafic de drogues sur l'Internet clandestin

Selon des travaux de recherche conduits conjointement par l'EMCDDA et Europol, en août 2017, plus de 60 % de l'ensemble des articles référencés sur les cinq principales plateformes de commerce opérant alors sur l'Internet clandestin dans le monde concernaient la vente illicite de drogues, y compris de produits chimiques liés à la drogue et de produits pharmaceutiques. À elle seule, l'offre illicite de drogues représentait près de la moitié de l'ensemble. Faisant le point de la situation en 2018, Europol a confirmé que le commerce de drogues en ligne était l'illustration parfaite du commerce illicite sur l'Internet clandestin, puisqu'il représentait la majeure partie, sinon la totalité, de l'offre sur un grand nombre de plateformes.

De plus, la recherche a établi que les ventes de drogues sur l'Internet clandestin enregistraient une progression importante depuis quelques années. Les transactions correspondantes ont augmenté d'environ 50 % par an au cours de la période allant d'octobre 2013 à janvier 2016. À titre de comparaison, les quantités de drogues saisies dans le monde ont progressé, d'après les données communiquées, de moins de 4 % par an entre 2013 et 2016.

Toutefois, il ressort d'analyses de la valeur estimative des transactions effectuées sur l'Internet clandestin que, jusqu'à présent, ces ventes n'ont porté que sur des montants modestes. Europol et l'EMCDDA sont parvenus ensemble au chiffre de 172 millions d'euros à l'échelle mondiale entre 2011 et 2015, soit 44 millions de dollars par an. Selon une autre étude, les recettes mensuelles qu'auraient tirées de la drogue les huit plateformes de commerce qui étaient alors les principales de l'Internet clandestin se seraient élevées à un chiffre compris entre 14 et 25 millions de dollars au début de 2016, soit entre 170 et 300 millions de dollars par an, ce qui représente entre 0,1 et 0,2 % de l'ensemble des ventes de drogues au détail réalisées aux États-Unis d'Amérique et dans l'Union européenne pris ensemble. Cette situation ne semble pas avoir évolué au cours des années suivantes. De fait, Europol a signalé en 2018 que la proportion des ventes illicites de drogues en ligne est demeurée faible par rapport aux ventes réalisées par les réseaux traditionnels de distribution et de trafic.

[[BOX END]]

¹⁵⁵ *Internet Organised Crime Threat Assessment (IOCTA) 2018.*

¹⁵⁶ *Ibid.*

De nouveaux travaux de recherche confirment l'essentiel de ce qui était connu des modes d'usage de l'Internet clandestin pour acheter de la drogue

Les travaux de recherche consacrés au trafic et aux achats sur l'Internet clandestin restent limités et les résultats sont généralement basés sur un petit nombre d'études empiriques, mais il est intéressant de noter que les études locales tendent à confirmer les résultats disponibles.

Selon une étude réalisée en 2017¹⁵⁷ à partir d'entretiens en ligne avec des usagers de drogues et de l'analyse des échanges consultables sur les forums d'usagers, auxquels ont participé 2 833 personnes, situées en Allemagne principalement, les usagers de drogues qui se fournissent sur l'Internet clandestin sont plutôt jeunes (âge médian : 24 ans ; fourchette : 14-66 ans), ont un niveau d'instruction relativement élevé et sont socialement bien intégrés. Quelque 20 % des usagers interrogés avaient déjà acheté de la drogue en ligne, la proportion étant plus forte chez les hommes (21 %) que chez les femmes (14 %). En Allemagne, les substances pour lesquelles la proportion des achats en ligne était la plus forte étaient le LSD (14 %), suivi du cannabis et de l'« ecstasy » (12 % chacun), puis du « speed » (amphétamine (9 %)). Il ressort également de l'étude que les achats effectués sur l'Internet clandestin ne sont pas encore fréquents : près de 70 % des usagers qui utilisent l'Internet clandestin pour des achats en ligne ont indiqué n'y avoir fait qu'un à cinq achats, tandis que seulement 11 % (dans le cas du cannabis) et environ 5 % (dans le cas de l'« ecstasy », de l'amphétamine et du LSD) ont indiqué en avoir fait plus de 20.

Les principales raisons d'acheter de la drogue en ligne étaient les suivantes : « plus de choix » (55 %), « meilleure qualité » (54 %) et « moins cher » (42 %). Pour 93 % des personnes se procurant de la drogue sur l'Internet clandestin, la note donnée par d'autres acheteurs était un critère pesant considérablement dans leur décision de faire appel à certains fournisseurs. Pour diminuer le risque de détection, la plupart utilisaient le système TOR (74 %), le bitcoin (66 %) et les systèmes de communications cryptées (48 %). En revanche, les méthodes plus sophistiquées, comme les processus multisignatures, les systèmes à connexion cryptée et les mixeurs de bitcoins, semblaient peu utilisées, au moins avant 2017. Les utilisateurs ont également indiqué avoir une sensation de plus grande sécurité lorsqu'ils utilisent l'Internet clandestin, en particulier en ce qui concerne la violence caractéristique des marchés de la drogue (84 %), la qualité du produit et le risque qu'il présente pour la santé (71 % ayant l'impression d'obtenir des drogues de meilleure qualité), et le risque d'être arrêté par la police (38 % se sentant plus en sécurité et 18 % moins en sécurité).

Les achats de drogues sur l'Internet clandestin augmentent sur le long terme, bien qu'ils puissent avoir diminué entre 2018 et 2019

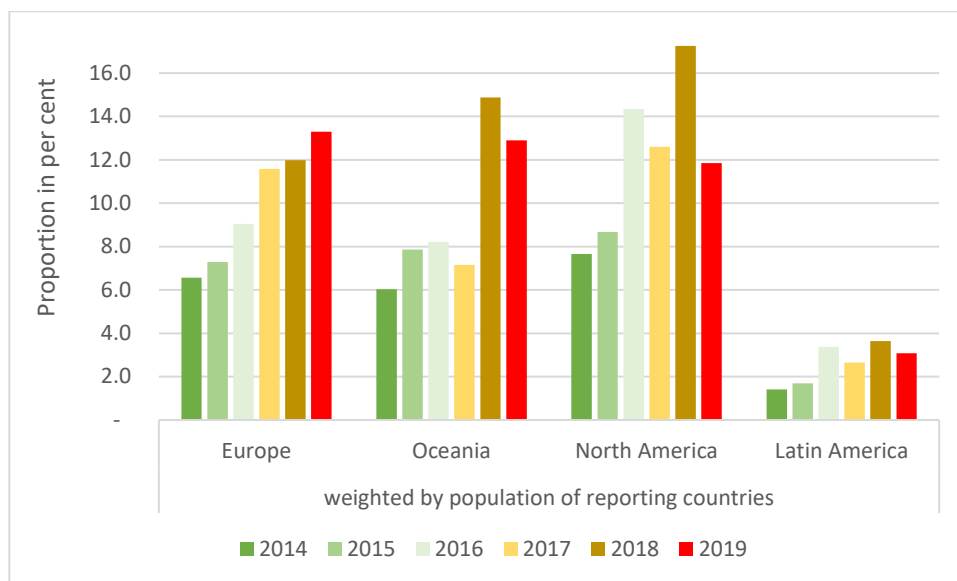
La Global Drug Survey, basée sur un échantillon de commodité non représentatif d'environ 100 000 personnes autodésignées chaque année dans plus de 50 pays principalement développés, montre que la proportion d'internautes consommateurs de drogues ayant acheté de la drogue sur l'Internet clandestin a doublé, pour passer de 4,7 % en janvier 2014 à 10,7 % en janvier 2019, des augmentations étant constatées dans toutes les sous-régions sur lesquelles portait l'enquête. Toutefois, les données ventilées indiquent que la proportion d'internautes achetant de la drogue sur l'Internet clandestin a diminué entre janvier 2018 et janvier 2019 dans toutes les sous-régions autres que celles de l'Europe. Telle a pu être la conséquence du démantèlement des principales plateformes de commerce de drogues sur l'Internet clandestin, en juillet 2017. Pondérées en fonction de la taille de chaque pays, les données font aussi apparaître une diminution à l'échelon mondial entre 2018 et 2019¹⁵⁸.

Il ressort également de la Global Drug Survey 2019 que l'achat de drogues sur l'Internet clandestin reste un phénomène tout récent, près de la moitié (48 %) des personnes qui ont indiqué l'avoir pratiqué en 2019 y étant venues au cours des deux années écoulées et 29 % au cours des deux années les ayant précédées.

¹⁵⁷ Voir Gerrit Kamphausen « Drogen online kaufen : quantitative and qualitative Daten aus einem deutsch-österreichischen Forschungsprojekt zu Drogen und organisierter Kriminalität », communication présentée à Impuls 2018, Symposium for Innovative Drug Research, 19 au 21 septembre 2018.

¹⁵⁸ Calculs de l'ONUUDC basés sur les données tirées de la Global Drug Survey 2019. Disponibles auprès de Monica Barratt, Drug Policy Modelling Program, National Drug and Alcohol Research Centre (Centre national de recherche sur la drogue et l'alcool), Australie.

Fig. 34. Proportion d'internautes interrogés faisant usage de drogues (en ayant pris dans l'année) qui ont acheté de la drogue sur l'Internet clandestin, 2014-2019, dans certaines régions et sous-régions

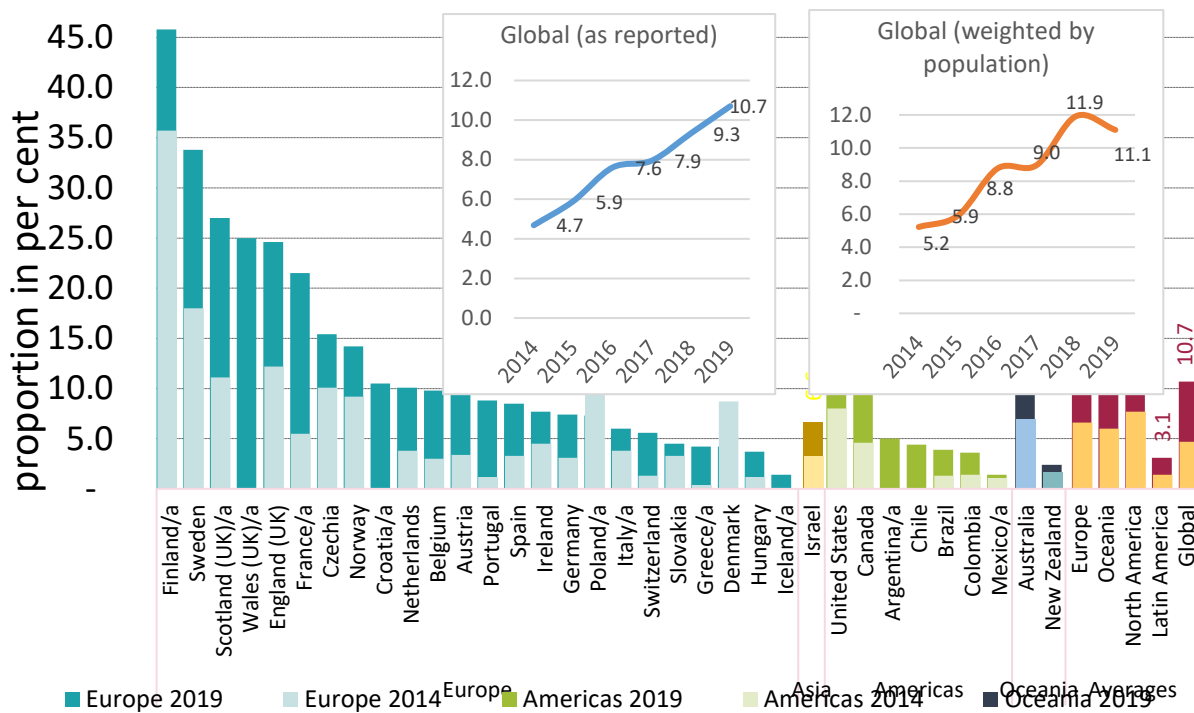


Proportion (percentage)	Proportion (en pourcentage)
Europe	Europe
Oceania	Océanie
North America	Amérique du Nord
Latin America	Amérique latine
Weighted by population of countries of respondents	Pondéré selon la population des pays des personnes interrogées

Source : Calculs de l'ONUDC basés sur les données tirées de la Global Drug Survey 2019 : conclusions détaillées sur les cryptomarchés de la drogue. Disponibles auprès de Monica Barratt, Drug Policy Modelling Program, National Drug and Alcohol Research Centre (Centre national de recherche sur la drogue et l'alcool), Australie.

Note : Pour l'Europe, la moyenne est basée sur les renseignements fournis par les personnes interrogées dans 22 pays; en Océanie, elle est basée sur les renseignements fournis par les personnes interrogées en Australie et en Nouvelle-Zélande; en Amérique du Nord, elle est basée sur les renseignements fournis par les personnes interrogées au Canada et aux États-Unis; et en Amérique latine, elle est basée sur les renseignements fournis par les personnes interrogées au Brésil, au Chili, en Colombie et au Mexique.

Fig. 35. Proportion d'internautes interrogés faisant usage de drogues (en ayant pris dans l'année) qui ont acheté de la drogue sur l'Internet clandestin, dans certains pays, 2014 et 2019



Proportion (percentage)	Proportion (en pourcentage)
Global (as reported)	Monde (telle que signalée)
Global (weighted by population)	Monde (pondérée en fonction de la population)
Finland	Finlande ^a
Sweden	Suède
Scotland (UK) ^a	Écosse (Royaume-Uni) ^a
Wales (UK) ^a	Pays de Galles (Royaume-Uni) ^a
England (UK)	Angleterre (Royaume-Uni)
France ^a	France ^a
Czechia	Tchéquie
Norway	Norvège
Croatia ^a	Croatie ^a
Netherlands	Pays-Bas
Belgium	Belgique
Austria	Autriche
Portugal	Portugal
Spain	Espagne
Ireland	Irlande
Germany	Allemagne
Poland ^a	Pologne ^a
Italy ^a	Italie ^a
Switzerland	Suisse
Slovakia	Slovaquie
Greece ^a	Grèce ^a
Denmark	Danemark
Hungary	Hongrie
Iceland ^a	Islande ^a
Israel	Israël
United States	États-Unis

Canada	Canada
Argentina ^a	Argentine ^a
Chile	Chili
Brazil	Brésil
Columbia	Colombie
Mexico ^a	Mexique ^a
Australia	Australie
New Zealand	Nouvelle-Zélande
Europe	Europe
Oceania	Océanie
North America	Amérique du Nord
Latin America	Amérique du Sud
Global	Monde
Europe	Europe
Asia	Asie
Americas	Amériques
Oceania	Océanie
Averages	Moyennes

Source : Calculs de l'ONUDC basés sur les données tirées de la Global Drug Survey 2019 : *conclusions détaillées sur les cryptomarchés de la drogue*. Disponibles auprès de Monica Barratt, Drug Policy Modelling Program, National Drug and Alcohol Research Centre (Centre national de recherche sur la drogue et l'alcool), Australie.

Note : Pour l'Europe, la moyenne est basée sur les renseignements fournis par les personnes interrogées dans 22 pays; en Océanie, elle est basée sur les renseignements fournis par les personnes interrogées en Australie et en Nouvelle-Zélande; en Amérique du Nord, elle est basée sur les renseignements fournis par les personnes interrogées au Canada et aux États-Unis; et en Amérique latine, elle est basée sur les renseignements fournis par les personnes interrogées au Brésil, au Chili, en Colombie et au Mexique.

^a Les données de 2019 ou 2014 n'étant pas disponibles, on s'est reporté à celles de l'année la plus proche.

ANNEXE

TABLEAU 2 Prévalence annuelle de l'usage de cannabis, d'opioïdes et d'opiacés par région et dans le monde, 2017

Région ou sous-région	Cannabis						Opioïdes (opiacés et opioïdes pharmaceutiques)						Opiacés					
	Nombre (en milliers)			Prévalence (pourcentage)			Nombre (en milliers)			Prévalence (pourcentage)			Nombre (en milliers)			Prévalence (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	44 900	35 350	62 690	6,4	5,1	9,0	6 080	5 000	7 390	0,87	0,71	1,06	1 470	530	2 800	0,21	0,08	0,40
Afrique australe	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Afrique de l'Est	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Afrique de l'Ouest et du Centre	26 760	25 700	29 420	10,0	9,6	11,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Afrique du Nord	–	–	–	–	–	–	360	120	660	0,25	0,08	0,46	360	120	660	0,25	0,08	0,46
Amériques	56 590	55 600	58 330	8,4	8,3	8,7	13 600	11 980	16 320	2,03	1,79	2,43	2 690	1 970	3 480	0,40	0,29	0,52
Amérique centrale	880	820	990	2,9	2,7	3,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Amérique du Nord	44 630	44 460	44 810	13,8	13,7	13,8	12 830	11 640	13 720	3,96	3,60	4,24	2 400	1 790	2 970	0,74	0,55	0,92
Amérique du Sud	10 040	9 740	10 440	3,5	3,4	3,6	580	250	2 180	0,20	0,09	0,76	240	150	330	0,08	0,05	0,12
Caraïbes	1 040	580	2 090	3,6	2,0	7,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asie	54 210	41 140	64 840	1,8	1,4	2,2	29 460	26 280	31 910	0,98	0,88	1,06	21 730	18 970	24 570	0,72	0,63	0,82
Asie centrale et Transcaucasie	1 670	640	2 410	2,9	1,1	4,2	540	480	600	0,93	0,83	1,03	520	470	580	0,90	0,80	1,00
Asie de l'Est et du Sud-Est	13 570	4 160	21 740	0,8	0,3	1,4	3 280	2 330	4 010	0,20	0,15	0,25	3 280	2 330	4 010	0,20	0,14	0,25
Asie du Sud	29 470	29 430	29 520	2,9	2,9	2,9	18 680	–	–	1,81	–	–	12 990	–	–	1,26	–	–

Asie du Sud-Ouest/ Proche et Moyen-Orient	9 500	6 890	11 180	3,1	2,3	3,7	6 950	4 910	8 550	2,28	1,61	2,81	4 930	3 300	6 910	1,62	1,08	2,27
Europe	29 490	28 810	30 210	5,4	5,3	5,6	3 570	3 330	3 830	0,66	0,61	0,70	3 220	3 010	3 600	0,59	0,55	0,66
Europe de l'Ouest et Europe centrale	23 610	23 270	23 990	7,4	7,3	7,5	1 840	1 670	2 020	0,58	0,52	0,63	1 740	1 590	2 030	0,54	0,50	0,64
Europe orientale et Europe du Sud-Est	5 880	5 530	6 220	2,6	2,5	2,8	1 730	1 660	1 810	0,77	0,74	0,80	1 490	1 410	1 570	0,66	0,63	0,70
Océanie	2 840	2 790	2 950	10,9	10,7	11,3	650	570	730	2,48	2,18	2,79	40	40	70	0,16	0,14	0,28
Australie et Nouvelle-Zélande	2 090	2 090	2 090	11,0	11,0	11,0	630	570	680	3,28	2,98	3,58	35	35	41	0,18	0,18	0,22
Mélanésie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronésie	60	40	80	17,2	11,3	23,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polynésie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estimation totale	188 040	163 680	219 020	3,8	3,3	4,4	53 350	47 160	60 180	1,08	0,96	1,22	29 160	24 510	34 520	0,59	0,50	0,70

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

TABLEAU 3 Prévalence annuelle de l'usage de cocaïne^a, d'amphétamines^b et d'« ecstasy » par région et dans le monde, 2017

Région ou sous-région	Cocaïne ^a						Amphétamines ^b et stimulants pharmaceutiques						« Ecstasy »					
	Nombre (en milliers)			Prévalence (pourcentage)			Nombre (en milliers)			Prévalence (pourcentage)			Nombre (en milliers)			Prévalence (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	1 300	160	2 570	0,19	0,02	0,37	3 680	900	6 600	0,53	0,13	0,94	1 800	100	7 880	0,26	0,01	1,13
Afrique australe	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Afrique de l'Est	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Afrique du Nord	–	–	–	–	–	–	500	340	610	0,34	0,23	0,42	–	–	–	–	–	–
Afrique de l'Ouest et du Centre	250	1	633	0,09	0,00	0,24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Amériques	9 930	9 200	10 590	1,48	1,37	1,58	7 860	6 660	9 230	1,17	0,99	1,38	3 500	3 390	3 630	0,52	0,51	0,54
Amérique centrale	200	100	310	0,66	0,34	1,02	60	30	100	0,21	0,09	0,31	50	20	100	0,17	0,07	0,33
Amérique du Nord	6 800	6 660	6 950	2,10	2,06	2,15	6 840	5 990	7 690	2,11	1,85	2,38	2 870	2 870	2 870	0,89	0,89	0,89
Amérique du Sud	2 740	2 360	3 000	0,95	0,82	1,04	710	630	740	0,25	0,22	0,26	510	470	550	0,18	0,16	0,19
Caraïbes	180	80	330	0,62	0,29	1,15	250	20	700	0,87	0,05	2,42	60	30	100	0,23	0,10	0,36
Asie	1 670	1 140	2 220	0,06	0,04	0,07	14 140	4 980	23 290	0,47	0,17	0,78	11 490	1 600	21 380	0,38	0,05	0,71
Asie centrale et Transcaucasie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asie de l'Est et du Sud-Est	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asie du Sud	1 030	1 030	1 030	0,10	0,10	0,10	1 850	1 850	1 850	0,18	0,18	0,18	–	–	–	–	–	–
Asie du Sud-Ouest/ Proche et Moyen-Orient	70	30	130	0,02	0,01	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europe	4 740	4 460	5 140	0,87	0,82	0,95	2 900	2 350	3 480	0,53	0,43	0,64	4 060	2 930	6 970	0,54	0,39	0,93
Europe occidentale et centrale	4 240	4 120	4 420	1,33	1,29	1,39	2 180	1 940	2 440	0,68	0,61	0,76	2 750	2 680	2 930	0,86	0,84	0,92
Europe orientale et Europe du Sud-Est	500	340	720	0,22	0,15	0,32	710	410	1 040	0,32	0,18	0,46	1 310	250	4 040	0,31	0,06	0,95
Océanie	430	410	440	1,65	1,57	1,67	350	320	360	1,34	1,24	1,38	440	410	450	1,68	1,56	1,72
Australie et Nouvelle-Zélande	420	410	420	2,20	2,15	2,23	250	250	250	1,34	1,34	1,34	410	400	430	2,17	2,12	2,23
Mélanésie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronésie	–	–	–	–	–	–	5	2	11	1,58	0,56	3,10	–	–	–	–	–	–

Polynésie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estimation totale	18 070	15 380	20 960	0,37	0,31	0,42	28 920	15 210	42 960	0,59	0,31	0,87	21 290	8 420	40 310	0,41	0,16	0,78

Sources : 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, la cocaïne sous forme de crack et d'autres types de substances comme la pâte de coca, la coca base, le basuco, le paco et la merla.

^b Les amphétamines comprennent à la fois l'amphétamine et la méthamphétamine.

TABLEAU 4 Estimation du nombre et de la prévalence des usagers de drogues injectables et des personnes vivant avec le VIH au sein de ce groupe, par région, 2017

Région ou sous-région	Usagers de drogues injectables							Usagers de drogues injectables atteints du VIH				
	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	Nombre estimé d'usagers de drogues injectables couverts par les données
	Min.	Meilleure estimation	Max.	Min.	Meilleure estimation	Max.		Min.	Meilleure estimation	Max.		
Afrique	450 000	810 000	2 140 000	0,06	0,12	0,31	57,8 %	42 000	93 000	515 000	11,4	75,4 %
Amérique	1 860 000	2 370 000	2 870 000	0,28	0,35	0,43	86,1 %	109 000	174 000	259 000	7,3	93,9 %
Amérique du Nord	1 560 000	1 790 000	2 020 000	0,48	0,55	0,62	100 %	94 000	124 000	159 000	6,9	100 %
Amérique latine et Caraïbes	300 000	580 000	850 000	0,09	0,17	0,25	73,2 %	16 000	50 000	100 000	8,5	75,2 %
Asie	4 130 000	5 430 000	6 900 000	0,14	0,18	0,23	95,0 %	449 000	667 000	925 000	12,3	98,0 %
Asie centrale et Transcaucasie	400 000	450 000	530 000	0,69	0,78	0,91	93,6 %	28 000	34 000	44 000	7,5	93,6 %
Asie de l'Est et du Sud-Est	2 210 000	3 210 000	4 200 000	0,14	0,20	0,26	95,1 %	181 000	320 000	482 000	10,0	98,7 %
Asie du Sud	910 000	930 000	950 000	0,09	0,09	0,09	99,9 %	84 000	93 000	105 000	10,0	99,9 %
Asie du Sud-Ouest	570 000	750 000	950 000	0,29	0,38	0,48	100 %	154 000	216 000	284 000	28,9	100 %
Proche et Moyen-Orient	40 000	90 000	270 000	0,03	0,08	0,25	39,0 %	1 800	3 200	10 400	3,8	55,6 %
Europe	2 350 000	2 570 000	2 990 000	0,44	0,48	0,55	90,0 %	483 000	505 000	556 000	19,6	99,9 %
Europe occidentale et centrale	590 000	770 000	1 130 000	0,19	0,24	0,35	83,0 %	67 000	82 000	126 000	10,6	99,9 %
Europe orientale et Europe du Sud-Est	1 760 000	1 800 000	1 860 000	0,80	0,82	0,84	100 %	416 000	423 000	431 000	23,5	100 %
Océanie	130 000	130 000	140 000	0,51	0,52	0,54	73,0 %	1 300	1 600	1 700	1,2	73,0 %

Monde	8 930 000	11 320 000	15 030 000	0,18	0,23	0,30	87,9 %	1 090 000	1 440 000	2 260 000	12,7	95,7 %
-------	-----------	------------	------------	------	------	------	--------	-----------	-----------	-----------	------	--------

Sources : 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 ; et rapports des gouvernements.

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

TABLEAU 5 Superficie consacrée à la culture illicite du pavot à opium, 2007-2018 (en hectares)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Asie du Sud-Ouest												
Afghanistan (meilleure estimation)	193 000	157 000	123 000	123 000	131 000	154 000	209 000	224 000	183 000	201 000	328 000	263 000
Limite inférieure ^a			102 000	104 000	109 000	125 000	173 000	196 000	163 000	182 000	301 000	242 000
Limite supérieure ^a			137 000	145 000	155 000	189 000	238 000	247 000	202 000	221 000	355 000	283 000
Asie du Sud-Est												
Myanmar (meilleure estimation) ^b	27 700	28 500	31 700	38 100	43 600	51 000	57 800	57 600 c	55 500 c	..	41 000	37 300 ^c
Limite inférieure ^a	22 500	17 900	20 500	17 300	29 700	38 249	45 710	41 400	42 800		30 200	29 700
Limite supérieure ^a	32 600	37 000	42 800	58 100	59 600	64 357	69 918	87 300	69 600		51 900	47 200
République démocratique populaire lao (meilleure estimation) ^b	1 500	1 600	1 900	3 000	4 100	6 800	3 900	6 200	5 700	..	..	..
Limite inférieure ^a	1 230	710	1 100	1 900	2 500	3 100	1 900	3 500	3 900			
Limite supérieure ^a	1 860	2 700	2 700	4 000	6 000	11 500	5 800	9 000	7 600			
Amérique du Sud et Amérique centrale												
Colombie (meilleure estimation)	715	394	356	341	338	313	298	387	595	462	282	..
Mexique (meilleure estimation) ^{b, d, f, h}	6 900	15 000	19 500	14 000	12 000	10 500	11 000	17 000	26 100	25 200	30 600	..

Limite inférieure ^a									21 800	20 400	22 800	
Limite supérieure ^a									30 400	30 000	38 400	
Autre												
Autres pays^a	5 885	10 509	9 479	12 221	16 462	12 282	13 293	11 522	10 597	68 139	14 589	45 471
Total (meilleure estimation)	235 700	213 003	185 935	190 662	207 500	234 895	295 291	316 709	281 492	294 801	414 471	345 771
Limite inférieure			152 935	149 762	170 000	189 444	245 201	269 809	242 692	256 501	367 251	307 751^b
Limite supérieure			211 835	233 662	249 400	287 952	338 309	372 209	320 792	335 601	462 251	385 551^b
TOTAL (meilleure estimation arrondie)	235 700	213 000	185 900	190 700	207 500	234 900	295 300	316 700	281 500	294 800	414 500	345 800^b

Sources : 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 (ONUDD). 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 et au-delà, projet commun entre le Mexique et l'ONUDD 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 Limite de l'intervalle de confiance statistiquement établi.

^b Peut comprendre des surfaces éradiquées après l'enquête.

^c Les estimations pour 2014, 2015 et 2018 tiennent compte des images satellite pour les États de Kayah et de Chin. Les estimations nationales pour ces années ne sont donc pas directement comparables avec celles des autres années.

^d Jusqu'en 2014, les estimations pour le Mexique émanent du Département d'État des États-Unis. Le Gouvernement mexicain ne confirme pas les estimations fournies par les États-Unis, car elles ne font pas partie de ses chiffres officiels et il ne dispose pas d'informations sur la méthode de calcul utilisée.

^e Comprend les pays où les surfaces cultivées sont réduites (moins de 400 hectares les deux des trois dernières années) 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 « Culture du pavot à opium et production d'opium dans d'autres pays ; éradication du pavot à opium, 2008-2018 ».

De plus, uniquement pour 2016, 2017 et 2018, les meilleures estimations pour les pays pour lesquels on ne dispose pas de chiffres (République démocratique populaire lao, Myanmar pour 2016, et Mexique et Colombie pour 2018) sont incluses dans cette catégorie.

À partir de 2008, une nouvelle méthode a été adoptée pour estimer les surfaces cultivées de 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 pavot à opium. 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'ONUDD. Ces chiffres correspondent à l'estimation réalisée pour la période juillet 2014-juin 2015.

^g Les premières estimations pour 2018 ; elles sont susceptibles de changer à mesure que d'autres estimations seront disponibles.

^h Les chiffres pour 2016 et 2017 correspondent aux estimations réalisées pour les périodes de juillet 2015 à juin 2016 et de juin 2016 à juillet 2017, respectivement.

TABLEAU 6 Production potentielle d'opium séché au four, 2007-2018 (en tonnes)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Asie du Sud-Ouest												
Afghanistan (meilleure estimation)	7 400	5 900	4 000	3 600	5 800	3 700	5 500	6 400	3 300	4 800	9 000	6 400
Limite inférieure ^a				3 000	4 800	2 800	4 500	5 100	2 700	4 000	8 000	5 600
Limite supérieure ^a				4 200	6 800	4 200	6 500	7 800	3 900	5 600	10 000	7 200
Asie du Sud-Est												
Myanmar (meilleure estimation) ^b	460	410	330	580	610	690	870	670 ^h	647	..	550	520
Limite inférieure			213	350	420	520	630	481	500		395	410
Limite supérieure			445	820	830	870	1 100	916	820		706	664
République démocratique populaire lao (meilleure estimation) ^{b, f}	9	10	11	18	25	41	23	92	..	..	..	..
Limite inférieure ^g	7	4	7	11	15	18	11	51	84			
Limite supérieure ^g	11	16	16	24	36	69	35	133	176			
Amérique latine												
Colombie (meilleure estimation)	14	10	9	8	8	8	11	12	17	13	7	..

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mexique (meilleure estimation) ^{c, e}	150	325	425	300	250	220	225	360	499	482	586	..
Limite inférieure									279	261	292	
Limite supérieure									693	684	876	
Autre												
Autres pays (meilleure estimation) ^d	58	187	178	224	290	172	182	198	178	888	272	870
TOTAL (meilleure estimation)	8 091	6 841	4 953	4 730	6 983	4 831	6 810	7 732	4 771	6 184	10 415	7 790
Limite inférieure				3 894	5 783	3 738	5 558	6 202	3 758	4 973	8 920	6 540
Limite supérieure				5 576	8 214	5 539	8 052	9 419	5 784	7 391	11 907	9 070
TOTAL (meilleure estimation arrondie)	8 090	6 840	4 950	4 730	6 980	4 830	6 810	7 730	4 770	6 180	10 410	7 790

Sources : 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 et au-delà, 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 Limite de l'intervalle de confiance statistiquement établi.

^b Peut comprendre des surfaces 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.

^d Comprend les pays où les surfaces cultivées sont réduites 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 « Culture du pavot à opium et production d'opium dans d'autres pays ; éradication du pavot à opium, 2008-2018 ».

De plus, uniquement pour 2016, 2017 et 2018, les meilleures estimations pour les pays pour lesquels on ne dispose pas de chiffres (République démocratique populaire lao, Myanmar pour 2016, et Mexique et Colombie pour 2018) sont incluses dans cette catégorie.

À partir de 2008, une nouvelle méthode a été adoptée pour estimer les surfaces cultivées de 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 pavot à opium. 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.

^a 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 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 2015-2017 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 production d'opium pour 2015-2017 sont provisoires et, pour des raisons méthodologiques, ne sont pas comparables aux chiffres de production présentés pour la période 1998-2014.

^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 Limite 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 2014, 2015 et 2018 contiennent les estimations pour les États de Kayah et de Chin. Les estimations nationales pour ces années ne sont donc pas directement comparables avec celles des autres années.

ANNEXE - Opium et héroïne

TABLEAU 7 Fabrication mondiale d'héroïne à partir de la production illicite d'opium, 2007-2018 (en tonnes)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Production potentielle totale d'opium	8 091	6 841	4 953	4 730	6 983	4 831	6 810	7 723	4 771	6 180	10 420	7 790
Production potentielle totale d'opium	3 078	2 360	1 680	1 728	3 400	1 850	2 600	2 450	1 360	2 510	1 100-1 400	1 225-1 525
Opium potentiel transformé en héroïne	5 012	4 481	3 273	3 002	3 583	2 981	4 210	5 273	3 411	3 670	9 020-9 320	6 265-6 565
Fabrication potentielle totale d'héroïne	686	600	427	383	467	377	555	542	327	388	692-1042	487-737

Notes : Le calcul montre la quantité potentielle d'héroïne qui aurait pu être fabriquée à partir de l'opium produit lors d'une année donnée ; il ne tient pas compte de l'évolution des stocks d'opium, qui peuvent augmenter ou réduire la quantité d'héroïne introduite sur le marché cette année-là. L'Afghanistan et le Myanmar sont les seuls pays pour lesquels la proportion de la production potentielle d'opium non transformé en héroïne dans le pays a été évaluée. On suppose que, pour tous les autres pays, la totalité de l'opium produit est transformée en héroïne.

La quantité d'héroïne produite à partir d'opium afghan est calculée à l'aide de deux paramètres qui peuvent évoluer : a) la quantité d'opium consommée sous la forme d'opium brut dans la région ; et b) le coefficient applicable à la transformation en héroïne. Le premier paramètre se fonde sur les données relatives à la consommation en Afghanistan et dans les pays voisins. S'agissant du second paramètre, entre 2005 et 2013, un coefficient 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 (et 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, n^{os} 1 et 2, 2005, p. 11 à 31), et d'études de l'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). À partir de 2014, le coefficient 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 kilogrammes d'opium pour fabriquer 1 kilogramme 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 entre 50 et 70 %, il fallait cette année-là entre 9,2 et 12,9 kilogrammes (entre 9 et 14 kg) d'opium pour fabriquer 1 kilogramme d'héroïne de qualité export. Pour de plus amples informations, voir Afghanistan Opium Survey 2017 : Challenges to Sustainable Development, Peace and Security (Enquête sur l'opium en Afghanistan 2017 : défis pour le développement durable, la paix et la sécurité) (ONUDC, mai 2018).

La quantité d'héroïne produite au Myanmar en 2018 a été calculée en soustrayant la quantité estimative d'opium non transformé destiné à la consommation de la production totale d'opium et en utilisant un coefficient de conversion de 10 à 1. La quantité d'opium non transformé au Myanmar a été estimée à 125 tonnes en 2018, sur la base de la quantité totale d'opium non transformé en Asie de l'Est (rapport TOCTA EAP, 2013) et compte tenu des niveaux de culture relatifs de la République démocratique populaire lao et du Myanmar. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la partie (section 4.3) de l'enquête 2018 sur l'opium au Myanmar (ONUDC, janvier 2019).

Pour tous les autres pays, un coefficient de conversion « classique » de 10 à 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.

TABLEAU 8 Culture illicite mondiale de cocaïer, 2007-2017 (en hectares)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bolivie (État plurinational de)	28 900	30 500	30 900	31 000	27 200	25 300	23 000	20 400	20 200	23 100	24 500
Colombie ^a	99 000	81 000	73 000	62 000	64 000	48 000	48 000	69 000	96 000	146 000	171 000
Pérou ^b	53 700	56 100	59 900	61 200	64 400						
Pérou ^c					62 500	60 400	49 800	42 900	40 300	43 900	49 900
Total	181 600	167 600	163 800	154 200	155 600^d	133 700	120 800	132 300	156 500	213 000	245 400

Sources : 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 : E.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 surfaces 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 en 2011.

TABLEAU 9 Éradication déclarée du cocaïer, 2007-2017

	Méthode d'éradication	Unité	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bolivie (État plurinational de)	Manuelle	Hectares	5 484	6 341	8 200	10 509	11 044	11 407	11 144	11 020	6 577	7 237
Colombie	Manuelle	Hectares	96 003	60 565	43 804	35 201	30 456	22 121	11 703	13 473	17 642	52 001
	Pulvérisation	Hectares	133 496	104 772	101 940	103 302	100 549	47 052	55 532	36 494	0	0

Pérou	Manuelle	Hectares	10 143	10 025	12 033	10 290	14 171	23 785	31 205	35 868	30 150	25 784
Équateur	Manuelle	Hectares	12	6	3	14	..	..	..	..	..	..
		Plants	152 000	57 765	3 870	55 030	122 656	41 996	15 874	45 266	20 896	10 100

Sources : Questionnaires de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime destinés aux rapports annuels et rapports des gouvernements.

Note : Les données présentées pour la Bolivie (État plurinational de) et le Pérou comprennent les éradications volontaires et les éradications forcées. Les éradications déclarées correspondent à la somme de toutes les surfaces où le cocaïer a été éradiqué au cours d'une année, surfaces 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.

TABLEAU 10 Fabrication potentielle de cocaïne pure à 100 %, 2007-2017 (en tonnes)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bolivie (État plurinational de)	104	113	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Colombie	683	471	488	424	384	333	290	442	646	1 053	1 379
Pérou	290	302	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Total obtenu en utilisant les « anciens » coefficients de conversion^a	1 077	886	920	862	815	738	662	746	936	1 378	1 743
Total obtenu en utilisant les « nouveaux » coefficients de conversion^a	1 317	1 143	1 188	1 134	1 090	997	902	943	1 124	1 586	1 976

Sources : 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.

^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 (ONUDDC, 2015) et l'annexe 3 du document relatif à la surveillance des territoires touchés par les cultures illicites en 2015 (ONUDDC, 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 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.

ANNEXE - Cannabis

TABLEAU 11 Culture, production et éradication du cannabis, dernière année pour laquelle les chiffres sont connus sur la période 2012-2017

Année	Pays	Produit	En extérieur et sous abri	Superficie cultivée (en hectares)	Superficie éradiquée (en hectares)	Superficie exploitable (en hectares)	Production (en tonnes)	Plants éradiqués	Sites éradiqués
2012	Afghanistan	Résine	En extérieur	10 000			1 400		
2017	Albanie	Herbe	Sous abri					7 766	
2016	Albanie	Herbe	En extérieur					2 536 288	5 205
2017	Albanie	Herbe	En extérieur					66 927	500
2014	Algérie	Résine	En extérieur					2 522	
2015	Allemagne	Herbe	Sous abri					135 925	786
2017	Allemagne	Herbe	Sous abri					85 226	573
2015	Allemagne	Herbe	En extérieur					9 136	127
2017	Allemagne	Herbe	En extérieur						95
2016	Arménie	Herbe	En extérieur	0,50 ^a	0,50	0,00		757	20

2017	Arménie	Herbe	En extérieur	0,50 ^a	0,50	0,00		2 547	21
2016	Australie	Herbe	Sous abri					31 266	408
2017	Australie	Herbe	Sous abri					78 310	433
2016	Australie	Herbe	En extérieur					22 257	1 021
2017	Australie	Herbe	En extérieur	1,00 ^a	1,00	0,00		31 431	948
2015	Autriche	Herbe	En extérieur	3,00 ^a	3,00	0,00			
2013	Azerbaïdjan	Herbe	En extérieur	23,95 ^a	23,95	0,00	263,96	8 469	151
2014	Azerbaïdjan	Herbe	En extérieur	17,50 ^a	17,50	0,00		14 889	195
2017	Azerbaïdjan	Herbe	En extérieur	0,25 ^a		0,25		336 791	
2015	Bahamas	Herbe	En extérieur					17 270	
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	
2016	Bélarus	Herbe	Sous abri						28
2017	Bélarus	Herbe	Sous abri						32
2016	Bélarus	Herbe	En extérieur		123,80				1 945
2017	Bélarus	Herbe	En extérieur		125,90				2 283
2015	Belgique	Herbe	Sous abri					345 518	1 164
2017	Belgique	Herbe	Sous abri					415 728	1 175

2015	Belgique	Herbe	En extérieur					4 885	93
2017	Belgique	Herbe	En extérieur					848	59
2015	Belize	Herbe	En extérieur					50 897	
2016	Bolivie (État plurinational de)	Herbe	En extérieur		14,60				35
2017	Bolivie (État plurinational de)	Herbe	En extérieur		14,00				52
2016	Bosnie-Herzégovine	Herbe	Sous abri		39,00				
2017	Bosnie-Herzégovine	Herbe	Sous abri					1	1
2016	Bosnie-Herzégovine	Herbe	En extérieur		1 680,00				
2017	Bosnie-Herzégovine	Herbe	En extérieur	0,02 ^a	0,02	0,00		539	53
2014	Brésil	Herbe	En extérieur		44,01			1 364 316	
2017	Brésil	Herbe	En extérieur		117,51			1 910 451	604
2015	Bulgarie	Herbe	Sous abri					323	
2015	Bulgarie	Herbe	En extérieur				37,77	9 488	
2016	Chili	Herbe	Sous abri					26 988	2 740
2017	Chili	Herbe	Sous abri					50 414	2 408
2016	Chili	Herbe	En extérieur					58 950	264
2017	Chili	Herbe	En extérieur					194 694	202
2016	Chine	Herbe	En extérieur		9,80			1 390 000	
2016	Chine, RAS de Hong Kong	Herbe	Sous abri					329	1
2016	Colombie	Herbe	En extérieur		135,00				
2017	Colombie	Herbe	En extérieur		173,71				

2016	Costa Rica	Herbe	Sous abri					678	5
2017	Costa Rica	Herbe	Sous abri						2
2016	Costa Rica	Herbe	En extérieur		17,59			2 122 244	201
2017	Costa Rica	Herbe	En extérieur						215
2016	Côte d'Ivoire	Herbe	En extérieur					5	
2017	Côte d'Ivoire	Herbe	En extérieur		0,25				1
2015	Danemark	Herbe	En extérieur et sous abri					14 560	97
2016	Danemark	Herbe	En extérieur et sous abri					13 217	105
2017	Danemark	Herbe	En extérieur et sous abri					34 801	65
2015	Égypte	Herbe et résine	En extérieur		140,00				
2017	Égypte	Herbe/résine	En extérieur		126,00				
2016	El Salvador	Herbe	En extérieur			1,00		227	25
2016	Équateur	Herbe	En extérieur					224	34
2017	Équateur	Herbe	En extérieur					397	10
2015	Espagne	Herbe	Sous abri					244 772	108
2015	Espagne	Herbe	En extérieur					135 074	44
2014	Eswatini	Herbe	En extérieur	1 500,00	1 069,50	430,50		3 000 000	210
2016	États-Unis d'Amérique	Herbe	Sous abri					406 125	1 865
2017	États-Unis d'Amérique	Herbe	Sous abri					303 654	1 399
2016	États-Unis d'Amérique	Herbe	En extérieur					4 940 596	5 513

2017	États-Unis d'Amérique	Herbe	En extérieur					3 078 418	4 062
2016	Fédération de Russie	Herbe	Sous abri		0,66				788
2017	Fédération de Russie	Herbe	Sous abri		0,87				1 990
2016	Fédération de Russie	Herbe	En extérieur	7,61 ^a	7,61	0,00	68,64		1 143
2017	Fédération de Russie	Herbe	En extérieur	159,00 ^a	159,00	0,00	30,07		5 379
2014	France	Herbe	En extérieur					158 592	837
2017	Géorgie	Herbe	Sous abri		0,01			186	91
2017	Géorgie	Herbe	En extérieur	0,02 ^a	0,02	0,00		93	19
2016	Grèce	Herbe	Sous abri					16 554	
2017	Grèce	Herbe	Sous abri					19 498	
2016	Grèce	Herbe	En extérieur					39 151	
2017	Grèce	Herbe	En extérieur					27 409	
2016	Guatemala	Herbe	En extérieur		9,00			3 138 298	427
2017	Guatemala	Herbe	En extérieur	3,50 ^a	3,81		1,61	6 033 345	150
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
2017	Honduras	Herbe	En extérieur	59,58 ^a	59,59	0,00			
2016	Hongrie	Herbe	Sous abri					5 000	3
2016	Hongrie	Herbe	En extérieur					2 000	20
2016	Inde	Herbe	En extérieur		3 414,74				

2017	Inde	Herbe	En extérieur		3 445,90			6 687 376	
2016	Indonésie	Herbe	En extérieur	482,00 ^a	482,00	0,00			
2017	Indonésie	Herbe	En extérieur	89,00 ^a	89,00	0,00		738 020	14
2016	Irlande	Herbe	Sous abri					7 273	
2017	Irlande	Herbe	Sous abri					9 046	50
2013	Islande	Herbe	Sous abri					6 652	323
2017	Italie	Herbe	Sous abri					56 125	1 161
2017	Italie	Herbe	En extérieur					209 510	401
2014	Italie	Herbe	Sous abri					51 534	639
2014	Italie	Herbe	En extérieur					70 125	1 134
2012	Jamaïque	Herbe	En extérieur					456	382
2016	Kazakhstan	Herbe	En extérieur	18,00 ^a	18,00	0,00		170 000	202
2017	Kazakhstan	Herbe	En extérieur	12,30 ^a	12,30	0,00		930 774	91
2016	Kenya	Herbe	En extérieur	12,00				8 747	46
2017	Kenya	Herbe	En extérieur		0,10			4 662	
2015	Kirghizistan	Herbe	En extérieur	5 014,00		5 014,00			
2016	Lettonie	Herbe	Sous abri					557	35
2017	Lettonie	Herbe	Sous abri					798	34
2016	Lettonie	Herbe	En extérieur					78	6
2017	Lettonie	Herbe	En extérieur					66	15
2015	Liban	Herbe	En extérieur	3 500,00		3 500,00			

2017	Liban	Herbe	En extérieur	40 772,00					
2016	Lituanie	Herbe	Sous abri						4
2017	Lituanie	Herbe	Sous abri						8
2017	Lituanie	Herbe	En extérieur						7
2015	Madagascar	Herbe	En extérieur		11,00			21 325	
2017	Madagascar	Herbe	En extérieur		9,00			57 708	
2013	Malte	Herbe	Sous abri					27	
2016	Maroc	Plants	En extérieur	47 000,00	395,00	46 605,00			
2017	Maroc	Plants	En extérieur	47 500,00	523,00	46 977,00			
2016	Maroc	Herbe	En extérieur				35 652,83		
2017	Maroc	Herbe	En extérieur				35 702,90		
2016	Maroc	résine	En extérieur				713,00		
2017	Maroc	résine	En extérieur				714,06		
2016	Mexique	Herbe	En extérieur		5 478,42		6 574,1		38 432
2017	Mexique	Herbe	En extérieur		4 193,34		5 032,0		34 523
2013	Mongolie	Herbe	En extérieur	15 000,00	4 000,00	11 000,00		4 000	4 000
2014	Myanmar	Herbe	En extérieur	15,00	10,00	5,00			3
2014	Nicaragua	Herbe	En extérieur		0,30		1 507,00	3 014	30
2016	Nigéria	Herbe	En extérieur		718,78				65
2017	Nigéria	Herbe	En extérieur		317,12				
2015	Norvège	Herbe	Sous abri		0,04			4 000	30

2016	Nouvelle-Zélande	Herbe	Sous abri					18 903	607
2017	Nouvelle-Zélande	Herbe	Sous abri					19 992	
2016	Nouvelle-Zélande	Herbe	En extérieur					104 725	
2017	Nouvelle-Zélande	Herbe	En extérieur					19 559	
2012	Ouganda	Herbe	En extérieur	150,00	88,00	62,00			5
2016	Ouzbékistan	Herbe	En extérieur	0,20 ^a	0,20	0,00			586
2017	Ouzbékistan	Herbe	En extérieur	0,20 ^a	0,20	0,00			618
2013	Panama	Herbe	Sous abri	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
2017	Paraguay	Plants	En extérieur		1 462,00			36 550 000	
2016	Paraguay	Herbe	En extérieur				1 298,50		
2016	Paraguay	Résine	En extérieur				1,15		
2016	Pays-Bas	Herbe	Sous abri					994 068	5 856
2017	Pays-Bas	Herbe	Sous abri					883 163	5 538
2016	Pérou	Herbe	En extérieur		87,83			1 429 749	
2017	Pérou	Herbe	En extérieur		61,30			4 671 387	47
2016	Philippines	Herbe	En extérieur		8,67			24 635 153	337
2017	Philippines	Herbe	En extérieur		4,82			221 035	27
2016	Pologne	Herbe	Sous abri					146 755	1 403
2017	Pologne	Herbe	Sous abri					448	10

2016	Pologne	Herbe	En extérieur et sous abri					4 585	219
2017	Pologne	Herbe	En extérieur et sous abri						54
2017	Portugal	Herbe	En extérieur et sous abri					22 910	158
2017	République centrafricaine	Herbe	En extérieur	130,00	60,00	55	10,00	250 000	22
2013	République de Corée	Herbe	En extérieur					8 072	
2014	République de Moldova	Herbe	En extérieur	100,00	59,00	41,00	10 000,00	200 548	
2017	République de Moldova	Herbe	En extérieur	0,15	2,57			257 236	
2014	République de Moldova	Herbe	Sous abri		41,00				
2014	République dominicaine	Herbe	En extérieur	6,00 ^a	6,00	0,00	0,21	111	8
2016	Roumanie	Herbe	Sous abri					1 433	41
2017	Roumanie	Herbe	Sous abri					1 875	46
2016	Roumanie	Herbe	En extérieur		6,99				42
2017	Roumanie	Herbe	En extérieur		1,90			4 905	32
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	
2017	Slovaquie	Herbe	En extérieur	2,00 ^a	2,00	0,00		2 299	31
2014	Slovénie	Herbe	Sous abri					9 223	118
2017	Slovénie	Herbe	Sous abri					10 259	78
2014	Slovénie	Herbe	En extérieur					1 844	

2014	Soudan	Herbe	En extérieur	8,00 ^a	8,00	0,00	345,00		
2017	Soudan	Herbe	En extérieur	1 250,00 ^a	1 250,00	0,00	205,00		100
2014	Suède	Herbe	Sous abri					10 000	56
2015	Suède	Herbe	En extérieur				182,00		
2017	Suède	Herbe	En extérieur					5 100	44
2016	Suisse	Herbe	Sous abri					11 386	83
2017	Suisse	Herbe	Sous abri					71 750	
2012	Tadjikistan	Herbe	En extérieur					2 180 121	
2016	Tchéquie	Herbe	Sous abri					53 549	229
2017	Tchéquie	Herbe	Sous abri					50 925	305
2016	Tchéquie	Herbe	En extérieur					4 111	
2017	Tchéquie	Herbe	En extérieur					3 467	
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
2016	Ukraine	Herbe	En extérieur	91,00 ^a	91,00	0,00			
2017	Ukraine	Herbe	En extérieur		166,90			4 600 000	
2016	Uruguay	Herbe	Sous abri					661	
2017	Uruguay	Herbe	Sous abri					1 926	
2015	Viet Nam	Herbe	En extérieur		1,00				

Sources : Questionnaires 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 comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une utilisation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la substance en cause, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

fentanyl – fentanyl et ses analogues.

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. L'utilisation de substances nocive pour la santé et la dépendance sont des troubles liés à l'usage de drogues. Les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues nécessitent un traitement, des soins de santé, une aide sociale et une réadaptation.

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-méthylènedioxyamphétamine (MDMA) et ses analogues).

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

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) (5^e 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 de l'Est : Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Maurice, Mayotte, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Somalie et Soudan du Sud

Afrique du Nord : Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Soudan et Tunisie

Afrique australe : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Zambie, Zimbabwe et La Réunion

Afrique de l'Ouest et du Centre : 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, Togo et Sainte-Hélène

Caraïbes : Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Cuba, Dominique, République dominicaine, Grenade, Haïti, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Trinité-et-Tobago, Anguilla, Aruba, Bonaire (Pays-Bas), îles Vierges britanniques, îles Caïmanes, Curaçao, Guadeloupe, Martinique, Montserrat, Porto Rico, Saba (Pays-Bas), Saint-Eustache (Pays-Bas), Saint-Martin (partie néerlandaise), îles Turques et Caïques, îles Vierges américaines

Amérique centrale : Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama

Amérique du Nord : Canada, Mexique, États-Unis d'Amérique, Bermudes, Groenland et Saint-Pierre-et-Miquelon

Amérique du Sud : Argentine, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Guyana, Paraguay, Pérou, Suriname, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du) et Îles Falkland (Malvinas)

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, Viet Nam, Hong Kong (Chine), Macao (Chine) et province chinoise de Taiwan

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

Asie du Sud : Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal et Sri Lanka

Europe orientale : Bélarus, Fédération de Russie, République de Moldova et Ukraine

Europe du Sud-Est : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Macédoine du Nord, Monténégro, Roumanie, Serbie, Turquie et Kosovo

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, Tchéquie, Îles Féroé, Gibraltar et Saint-Siège

Océanie (comprenant quatre sous-régions) :

Australie et Nouvelle-Zélande : Australie et Nouvelle-Zélande

Polynésie : Îles Cook, Nioué, Samoa, Tonga, Tuvalu, Polynésie française, Wallis-et-Futuna et Tokélaou

Mélanésie : Fidji, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Vanuatu et Nouvelle-Calédonie

Micronésie : Kiribati, Îles Marshall, Micronésie (États fédérés de), Nauru, Palaos, Guam et Îles Mariannes septentrionales

[Quatrième de couverture]

Le *Rapport mondial sur les drogues 2019*, comme celui de l'année précédente, se présente en cinq parties distinctes ; les nombreuses informations et analyses qu'il contient sont ainsi réparties en autant de fascicules faciles à lire dans lesquels les drogues sont, pour la première fois depuis que le rapport existe, groupées selon leur effet psychopharmacologique.

Le fascicule 1 résume les quatre fascicules suivants ; il en reprend les principales constatations et met en vedette les incidences stratégiques de leurs conclusions. Le fascicule 2 offre un aperçu des estimations et tendances les plus récentes concernant l'offre, l'usage et les conséquences sanitaires des drogues dans le monde. Le fascicule 3 examine les tendances récemment observées sur le marché des dépresseurs (opioïdes, sédatifs, tranquillisants et hypnotiques), tandis que le fascicule 4 traite de celles récemment observées sur le marché des stimulants (cocaïne, stimulants de type amphétamine et nouvelles substances psychoactives). Le fascicule 5 passe en revue les évolutions qu'a connues dernièrement le marché du cannabis et des hallucinogènes. La section consacrée au cannabis aborde également les faits nouveaux intervenus dans les pays qui ont adopté des mesures autorisant l'usage non médical du cannabis.

Comme les rapports des années passées, le *Rapport mondial sur les drogues 2019* se propose de faire mieux comprendre le problème mondial de la drogue et de contribuer à favoriser une coopération internationale accrue afin de contrecarrer les incidences de ce problème sur la santé, la gouvernance et la sécurité.

L'annexe statistique est publiée sur le site Web de l'ONUDC : www.unodc.org/wdr2019.