

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Comité National de Lutte contre les Drogues (CNLD)

STRATÉGIE NATIONALE DE RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES PERSONNES USAGERES DE DROGUES AU CAMEROUN

2026 – 2030

*"Un Cameroun où chaque usager de drogues bénéficie de services de santé
Intégrés, équitables et respectueux des droits humains"*



PRÉFACE

Le Cameroun est à un tournant décisif dans sa réponse à la problématique de l'usage de drogues. Si des progrès ont été accomplis ces dernières années — notamment à travers l'adoption du Plan Stratégique National de Lutte contre les Drogues 2024-2030 et les initiatives portées par les organisations de la société civile — la réponse nationale demeure insuffisante face à l'ampleur des besoins.

L'usage de drogues injectables représente un enjeu majeur de santé publique. Il est étroitement associé à la transmission du VIH, des hépatites virales B et C, de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'à une mortalité évitable liée aux overdoses. Ces risques sanitaires sont aggravés par la stigmatisation persistante, la marginalisation socio-économique et un cadre juridique qui demeure, à bien des égards, une barrière à l'accès aux soins.

C'est dans ce contexte que la présente Stratégie Nationale de Réduction des Risques (RdR) chez les Usagers de Drogues (UD) y compris les Usagers de Drogues Injectables (UDI) est élaborée pour la période 2026-2030. Ce document constitue un cadre commun pour guider, coordonner, suivre et évaluer l'ensemble des activités de réduction des risques en faveur des UDI au Cameroun, dans la communauté comme en milieu carcéral.

S'inspirant des meilleures pratiques documentées au niveau international — notamment de la stratégie tunisienne 2021-2025 et des recommandations de l'OMS, de l'ONUDC et de l'ONUSIDA — cette stratégie ambitionne de construire une réponse fondée sur les droits humains, les évidences scientifiques et la participation communautaire des personnes concernées.

Le Ministère de la Santé Publique et le Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) appellent l'ensemble des acteurs — institutions gouvernementales, organisations de la société civile, partenaires techniques et financiers, et usagers de drogues eux-mêmes — à s'engager résolument dans la mise en œuvre de cette stratégie.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CPFF	Centre de Promotion de la Femme et de la Famille
CMPJ	Centre Multifonctionnel de Promotion des Jeunes
CESO	Centre Social
CNLD	Comité National de Lutte contre la Drogue
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
DHIS2	District Health Information Software 2
DIC	Drop-In Center (Centre d'Accueil et d'Orientation)
FMO	Forces de Maintien de l'Ordre
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Surveillance
IEC	Information – Éducation – Communication
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINJUSTICE	Ministère de la Justice
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
PES	Programme d'Échange de Seringues
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUDD	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PO	Plan Opérationnel
RdR	Réduction des Risques
S&E	Suivi-Évaluation
TARV	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
UD	Usagers de Drogues
UDI	Usagers de Drogues Injectables
VBG	Violences Basées sur le Genre
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VDH	Violations des Droits Humains

1. INTRODUCTION

Le Cameroun se dote d'une stratégie nationale spécifique de réduction des risques (RdR) chez les usagers de drogues y compris les usagers de drogues injectables (UD/UDI), couvrant la période 2026-2030. Cette stratégie s'inscrit dans la continuité du Plan Stratégique National de Lutte contre les Drogues (PSNLD 2024-2030) et du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le sida et les IST. Il constitue dès lors l'outil de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans ce domaine.

Elle couvre deux champs d'intervention complémentaires : la communauté et le milieu carcéral. En effet, les données disponibles indiquent qu'une proportion significative des UD/UDI camerounais a connu une expérience carcérale, faisant de la prison un environnement à fort risque de transmission des infections — et donc un milieu d'intervention prioritaire.

Cette stratégie a été élaborée avec l'appui technique de CARE Cameroun, de l'ONUSDC, de l'ONUSIDA et de l'OMS, et s'inspire notamment des meilleures pratiques documentées dans des pays de contexte similaire, dont la Tunisie, qui a publié en 2021 sa première stratégie nationale de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Revue documentaire

Une revue documentaire nationale et internationale a été conduite pour réunir les données nécessaires à l'élaboration de la stratégie. Cette revue a couvert les plans stratégiques nationaux pertinents (PSNLD, PSN VIH), les rapports des enquêtes bio-comportementales (IBBS), les cartographies de hotspots, les recommandations de l'OMS/ONUSDC/ONUSIDA, ainsi que les stratégies nationales de pays comparables.

2.2 Consultations participatives

Un processus participatif a été mis en place impliquant les représentants des ministères concernés (MINSANTE, MINJUSTICE, MINAS, MINPROFF, Emploi et formation professionnelle, jeunesse et éducation civique), les organisations de la société civile (Affirmative Action, Empower Cameroon et Youth Développent Fondation), les partenaires techniques et financiers (OMS, ONUDC, ONUSIDA, CARE Cameroun), ainsi que des représentants de la communauté des usagers de drogues.

Des analyses SWOT ont été conduites pour chacun des domaines stratégiques identifiés, permettant d'objectiver les forces, faiblesses, opportunités et risques propres au contexte camerounais.

3. ANALYSE SITUATIONNELLE

3.1 Profil des usagers de drogues

Les données issues des enquêtes bio-comportementales (IBBS) et des organisations communautaires indiquent que les UD/UDI au Cameroun sont majoritairement des jeunes adultes âgés de 18 à 45 ans (selon l'IBBS 2025 l'âge médian est de 26 ans, 40% sont âgés de 18-24 ans et 26% de 25-29 ans), vivant principalement en milieu urbain et périurbain (Yaoundé, Douala, et grandes villes secondaires). Une proportion significative pratique l'injection de drogues (22% IBBS 2025) — principalement des opioïdes pharmaceutiques détournés, notamment le tramadol —, exposant ces populations à des risques élevés de transmission du VIH, du VHC et du VHB, ainsi qu'aux overdoses et aux infections opportunistes. Parmi les 86 femmes utilisatrices de drogues (56 à Douala, 30 à Yaoundé), 74,4 % (64/86) étaient des UD et 25,6 % (22/86) des UDI, avec une proportion d'UDI plus élevée à Douala (30,4 %, 17/56) qu'à Yaoundé (16,7 %, 5/30).

Des sous-groupes présentent une vulnérabilité accrue et doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- Femmes UD/UDI : exposition aux violences basées sur le genre, barrières d'accès spécifiques aux soins, risques liés à la grossesse ;
- Jeunes UD/UDI débutants : manque d'information sur les risques, difficulté d'accès aux services ;
- UD/UDI en situation de rue ou de grande précarité socio-économique ;
- UD/UDI en détention ou en conflit avec la loi — pour qui la prison constitue un facteur aggravant des risques.

Également, les caractéristiques sociologiques des hommes utilisateurs de drogue mettent en évidence des niveaux de vulnérabilité socioéconomique importants, avec des différences marquées entre Douala et Yaoundé. Le niveau d'éducation est majoritairement secondaire (64,0%), suivi de l'enseignement supérieur ou universitaire (14,0%) et de l'école primaire (16,0%). Sur le plan professionnel, 51,9% sont sans emploi avec une situation particulièrement préoccupante à Yaoundé où cette proportion atteint 62,7%, contre 38,3 % à Douala. À l'inverse, l'emploi à temps partiel est davantage observé à Douala (37,4%) qu'à Yaoundé (9,5%). Enfin, l'analyse des revenus confirme une précarité économique marquée, puisque près de deux tiers (65,9%) déclarent un revenu mensuel inférieur à 50 000 FCFA, proportion nettement plus élevée à Yaoundé (79,1%) qu'à Douala (49,0%).

3.2 Prévalence des infections et conséquences

Indicateur	Situation de référence (UD/UDI) IBBS 2025	Cible 2030
Prévalence VIH parmi les UD/UDI	Élevée (11,6% dont 18,7% chez les UDI contre 9,8% chez les UD) Selon le sexe : -UDI : 10,7 % chez les hommes (8/78) contre 47,3 % chez les femmes (10/22). -UD : 4,4 % (11/280) chez les hommes contre 33,5 % chez les femmes (19/64) Selon l'âge : -UD : 6,3% à 20,5% respectivement chez les 18-24 ans et 34-39 ans -UDI : 14,4% à 39% respectivement chez les 18-24 ans et 34-39 ans	Réduction ≥ 30%
Prévalence VHC parmi les UDI	Élevée (données non disponibles)	Réduction ≥ 30%
Prévalence VHB parmi les UD/UDI	Élevée (4,1% dont 5% chez les UDI contre 3,8% chez les UD)	Réduction ≥ 30%
Couverture services RdR (PES)	< 20% des UDI estimés	≥ 80%
UD/UDI connaît son statut VIH	Faible (35,4%)	≥ 80%
UD/UDI sous traitement ARV	Faible (23,5%)	≥ 80%
UDI sous TSO	Quasi inexistant	≥ 30%
Décès par overdose	Non documenté systématiquement	Réduction ≥ 50%

3.3 Offre de services et gaps identifiés

L'offre actuelle de services de RdR demeure limitée et fragmentée. Les interventions existantes sont concentrées dans un nombre restreint de grandes villes et reposent principalement sur des initiatives communautaires et des projets pilotes. Les principaux gaps identifiés sont :

- Couverture nationale insuffisante des services PES ;
- Absence ou disponibilité très limitée de naloxone et de TSO ;
- Faible intégration des services RdR dans le système de santé primaire ;
- Ressources humaines insuffisantes en addictologie, santé mentale et travail social ;
- Stigmatisation persistante dans les services de santé et les forces de l'ordre ;
- Contraintes juridiques et réglementaires limitant l'extension des services ;
- Système d'information et de surveillance épidémiologique fragmenté.

4. VISION, OBJECTIF GÉNÉRAL ET VALEURS

VISION : Un Cameroun où les usagers de drogues, y compris les UD/UDI, bénéficient de services intégrés de réduction des risques, accessibles, équitables et respectueux des droits humains, contribuant à réduire durablement les infections, les overdoses et l'exclusion sociale.

OBJECTIF GÉNÉRAL : Réduire la morbidité, la mortalité et la transmission du VIH, du VHB, du VHC et autres dommages liés à l'usage de drogues via un programme national de RdR intégré, efficace et durable, qui garantit un accès universel aux services de prévention, de réduction des risques, de traitement et de soutien pour les UD/UDI dans la communauté et en milieu carcéral.

4.1 Valeurs fondamentales

- La santé est un droit fondamental et inaliénable pour tout être humain, y compris des personnes qui utilisent des drogues.
- Les risques liés aux drogues constituent un problème de santé publique qui requiert une réponse fondée sur les évidences scientifiques et le respect des droits humains.
- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des UD/UDI est un préalable indispensable à l'efficacité des interventions.
- La participation communautaire des UD/UDI est un pilier central de la stratégie.

4.2 Principes directeurs

- **Approche à bas seuil** : accès aux services volontaire, gratuit, confidentiel et non discriminatoire, sans condition d'abstinence préalable.
- **Fondement sur les évidences** : mise en œuvre restreinte aux interventions dont le besoin et l'efficacité sont scientifiquement démontrés.
- **Centrage sur la personne** : respect de la dignité, des besoins et des ressources de chaque individu, prise en compte du genre.
- **Approche multi-sectorielle et participative** : engagement de toutes les parties prenantes, y compris les UD/UDI eux-mêmes.
- **Équité et inclusion** : répondre de manière appropriée aux besoins de l'ensemble des UD/UDI, quelle que soit leur origine, leur vulnérabilité, leur statut ou leur localisation.
- **Continuum de soins** : assurer la continuité des services en communauté

5. PRINCIPES DIRECTEURS ET RÉFÉRENTIELS

5.1 Référentiels nationaux

La stratégie s'appuie sur les cadres juridiques et politiques nationaux suivants :

- Constitution de la République du Cameroun ;
- Loi-cadre sur la santé au Cameroun qui définit le cadre général de la politique sanitaire nationale. Elle vise à améliorer la santé des populations par des soins de qualité, l'accessibilité aux soins essentiels, et la participation communautaire, organisée autour des districts de santé.
- Plan Stratégique National de Lutte contre les Drogues (PSNLD 2024-2030) ;
- Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2024-2030 ;
- Plan National d'Élimination des Hépatites Virales B et C ;
- Stratégie Nationale de Santé Mentale ;
- Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre 2022-2026 ;
- Code de Santé Publique du Cameroun.

5.2 Référentiels internationaux

La stratégie est également alignée sur les instruments internationaux suivants :

- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme des Nations Unies (1948) ;
- Convention des Nations-Unies relative aux Droits de l'Enfant (1993) ;
- Conventions internationales sur les stupéfiants (1961, 1971, 1988) ;
- Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030, notamment ODD 3.3, 3.5 et 3.8 ;
- Document final de la Session extraordinaire de l'AGNU sur les drogues (UNGASS 2016) ;
- Guide technique OMS-ONU DC-ONUSIDA sur la prévention et le traitement du VIH chez les UDI ;
- Agenda 2063 de l'Union Africaine et Plan d'Action AUPA 2019-2023.

6. STRATÉGIE

La stratégie nationale de RdR chez les UD/UDI au Cameroun s'articule autour de six domaines — quatre domaines verticaux et deux domaines transversaux :

Domaines verticaux	• Domaine 1 : Prévention et réduction des risques infectieux (VIH, VHC, VHB, TB, IST) • Domaine 2 : Prévention et prise en charge des overdoses (Naloxone) • Domaine 3 : Traitement de substitution aux opiacés (TSO) • Domaine 4 : Soutien psychosocial et réinsertion socio-professionnelle
Domaines transversaux	• Domaine 5 : Création un environnement juridique, politique et social favorable à l'accès aux services de RdR • Domaine 6 : Produire, analyser, disséminer et utiliser des données stratégiques (SEAQ)

DOMAINE 1 : Prévention et réduction des risques infectieux

1.1. Description

► Programme d'Échange de Seringues (PES)

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
Objectif : ≥ 80% des UDI couverts par le PES ; ≥ 200 seringues/UDI/an. Le PES constitue l'intervention de première ligne. Il repose sur une distribution à bas seuil, sans condition d'abstinence, via les DIC (points fixes) et les équipes outreach (unités mobiles). • Distribution de seringues stériles 1 ml type insuline, cotons, filtres, acide ascorbique, récipients individuels. • Échange 1:1 encouragé mais non conditionnel ; retour des seringues souillées valorisé comme indicateur de responsabilisation. • Codes anonymes UDI pour suivi longitudinal sans identification. • Couverture géographique prioritaire : Yaoundé, Douala, villes secondaires. <i>Responsable : MINSANTE/CNLD · Opérateur : CARE Cameroun, ONG · Cible 2030 : ≥ 80% UDI couverts</i>	Le POS définit précisément le contenu des kits et les modalités de dispensation : • Seringues d'1 ml (30 G × ½) — préférence confirmée par les panels d'usagers et les observations ethnographiques. • Pas de limite a priori au nombre distribué en une séance ; gros volumes accordés au cas par cas selon la connaissance de l'usager. • Kits individuels (seringue + coton + acide citrique + eau stérile + préservatif + brochure) disponibles à l'unité ou en kit. • Containers individuels et collectifs anti-retours distribués ; collecte régulière avec accord préalable du CSAPA. • Pailles distribuées aux fumeurs de cocaïne/héroïne pour éviter leur passage à l'injection. • Équipe mobile : véhicule banalisé, 2-3 agents max, horaires après-midi, régularité stricte des passages. • Étapes d'intervention sur site : prospection → information préalable des usagers → visite et explication des modalités. <i>Lieu central : CSAPA</i>

La POS opérationnalise précisément les normes stratégiques du PES : les types de seringues, les procédures d'échange et les protocoles d'intervention mobile détaillés dans le POS donnent un contenu concret aux indicateurs de couverture fixés dans la stratégie (≥ 200 seringues/UDI/an). Le double dispositif fixe (CSAPA) + mobile (outreach) correspond directement au modèle de prestation hybride prévu dans le cadre stratégique.

► Dépistage VIH, VHC, VHB et TB

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
Objectif : ≥ 80% des UD/UDI testés VIH et VHC au cours des 12 derniers mois. • Dépistage communautaire rapide via les DIC et l'outreach. • Démédicalisation du dépistage : tests salivaires, autodépistage, dépistage par les pairs. • Lien systématique VHC+ → traitement par antirétroviraux d'action directe. • Dépistage TB via le PNLT ; traitement selon recommandations nationales. <i>Responsable : MINSANTE/CNLD · Partenaires : ONG, laboratoires · Cible 2030 : ≥ 80%</i>	Le POS précise les modalités de dépistage intégrées : • Dépistage VIH gratuit et anonyme en partenariat avec les centres existants ; dépistage VHC à rendre gratuit (financement à mobiliser). • L'infirmier du CSAPA assurera les prélèvements sanguins pour VIH et VHC après formation au counseling pré et post-test. • Dépistage à l'initiative des soignants (DIS) et en stratégie avancée depuis le CSAPA et les sorties outreach. • Évaluation somatique et psychiatrique systématique à la première visite, renouvelée régulièrement.

	Orientation vers le programme TB renforcée ; prise en charge spécifique des patients sous méthadone et tuberculeux détaillée dans le référentiel TSO.
--	---

► Accès au TARV et au traitement VHC

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
Objectif : ≥ 80% des UD/UDI VIH+ sous TARV ; ≥ 75% des UDI VHC+ traités. - Initiation du TARV selon recommandations OMS et lignes directrices nationales. - Référence vers les sites TARV avec système de contre-référence structuré. Responsable : MINSANTE/CNLD · Partenaires : hôpitaux	Le POS prévoit : - Le CSAPA contribue à la réduction de la mortalité par référence et accompagnement des UD/UDI VIH+ vers les sites de prise en charge médicale existants. - Le traitement ARV selon les recommandations OMS et les protocoles nationaux de suivi biologique des PVVIH. - Partenariat construit avec les services de l'Hôpital abritant le CSAPA (médecine interne, infectiologie, odonto-stomatologie...) pour la prise en charge globale.

La POS apporte la dimension clinique concrète (protocole de prescription, suivi biologique, partenariat hospitalier) aux objectifs de cascade TARV de la stratégie. L'indicateur stratégique "% UD/UDI VIH+ sous TARV" trouve son opérationnalisation dans la procédure de référence documentée du CSAPA.

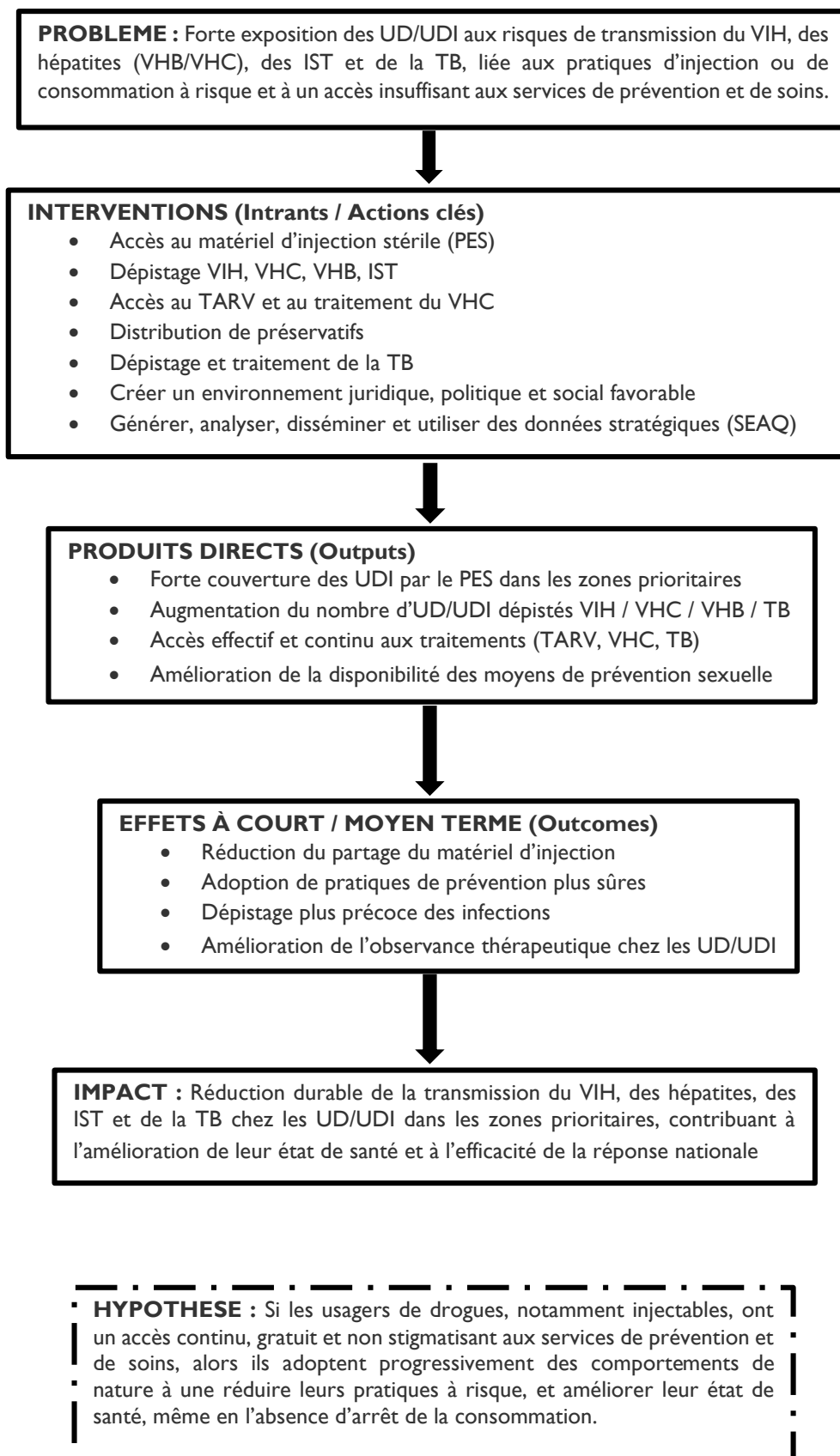
1.2 Analyse SWOT

FORCES	FAIBLESSES
- Présence d'ONG actives dans la RdR (CARE Cameroun, associations communautaires) - Pairs éducateurs formés dans plusieurs villes - Expériences de dépistage communautaire VIH/VHC/VHB/TB - Engagement des sectoriels	- Couverture géographique très insuffisante — concentrée sur Yaoundé et Douala - Ruptures fréquentes de matériel d'injection stérile - Absence de programme structuré de distribution de naloxone - Faible couverture des femmes UD/UDI et des UD/UDI en milieu carcéral
OPPORTUNITÉS	MENACES / RISQUES
- Fonds Mondial : subvention disponible pour le renforcement de la RdR - Plan Stratégique National VIH favorable à l'intégration des UD/UDI - Intérêt croissant des autorités sanitaires pour la RdR fondée sur les preuves - Réseau d'ONG et organisations communautaires mobilisables	- Stigmatisation des UD/UDI par les forces de l'ordre et les prestataires de soins - Pratiques punitives (confiscation de matériel de prévention) - Absence de cadre juridique explicitement favorable à la RdR - Instabilité du financement des programmes communautaires

1.3 Théorie du changement

L'amélioration conjointe de l'accès au matériel stérile, au dépistage et aux traitements pour les UD/UDI permet de réduire les pratiques à risque, d'augmenter la couverture thérapeutique et de réduire durablement la transmission du VIH, des hépatites et de la TB. La représentation simplifiée de la théorie du changement (TdC) de cet axe stratégique se présente comme suit :

Figure 1 : TdC de la prévention et réduction des risques infectieux chez les UD/UDI au Cameroun



1.4 Objectifs et cadre logique

Objectif : Réduire la transmission du VIH, du VHC, du VHB, de la TB et des IST parmi les UD/UDI en garantissant un accès universel à un paquet complet d'interventions de prévention.

Indicateur d'impact : Réduction de $\geq 30\%$ des nouvelles infections VIH et VHC parmi les UD/UDI d'ici 2030 (Source : IBBS 2025).

Champs prioritaires	Résultats/Effets	Indicateurs	Cible	Responsable	Partenaires
1.1 Accès au matériel d'injection stérile (PES)	Augmentation de la couverture des UDI par le PES dans les zones prioritaires	% UDI couverts par PES ; nb seringues/UDI/an	$\geq 80\%$; ≥ 200 seringues/an	MINSANTE / CNLD	ONG, CARE, OMS, ONUDC, ONUSIDA, USAID
1.2 Dépistage VIH, VHC, VHB et IST	Augmentation du taux de dépistage VIH/VHC/VHB parmi les UD/UDI	% UD/UDI testés VIH (12 derniers mois) ; % UDI testés VHC	$\geq 80\%$; $\geq 80\%$	MINSANTE / CNLD	ONG, OBC, laboratoires
1.3 Accès au TARV et au traitement VHC	Augmentation du % d'UD/UDI VIH+ sous TARV	% UD/UDI VIH+ sous TARV ; % UDI VHC+ traités	$\geq 80\%$; $\geq 75\%$	MINSANTE / CNLD	ONG, hôpitaux
1.4 Distribution de préservatifs	Amélioration de l'accès aux préservatifs pour les UD/UDI	Nb préservatifs distribués/UD/UDI/an	≥ 50	CNLD / ONG	ONG, OBC (Pairs éducateurs)
1.5 Prévention de la TB	Renforcement du dépistage TB parmi les UD/UDI	% UD/UDI dépistés TB ; % cas traités	$\geq 70\%$; $\geq 90\%$	PNLT	DIC, ONG, CSAPA

DOMAINE 2 : Prévention et prise en charge des overdoses (Naloxone)

2.1 Description

► Disponibilité et distribution de la naloxone

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
Objectif : inscrire la naloxone sur la LNME d'ici 2027 ; ≥ 500 doses/an distribuées ; $\geq 80\%$ des overdoses reversées. - Constituer un dossier AMM technique (preuves d'efficacité OMS, besoins épidémiologiques). - Distribution communautaire de kits naloxone (2 doses + seringues + notice) via DIC et pairs éducateurs. - Formation de 200+ pairs/an et 100+ prestataires à la reconnaissance des signes d'overdose et à l'administration IM/intranasale. - Système de notification des overdoses fatales et non fatales intégré au DHIS2. <i>Responsable : MINSANTE/DPM</i>	Le POS identifie ce besoin critique et précise le contexte : - L'IBBS 2025 révèle que 6,8% (9,1% à Douala contre 4% à Yaoundé) des PUD déclarent une overdose avec perte de connaissance dans les 6 derniers mois — justification directe de l'urgence d'introduction de la naloxone. - Les CSAPA étant dans les hopitaux de niveau 2, bénéficient de l'accès aux services d'urgences (médicale, chirurgicale, gynéco-obstétricale) pour la prise en charge post-overdose. - La présence permanente d'infirmiers au centre (temps plein prévus) permet d'assurer l'administration clinique de la naloxone. - Les pairs éducateurs de l'unité mobile constituent le vecteur naturel de distribution communautaire des kits naloxone lors des sorties outreach.

► Formation aux overdoses

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
- Curriculum de formation de 2 jours, 50 formateurs nationaux certifiés. - Formation couvrante : identification d'overdose, réanimation de base, alerte SAMU, administration IM/intranasale. - Entourage des UD/UDI inclus comme public cible de la formation.	- Le POS prévoit la formation du personnel paramédical du CSAPA au counseling, au dépistage et aux urgences médicales via l'infirmier formé. - L'approche par les pairs (« soutien des pairs comme acteurs relais de leur propre santé ») constitue le vecteur privilégié de diffusion des compétences de premier secours dans les lieux de consommation « TER ». - Les supports écrits adaptés localement (brochures, dépliants sur l'overdose et ses signes) sont prévus comme outils de prévention à produire dès la première année.

Le POS fournit le contexte épidémiologique direct (6,8% d'overdoses) qui justifie l'urgence de l'objectif stratégique. La structure du CSAPA (hôpital de référence + pairs éducateurs + unité mobile) constitue le dispositif opérationnel idéal pour les trois fonctions prévues dans la stratégie : stockage, formation et distribution de la naloxone.

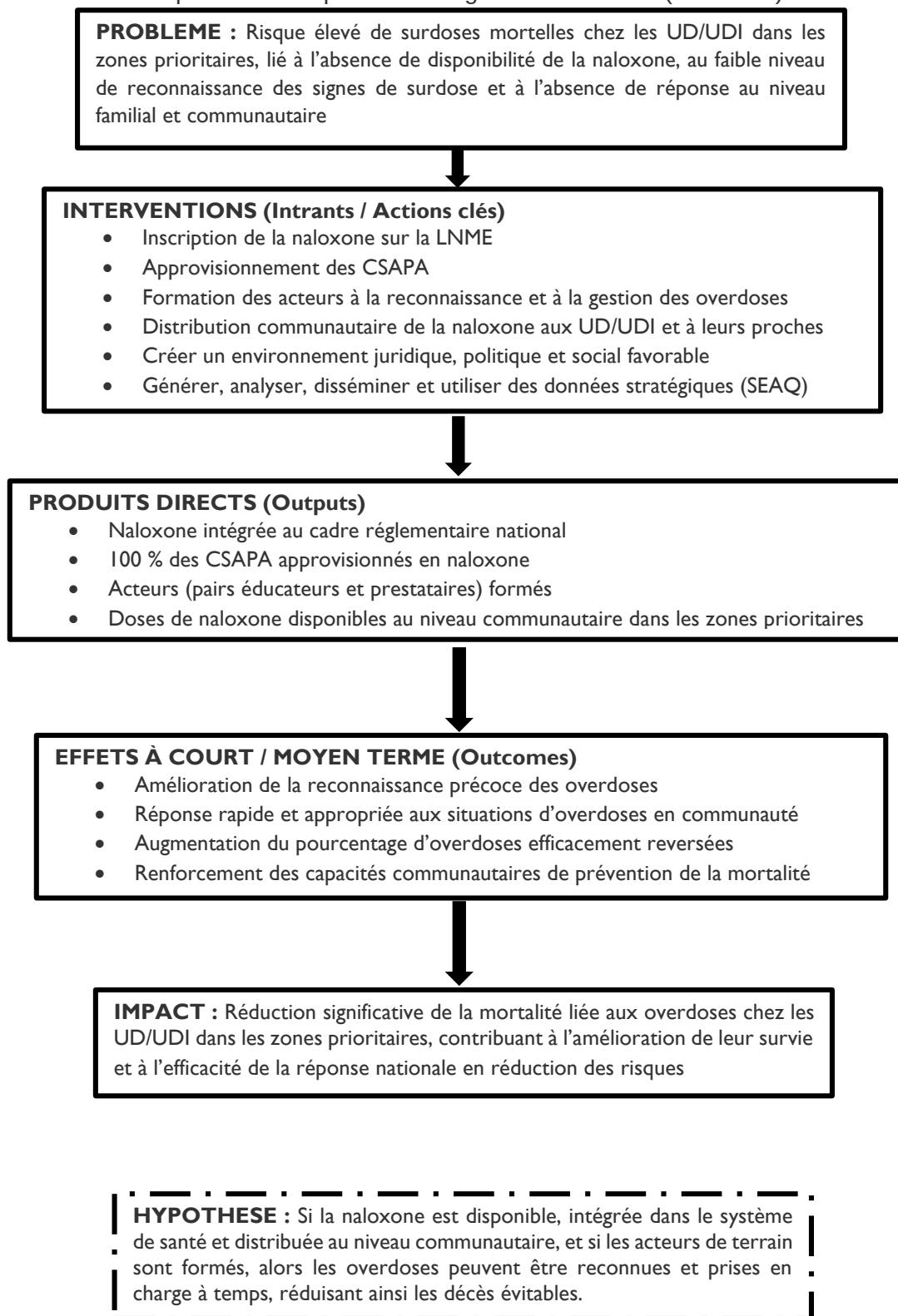
2.2 Analyse SWOT

FORCES	FAIBLESSES
- Reconnaissance internationale de la naloxone comme médicament essentiel (OMS) - Expérience des OBC dans l'accompagnement des UD/UDI - Pairs éducateurs potentiellement mobilisables pour la distribution	- Naloxone non disponible dans le système de santé camerounais - Absence de protocoles nationaux de prise en charge des overdoses - Absence de système de notification des décès par overdose - Personnel soignant et travailleurs sociaux non formés à la gestion des overdoses aux opioïdes
OPPORTUNITÉS	MENACES / RISQUES
- Inscription possible de la naloxone sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) - Financement Fonds Mondial mobilisable - Appui technique OMS et ONUDC disponible	- Résistances institutionnelles liées à la perception des drogues comme problème moral et non sanitaire - Délais d'inscription réglementaire des médicaments

2.3 Théorie du changement

Si la naloxone est intégrée au cadre réglementaire, rendue accessible dans les sites de réduction des risques et distribuée au niveau communautaire par des pairs et des prestataires formés, alors les capacités de reconnaissance et de réponse aux overdoses sont renforcées, ce qui entraîne une prise en charge rapide et une augmentation des cas d'overdose reversés, et conduit à une réduction significative des décès évitables chez les usagers de drogues, notamment injectables.

Figure 2 : TdC de la prévention et prise en charge des overdoses (Naloxone)



2.4 Objectifs et cadre logique

Objectif : Prévenir et réduire les décès par overdose parmi les UD/UDI grâce à la disponibilité et à l'utilisation effective de la naloxone.

Champs prioritaires	Résultats/Effets	Indicateurs	Cible	Responsable	Partenaires
2.1 Disponibilité de la naloxone	Inscription de la naloxone sur la LNME et approvisionnement des sites RdR	Naloxone inscrite sur LNME ; nb sites disposant de naloxone	Oui ; 100% des sites	MINSANTE / DPM	CNLD, OMS, ONUDC
2.2 Formation aux overdoses	Formation des pairs éducateurs et prestataires à la reconnaissance et gestion des overdoses	Nb pairs et prestataires formés/an	≥ 200/an	MINSANTE/CNLD	ONG, CSAPA, CARE
2.3 Distribution communautaire de naloxone	Distribution de naloxone aux UD/UDI et à leurs proches dans les zones prioritaires	Nb doses naloxone distribuées ; % overdoses reversées	≥ 500 doses/an ; ≥ 80%	ONG / DIC	OBC (Pairs éducateurs)

DOMAINE 3 : Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)

3.1 Description

► Cadre réglementaire et choix du produit

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
Objectif : AMM méthadone obtenue en 2026-2027 ; 50 patients sous TSO par CSAPA pilote ; ≥ 30% des UD/UDI sous TSO à terme. - Phase 1 (2026-2027) : dossier AMM, textes réglementaires, formation de 30 prescripteurs. - Phase 2 (2027-2028) : pilote dans 4 hôpitaux de référence (Yaoundé, Ebolowa, Bafoussam et Garoua). - Phase 3 (2028-2029) : extension à 6 CSAPA ; intégration dans les DIC. - Phase 4 (2029-2030) : continuité TSO en milieu carcéral avec MINIJUSTICE/DGPR. <i>Porteurs : MINSANTE/DPML · MINIJUSTICE ·</i> <i>Appui : OMS, ONUDC, CARE</i>	Le POS analyse en détail le choix entre buprénorphine et méthadone et tranche pour la méthadone en première intention : - Méthadone : forme liquide (sirop), difficultés d'injection détournée réduites, supervision de prise aisée, capacité anti-craving optimale, coût de production faible. - Buprénorphine : grande sécurité d'emploi (agoniste partiel), risque de surdose rare, mais prix élevé et risque de détournement plus important. - Exigences de qualité du suivi : connaissance des interactions médicamenteuses, titration prudente, prise en charge des comorbidités somatiques/psychiatriques. - Principe fondamental : substitution ≠ sevrage ; pas d'échéance fixée ; engagement dans le moyen/long terme avec le patient. - Un référentiel national TSO sera élaboré avec les protocoles de prescription et de dispensation quotidienne supervisée. <i>Lieu pilote : CSAPA</i>

► Dispositif mixte : articulation PES–TSO

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
- Intégration du TSO dans les DIC à partir de la Phase 3. - Continuum de soins : connexion PES → dépistage → TSO → TARV → soutien psychosocial. - Protocoles de continuité TSO en milieu carcéral (entrée/sortie de prison).	Le POS justifie le modèle mixte sur deux arguments : - Proximité spatiale : coexistence en un même lieu des activités RdR et du programme TSO permet un continuum progressif sans changement de lieu ni de relation soignant-patient. - Efficience économique : mutualisation des locaux et du personnel entre les deux pôles. Cercle vertueux : la RdR présente à la TSO ses usagers désireux de se stabiliser. - Précaution opérationnelle : séparation temporelle obligatoire des deux types d'activités pour éviter la déstabilisation des patients TSO par les usagers actifs. - Parcours à sens unique promu : de la RdR vers le TSO, sans retour.

La POS apporte une justification clinique et organisationnelle solide au modèle hybride prévu dans la stratégie. L'analyse comparative buprénorphine/méthadone du POS consolide le choix de la méthadone comme produit pilote. La séparation temporelle des deux pôles (RdR / TSO) au sein du CSAPA est une règle opérationnelle essentielle absente du document stratégique mais indispensable à la mise en œuvre.

3.2 Analyse SWOT

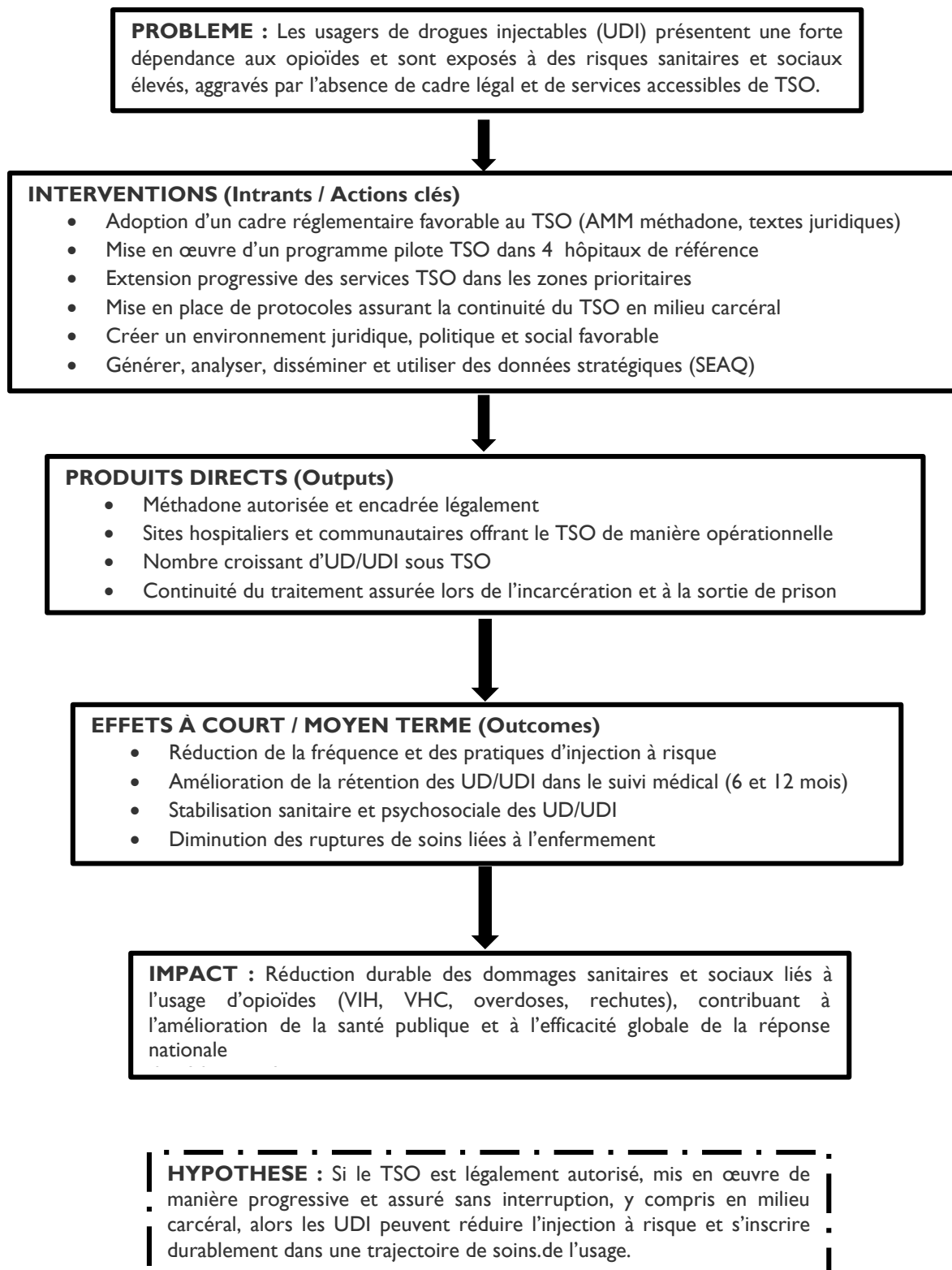
FORCES	FAIBLESSES
- Reconnaissance de l'efficacité du TSO par l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA - Engagement du MINSANTE pour explorer les options de TSO - Financement Fonds Mondial disponible pour l'introduction du TSO - Expériences pilotes en cours ou planifiées	- Méthadone non autorisée sur le marché camerounais (non inscription sur la liste des médicaments essentiels) - Absence de protocoles cliniques nationaux pour le TSO - Ressources humaines insuffisantes en addictologie - Résistances institutionnelles et sociales fortes
OPPORTUNITÉS	MENACES / RISQUES
- Exemples de pays africains ayant introduit avec succès le TSO (Sénégal, Nigéria, Côte d'Ivoire, Togo, Bénin) - Appui technique international (OMS, ONUDC) pour l'introduction du TSO - Révision possible des textes réglementaires sur les stupéfiants médicaux	- Lenteur des processus d'AMM et de réglementation - Stigmatisation du TSO par certains prestataires de soins et acteurs politiques - Risques de détournement si système de contrôle insuffisant

3.3 Théorie du changement

Si un cadre réglementaire favorable au traitement de substitution aux opioïdes est établi, que le TSO est déployé progressivement en milieu hospitalier puis étendu, et que sa continuité est assurée y compris en milieu carcéral, alors les UD/UDI peuvent accéder à un traitement stable et durable, ce

qui permet de réduire l'injection à risque, d'améliorer la rétention dans les soins et de diminuer durablement les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage d'opioïdes.

Figure 3 : TdC du Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)



3.4 Objectifs et cadre logique

Objectif : Introduire et étendre progressivement le TSO (méthadone) en milieu hospitalier (pilote) puis en expansion, afin de réduire la dépendance aux opioïdes et les comportements d'injection à risque.

Champs prioritaires	Résultats/Effets	Indicateurs	Cible	Responsable	Partenaires
3.1 Cadre réglementaire du TSO	Obtention de l'AMM pour la méthadone ; développement d'un cadre juridique favorable	Texte réglementaire adopté ; AMM obtenue	2026-2027	MINSANTE / DPML	CNLD, MINIJUSTICE
3.2 Pilote TSO hospitalier	Mise en œuvre d'un programme pilote de TSO dans 4 hôpitaux de référence	Nb patients sous TSO (pilote) ; rétention à 6 et 12 mois	≥ 50 patients ; ≥ 70%	MINSANTE/ CNLD	OMS, ONUDC, CARE
3.3 Extension du TSO	Extension progressive du TSO dans les zones prioritaires	Nb sites TSO opérationnels ; % UDI sous TSO	≥ 10 sites ; ≥ 30%	MINSANTE / CNLD/CNLS	ONG, partenaires
3.4 Continuité TSO en milieu carcéral	Protocoles de continuité du TSO pour les UDI entrant en prison ou libérés	Protocoles validés et appliqués	100% des établissements pénitentiaires	MINSANTE / MINIJUSTICE	DGPR, ONG

DOMAINE 4 : Soutien psychosocial et réinsertion socio-professionnelle

4.1 Description

► Appui psychosocial (APS)

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
Objectif : ≥ 500 UD/UDI/an bénéficiant d'un soutien psychosocial (APS). - Évaluation socio-psychologique initiale standardisée à l'entrée dans le programme. 3 séances de premier secours psychologique (PSP) systématiques pour tout nouvel entrant. - Groupes de soutien hebdomadaires (10-15 personnes) dans les DIC et en milieu carcéral. - Services spécifiques femmes UD/UDI : espaces sécurisés, soutien VBG, santé reproductive. - Réinsertion socioprofessionnelle des UD/UDI <i>Responsable : MINSANTE/MINAS</i> <i>Partenaires : OBC (pairs éducateurs) · Cible : 500 UD/UDI/an</i>	La POS décrit un modèle d'APS multidimensionnel : Intrapsychique : soutien face aux traumatismes, à la perte d'estime de soi et aux bouleversements identitaires, incluant la prise en charge des troubles psychiques associés et l'utilisation d'approches validées (premiers secours psychologiques, entretien motivationnel, techniques cognitivo-comportementales adaptées). Intersubjectif : soutien dans les relations avec l'entourage, incluant la révélation de la consommation, le repositionnement dans le couple et la famille, ainsi que des actions de médiation structurée, de gestion des conflits et de reconstruction du réseau social Soutien social : accompagnement vers l'insertion professionnelle, l'accès aux droits, le soutien juridique, la médiation avec la famille/communauté, incluant un appui à la navigation dans les services sociaux. Éducation thérapeutique : renforcement de l'observance, autonomisation dans les soins, développement des compétences en réduction des risques, en auto-soins et en prévention des rechutes. Lutte contre la stigmatisation et auto-stigmatisation : accompagnement vers le rétablissement des liens sociaux et familiaux, intégrant des actions communautaires de

	réduction de la stigmatisation et le renforcement du pouvoir d'agir des usagers. Coordination du parcours (gestion de cas) : élaboration de plans d'accompagnement individualisés, coordination des services, orientation active et suivi régulier avec réévaluation des besoins. <i>Mixité homme/femme dans l'équipe obligatoire ; plage horaire ou espace spécifique femmes en fonction des effectifs.</i>
--	--

► Réinsertion socioprofessionnelle et auto-support

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
- AGR : 100 bénéficiaires/région/an ; formation en gestion de micro-entreprise (MINEFOP). - Compétences de vie : 200+ séances/an en milieu communautaire et carcéral. - Auto-support entre usagers comme pilier de la prévention communautaire. <i>Responsable : MINEFOP/MINAS · CARE ·</i>	La POS détaille le contenu concret des activités de réinsertion : - Renforcement de l'employabilité : orientation professionnelle, préparation à l'emploi et mise en relation avec des opportunités d'emploi. - Insertion socio-économique : appui à la réalisation des Activités génératrices de revenus (AGR) incluant l'identification d'opportunités économiques viables, la formation à la création d'activités, l'accès aux mécanismes de financement et l'accompagnement post-insertion. - Auto-support sous deux formes : conseil entre pairs (individuel) et conseil collectif (groupes réguliers de dialogue). Il vise à créer un climat de soutien social favorable à la RdR ; encourager les UDI à devenir acteurs de prévention ; ancrer les normes de RdR dans la sous-culture des drogues. - Activités de convivialité dans l'espace dédié : jeux, informatique, séances d'information, autres activités (esthétique, coiffure...) servant de porte d'entrée non contraignante vers les services, favorisant l'adhésion aux soins, la socialisation et la stabilisation. - Activités occupationnelles dans la salle dédiée du CSAPA : interventions visant la structuration du temps, la réhabilitation psychosociale et le développement de compétences pré-professionnelles.

La POS enrichit considérablement la vision stratégique : il décompose le soutien psychosocial en 5 dimensions opérationnelles (intrapsychique, intersubjectif, social, éducatif, orientation) et décrit précisément le dispositif de l'espace de convivialité comme outil d'attraction des UD/UDI vers le système de soins — une approche bas seuil complémentaire à la distribution de matériel.

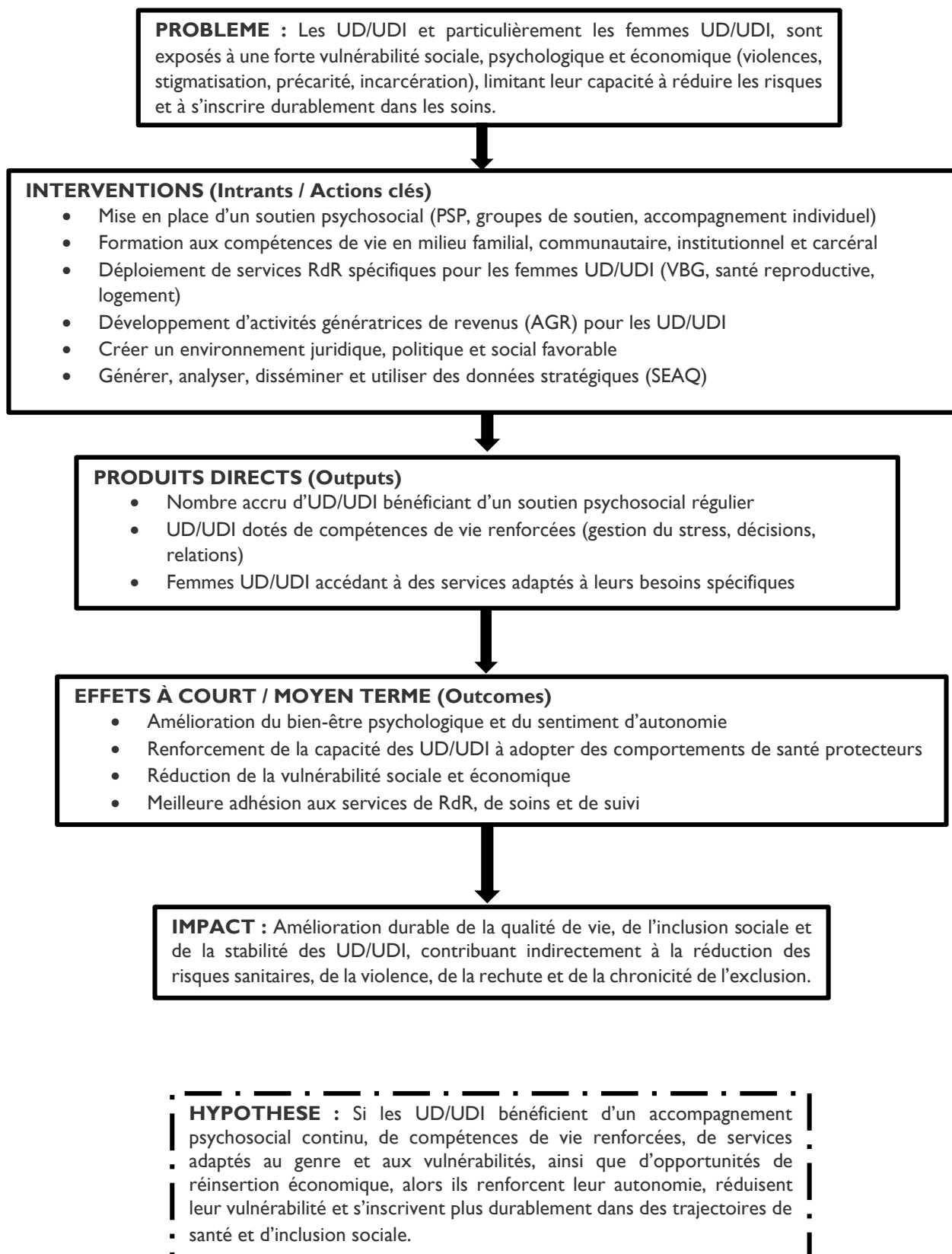
4.2 Analyse SWOT

FORCES	FAIBLESSES
• Existence d'un cadre stratégique et d'une base institutionnelle nationale favorables • Existence d'un réseau national des Travailleurs et intervenants sociaux (notamment dans les services opérationnels et organismes spécialisés du MINAS et du MINPROFF) • Présence d'ONG et d'OBC spécialisées dans l'accompagnement des personnes socialement vulnérables, et d'autres acteurs communautaires concernés • Expérience dans l'accompagnement des PVVIH transférable aux UD/UDI • Existence de structures de formation professionnelle, et d'initiatives de promotion des AGR, dont certaines relèvent des ministères chargés des questions sociales	• Absence de circuit et outils intégrés de référence pour les UD/UDI vers les services sociaux • Faible couverture des services spécialisés en santé mentale • Insuffisance de ressources humaines formées en addictologie, et en soutien psychosocial spécifique UD/UDI • Faibles capacités logistiques d'intervention des services sociaux opérationnels • Fragmentation des interventions du fait de la faible coordination intersectorielle (MINSANTE, MINAS, MINPROFF, MINEFOP...)
OPPORTUNITÉS	MENACES / RISQUES
• Existence de politiques nationales et dispositifs publics favorables à l'inclusion sociale et la promotion des jeunes, y compris des filles et femmes • Existence de programmes sociaux inclusifs et adaptatifs soutenus par les bailleurs • Réseau communautaire mobilisable pour le travail de proximité • Outils digitaux (digitalisation possible du suivi...) • Implication potentielle des CTD	• Instabilité politique et budgétaire • Persistance de la stigmatisation des UD/UDI, notamment en famille et en communauté • Faiblesse des mécanismes de coordination intersectorielle

4.3 Théorie du Changement

Si les UD/UDI bénéficient d'un soutien psychosocial intégré et continu, fondé sur la gestion des cas, le renforcement des compétences de vie, des services adaptés au genre et aux vulnérabilités, ainsi que des opportunités de réinsertion socio-économique, dans un environnement favorable et non stigmatisant, alors ils renforcent leur autonomie, leur bien-être psychosocial et leur stabilité sociale, ce qui conduit à une meilleure adhésion aux services de réduction des risques et de soins, et in fine à une amélioration durable de leur qualité de vie et de leur inclusion sociale.

Figure 4 : TdC du soutien psychosocial et la réinsertion socio-professionnelle



4.4 Objectifs et cadre logique

Objectif : Améliorer l'inclusion sociale et économique des UD/UDI à travers un soutien psychosocial adapté et des activités de réinsertion professionnelle.

Champs prioritaires	Résultats/Effets	Indicateurs	Cible	Responsable	Partenaires
4.1 Soutien psychosocial	Augmentation du nombre d'UD/UDI bénéficiant d'un soutien psychosocial (PSP, groupes de soutien)	Nb UD/UDI bénéficiant d'un soutien psychosocial (H/F/milieu)	≥ 500/an	MINSANTE / MINAS	ONG, OBC (pairs éducateurs)
4.2 Compétences de vie	Formation aux compétences de vie pour les UD/UDI en milieu communautaire institutionnel et carcéral	Nb séances organisées ; nb bénéficiaires	≥ 200 séances/an	ONG / MINAS	CARE, prisons
4.3 Services spécifiques femmes UD/UDI	Mise en place de services RdR spécifiques pour les femmes UD/UDI (VBG, santé reproductive, logement)	% femmes UD/UDI accédant à des services spécifiques	≥ 50%	ONG / MINAS / MINPROFF	CARE, associations
4.4 Réinsertion professionnelle (AGR)	Développement d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) pour les UD/UDI	Nb UD/UDI inclus dans des AGR par région/an	≥ 100/an	MINEFOP / MINAS / MINPROFF	CTD, ONG, société civile

DOMAINE 5 : Créer un environnement favorable à l'accès aux services de RdR

5.1 Description

► Réforme du cadre juridique et réduction des pratiques punitives

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
Objectif : ≥ 2 textes législatifs révisés d'ici 2028 ; ≥ 300 FMO formés/an ; réduction documentée des confiscations de matériel. - Plaidoyer CNLD-MINIJUSTICE-Parlement pour révision de la loi 97-019 (criminalisation usage). - Introduction d'alternatives à l'incarcération (traitement obligatoire, travail d'intérêt général). - Formation des FMO : module de 1 jour, circulaire MINDEF de non-confiscation. - Campagne grand public destigmatisante avec UD/UDI comme porte-paroles. <i>Responsable : CNLD/MINJUSTICE ·</i> <i>Appui : ONUDC, ONG, représentants UD/UDI</i>	Le POS documente précisément les obstacles liés à l'environnement légal : - La loi 97-019 criminalisant l'usage de drogues réduit l'accès aux services de santé et entretient la stigmatisation — obstacle identifié par l'IBBS 2025. - Les autorités policières conduisent des descentes systématiques dans les lieux de consommation « TER », obligeant les UD/UDI à déplacer fréquemment leurs sites — contrainte directe pour les équipes mobiles. - Les véhicules outreach doivent être banalisés (sans logo ni signe distinctif) pour éviter d'alerter la police et permettre l'accès aux quartiers prioritaires. - L'approche d'intervention de l'équipe doit se distinguer clairement des méthodes policières pour gagner la confiance des usagers. - Le comité de pilotage du CSAPA doit inclure les représentants des forces de l'ordre pour aligner les pratiques — cadre partenarial avec MINDEF prévu.

Contrainte identifiée : couverture très faible 2% dont 2,5% à Douala et 1,5% à Yaoundé, en partie liée à l'environnement répressif.

► Lutte contre la stigmatisation et/ou discrimination dans les services de santé

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
- Formation de 500+ prestataires/an sur les droits humains et la RdR. - Intégration d'un module non-discrimination et inclusion dans les curricula des facultés de médecine. - Stigma Index administré dans les formations sanitaires pour mesurer l'évolution des attitudes.	- Le POS souligne que les professionnels de santé se trouvent trop souvent dans des attitudes défavorables et moralisatrices vis-à-vis des UD/UDI. - Selon l'IBBS 2025 6,3 % d'UD/UDI ont rapporté avoir évité les services de santé par crainte d'être identifié comme usager de drogues. En outre, 9,0 % ont rapporté des remarques discriminatoires de la part de professionnels de santé (11,1% à Douala contre 6,5% à Yaoundé). - Les trois approches CCC prévues (communication interpersonnelle, mobilisation communautaire, activités RdR) ciblent aussi bien les usagers que les soignants. - L'approche à bas seuil du CSAPA (accueil sans condition d'abstinence, sans jugement) est décrite comme un modèle de pratique non-stigmatisante applicable à tout prestataire de santé.

La POS fournit les preuves empiriques des obstacles légaux et des pratiques punitives qui motivent les objectifs stratégiques du Domaine 5. La faible couverture des UD/UDI en services de prévention combinée (2% dont 2,5% à Douala et 1,5% à Yaoundé) documentés par l'IBBS 2025 constituent le baseline à partir duquel la cible stratégique de $\geq 80\%$ de couverture prend tout son sens et son urgence.

5.2 Analyse SWOT

FORCES	FAIBLESSES
- Mobilisation croissante de la société civile en faveur des droits des UD/UDI - Engagement de certains partenaires techniques pour le plaidoyer juridique - Existence de centres de dépistage VIH anonymes et gratuits	- Cadre légal répressif criminalisant la consommation de drogues - Pratiques punitives des forces de l'ordre (confiscation du matériel de prévention, arrestations) - Faible perception de la RdR comme stratégie de santé publique - Forte stigmatisation et/ou discrimination des UD/UDI dans les services de santé et la société
OPPORTUNITÉS	MENACES / RISQUES
- Réformes législatives en cours dans plusieurs pays africains - Recommandations UNGASS 2016 et engagements internationaux du Cameroun - Soutien du Fonds Mondial pour le plaidoyer et les droits humains	- Résistances politiques et sociales aux réformes législatives - Instabilité politique pouvant ralentir les réformes institutionnelles - Risque de stigmatisation accrue en cas de visibilité trop importante des programmes RdR

5.3 Objectifs et cadre logique

Objectif : Garantir un environnement juridique, institutionnel et social favorable à l'accès aux services de RdR pour les UD/UDI, fondé sur les droits humains.

Champs prioritaires	Résultats/Effets	Indicateurs	Cible	Responsable	Partenaires
5.1 Réforme du cadre juridique	Plaidoyer pour la révision des lois criminalisant la simple consommation ; introduction d'alternatives à l'incarcération	Nb textes de loi révisés ; système d'alternatives à l'incarcération opérationnel	≥ 2 textes révisés d'ici 2028	MINIJUSTICE / CNLD	Parlement, ONG, ONUDC
5.2 Formation des prestataires	Réduction de la stigmatisation et/ou discrimination dans les services de santé par la formation du personnel soignant	Nb prestataires formés sur les droits humains et la RdR	≥ 500/an	MINSANTE / Universités	ONG, partenaires
5.3 Formation des forces de l'ordre	Réduction des pratiques punitives arbitraires par la formation des FMO	Nb FMO formés ; nb cas de confiscation de matériel de prévention documentés	≥ 300 FMO/an ; tendance baissière	MINDEF / DGPR	ONG, CARE
5.4 Lutte contre la stigmatisation et/ou discrimination	Réduction de la stigmatisation des UD/UDI dans la population générale	Enquêtes de perception ; résultats Stigma Index	Amélioration documentée	MINSANTE / médias	Société civile

DOMAINE 6 : Générer, analyser, disséminer et utiliser des données stratégiques

6.1 Description

► Système de surveillance et intégration DHIS2

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
Objectif : 100% des indicateurs clés intégrés dans DHIS2 d'ici 2027 ; 1 rapport annuel de surveillance ; 2 enquêtes IBBS sur 2026-2030. - Création de l'Observatoire National des Drogues et des Dépendances (CNLD). - Codes anonymes UD/UDI pour suivi longitudinal sans identification. - Données désagrégées par sexe, par âge et région. - Revue de performance semestrielles multi-parties prenantes. <i>Responsable : MINSANTE/CNLS/CNLD</i> <i>Appui : ONUDC, ONUSIDA, Universités</i>	La POS détaille un système d'information en trois niveaux, testé au CSAPA avant déploiement national : - Questionnaire de recueil : caractéristiques UD/UDI (produit, mode d'usage, situation sociale, antécédents judiciaires, partages de matériel, dépistage VIH/VHC). - Outil quantitatif : comptabilisation des actes (médicaux, infirmiers, orientations, matériels de prévention distribués). - Outil qualitatif : évolutions des pratiques (nouveaux produits, qualité, marché, comportements d'usage). - Système identique sur tous les sites ; bases anonymisées transmises annuellement au MINSANTE et au CNLD/CNLS. - Le CSAPA fonctionne comme site pilote du système d'information national avant mise à l'échelle.

► Indicateurs de suivi et gouvernance des données

Cadre Stratégique (Stratégie RdR 2026–2030)	Procédures Opérationnelles
- Population cible : 1 000 PUD/unité de RdR (critère OMS/ONUSIDA/ONUSIDA 2009). - Indicateurs de couverture : % UD/UDI couverts par le PES, seringues distribuées/UDI/an. - Indicateurs de résultat : % overdoses reversées, % UD/UDI sous TARV, % UD/UDI sous TSO. - Comité de pilotage trimestriel : MINSANTE, MINJUSTICE, MINAS, MINPROFF PNLS, CNLS, CNLD, PSM, PNLT, DPMEL, OMS, ONUDC, ONUSIDA, PTF.	Le POS liste des indicateurs opérationnels précis : - Disponibilité : nombre de sorties mensuelles de l'unité mobile ; sorties de nettoyage des sites. - Couverture : % UD/UDI contactées ; nb seringues/PUD/an ; nb préservatifs/PUD/an ; nb PUD testées et ayant reçu résultats VIH et hépatite. - Impact comportemental : fréquence d'usage, fréquence d'injection, fréquence de partage de matériel, nb partenaires d'injection, comportements sexuels. - Surveillance des conséquences indésirables : attraction de nouveaux UD/UDI, augmentation des matériels abandonnés, découragement de l'entrée en traitement. - Comité de pilotage détaillé : gouvernance explicite avec tous les acteurs institutionnels, associatifs et onusiens.

La POS et la stratégie sont pleinement convergents sur ce domaine : le système d'information à 3 outils de la POS est conçu dès l'origine comme le prototype du système national DHIS2. Les indicateurs de la POS complètent et précisent les indicateurs d'impact de la stratégie, notamment en ajoutant la surveillance des effets indésirables — une dimension absente du document stratégique mais indispensable à la légitimité du programme.

6.3 Analyse SWOT

FORCES	FAIBLESSES
- Système DHIS2 en place pour la collecte de données sanitaires - Expériences d'IBBS disponibles comme données de référence - Code d'identification unique utilisé par certaines ONG pour le suivi des UD/UDI	- Absence d'observatoire national des drogues et des dépendances - Données nationales sur les UD/UDI très parcellaires (Douala et Yaoundé) et non systématiques - Faible accessibilité au système d'information sanitaire en milieu carcéral pour les UD/UDI - Faible capacité des acteurs à produire et utiliser des données programmatiques
OPPORTUNITÉS	MENACES / RISQUES
- Intégration des indicateurs RdR dans le DHIS2 planifiée - Appui technique ONUDC et ONUSIDA pour le renforcement des systèmes de surveillance - Intérêt croissant des autorités pour les données probantes	- Risque de mauvais usage des données (confidentialité, stigmatisation) - Difficultés de coordination entre les acteurs produisant des données - Faiblesse des financements pour la recherche opérationnelle

6.3 Objectifs et cadre logique

Objectif principal : Disposer, analyser et utiliser des données stratégiques sur l'usage de drogues et ses conséquences afin d'orienter les décisions de santé publique.

Champs prioritaires	Résultats/Effets	Indicateurs	Cible	Responsable	Partenaires
6.1 Système de surveillance épidémiologique	Mise en place d'un système de surveillance permettant le suivi régulier de la situation des UD/UDI	Rapport annuel disponible ; données désagrégées par genre et région	1 rapport/an dès 2027	MINSANTE / CNLS	CARE, ONUDC, OMS
6.2 Enquêtes IBBS et cartographie	Réalisation régulière d'enquêtes bio-comportementales et de cartographies des hotspots	Nb IBBS réalisées sur la période ; cartographies mises à jour	2 IBBS sur 2026-2030 ; cartographies annuelles	CNLS / MINSANTE	CARE, ONUDC, ONUSIDA
6.3 Intégration dans le DHIS2	Intégration des indicateurs RdR dans le système national de données sanitaires DHIS2	Indicateurs RdR intégrés et renseignés dans DHIS2	100% des indicateurs clés d'ici 2027	MINSANTE / CNLS	CSAPA ONG
6.4 Recherche opérationnelle	Développement d'un programme de recherche sur les thèmes prioritaires liés à la RdR	Nb études réalisées et publiées	≥ 2 études/an	Universités / MINSANTE	CARE, ONUDC, OMS, ONUSIDA

7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

7.1 Modèle de prestation des services

La mise en œuvre de la stratégie repose sur un modèle différencié combinant trois modalités complémentaires :

Points fixes (DIC, formations sanitaires)	Stratégies mobiles (outreach, unités mobiles)	Distribution secondaire par les pairs
- PES, naloxone, préservatifs - Dépistage VIH/VHC/VHB/IST/TB - TSO (lorsque disponible) - Soutien psychosocial - IEC/CCC, assistance juridique	- Ciblage des hotspots identifiés « TER » - Horaires flexibles (soirées, week-ends) - Matériel PES, naloxone, préservatifs - Dépistage rapide communautaire - Référencement vers les points fixes	- Travailleurs et intervenants sociaux et (Pairs éducateurs) formés et supervisés - Atteinte des UD/UDI les plus cachés - Femmes UD/UDI, jeunes, UD/UDI y compris en rue - Traçabilité minimale des intrants - Intégration messages de prévention

7.2 Phasage de la mise en œuvre 2026–2030

Phase	Phase 1 : Consolidation (2026-2027)	Phase 2 : Extension (2028)	Phase 3 : Mise à l'échelle (2029-2030)
Activités prioritaires	Renforcement sites existants ; pilote TSO et naloxone (6 CSAPA de référence) ; renforcement des capacités ; mise en place du système de données	Extension géographique ; intégration aux soins de santé primaires (SSP) renforcée ; évaluation mi-parcours ; révision cadre juridique	Mise à l'échelle nationale ; intégration budgétaire progressive ; pérennisation des interventions

7.3 Architecture institutionnelle et gouvernance

Au Cameroun la coordination du programme de réduction des risques (RdR) s'articule autour du **Plan Stratégique National de Lutte contre la Drogue 2024-2030**. Cette structure pyramidale et multisectorielle vise à transformer l'approche répressive en une réponse de santé publique et de droits humains.

1. Niveau Stratégique : Le Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD)

Placé sous l'autorité du ministre de la Santé, le **CNLD** est l'organe central de coordination.

- **Missions** : Il définit la politique nationale, assure le plaidoyer institutionnel et coordonne les actions entre les différents ministères.
- **Secrétariat Permanent** : Il assure le suivi opérationnel des décisions et centralise les données épidémiologiques nationales sur les usagers de drogues (UD).

2. Niveau Technique : Les Sectorielles (Ministères)

Le programme RdR est intégré dans les stratégies de plusieurs ministères clés :

- **Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)** : Leader technique via le CNLD et la Direction de la Promotion de la Santé. Il supervise les **CSAPA** (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) qui intègrent désormais des volets RdR.
- **Ministère des Affaires Sociales (MINAS)** : Responsable de la prise en compte de la dimension sociale, notamment l'appui à l'identification, l'accompagnement psychosocial, la protection sociale, et la réinsertion sociale.
- **Ministère de l'Éducation de Base et des Enseignements Secondaires** : Focalisés sur la prévention en milieu scolaire.
- **Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille** : responsable de la prise en compte des aspects liés au genre et à l'accompagnement des familles.
- **Ministère de la Justice**, prévention et PEC en milieu scolaire. Contribue à la révision des textes réglementaires de gestion des UD/UDI.

3. Niveau Régional : Les Coordinations Régionales

La lutte est décentralisée dans les **10 régions du pays** :

- **Délégations Régionales de la Santé** : Elles assurent la mise en œuvre locale du plan national.
- **Comités Régionaux** : Présidés par les Gouverneurs, les structures déconcentrées des diverses autres administrations clés qui les composent adaptent les stratégies aux réalités locales (ex: zones frontalières ou bassins de production de cannabis) et aux UD/UD appartenant à leur population cible.

4. Niveau Opérationnel : ONG et Organisations à Base Communautaire (OBC)

Elles constituent le bras séculier du programme pour le volet "Aller vers" (outreach).

- **ONG de Référence** : Des structures comme CARE et l'ONG Affirmative Action déploient des services de RdR (distribution de kits, dépistage VIH/Hépatites).
- **OBC (Organisations à Base Communautaire)** : Elles travaillent directement dans les "ghettos" et espaces de consommation. Leur rôle est crucial pour le renforcement des capacités des usagers et la médiation de santé par les pairs.

Les ONG et OBC collaborent étroitement avec les Collectivités Territoriales Décentralisées et les Unités Techniques Opérationnelles des autres administrations concernées.

La Synthèse de la Structure de Coordination se trouve en annexe 2.

8. SUIVI-ÉVALUATION ET APPRENTISSAGE

Le système de suivi-évaluation et assurance qualité (SEAQ) est aligné sur les systèmes nationaux de collecte de données (DHIS2) et les exigences des partenaires techniques et financiers.

Mécanismes de suivi

- Rapports mensuels programmatiques des sites d'intervention ;
- Supervision formative trimestrielle par les coordonnateurs régionaux ;
- Audits qualité des données semestriels ;
- Revues de performance semestrielles impliquant l'ensemble des parties prenantes ;
- Évaluation à mi-parcours en 2028 et évaluation finale en 2030 ;
- Enquêtes IBBS bisannuelles pour le suivi des indicateurs épidémiologiques ;
- Mécanismes de feedback communautaire (boîtes à suggestions, audits communautaires).

9. FINANCEMENT ET DURABILITÉ

9.1 Budget estimatif 2026-2030

Le coût global estimatif de la mise en œuvre de la stratégie nationale de RdR chez les UD/UDI au Cameroun pour la période 2026-2030 est évalué à environ 6,15 millions d'euros, ventilés par domaine et par année (le détail du budget se trouve dans le plan opérationnel).

Domaine d'intervention	2026-2027	2028	2029-2030	Total 2026-2030
Domaine 1 : PES, VIH, VHC, TB, IST	164 932 €	59 997 €	168 773 €	393 702 €
Domaine 2 : Naloxone / overdoses	25 412 €	0 €	0 €	25 412 €
Domaine 3 : TSO (pilote + extension)	497 284 €	336 984 €	46 836 €	881 104 €
Domaine 4 : Soutien psychosocial / réinsertion	299 110 €	169 834 €	330 820 €	799 764 €
Domaine 5 : Environnement favorable / droits	441 133 €	239 054 €	493 067 €	1 173 253 €
Domaine 6 : Données S&E et recherche	132 556 €	14 916 €	137 517 €	284 989 €
Coordination et renforcement institutionnel	984 950 €	427 623 €	1 182 574 €	2 595 147 €
TOTAL	2 545 375 €	1 248 408 €	2 359 587 €	6 153 370 €

9.2 Sources de financement

- Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme — principale source de financement des interventions RdR ;
- Budget de l'État camerounais — à travers le MINSANTE, le CNLD et les lignes budgétaires des ministères partenaires ;
- ONUSIDA, OMS, ONUDC — appui technique et financements complémentaires ;

- Partenaires bilatéraux et fondations (à mobiliser dans le cadre de la stratégie de financement) ;
- Ressources propres des ONG et organisations communautaires.

9.3 Stratégie de durabilité

La durabilité financière et programmatique de la stratégie repose sur :

- L'intégration progressive des interventions RdR dans les budgets du MINSANTE et les lignes programmatiques du PSNLD ;
- L'accompagnement des autres Ministères clés et des Collectivités Territoriales Décentralisées à la prise en compte de la RdR dans leurs documents de planification et de budgétisation, ainsi que leur chaîne d'intervention ;
- Le plaidoyer pour l'inscription des intrants RdR essentiels (naloxone, matériel PES, TSO) sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels et dans les mécanismes d'approvisionnement public ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles nationales pour réduire la dépendance à l'aide extérieure ;
- Le développement de partenariats public-privé pour certaines interventions.

9.4 Communication

Une bonne communication sur la stratégie est l'un des facteurs de son succès. Au sens des médias, elle reste le moyen le plus efficace permettant d'atteindre toutes les populations. Elle devra intégrer les médias de grandes masses telles les télévisions, les stations-radios, radios communautaires et communales ainsi que les plateformes de communication numériques. Pour cela, il impose de prendre en compte également l'usage des langues nationales et locales.

Un accent sera mis sur l'élaboration ou l'utilisation des supports de communication appropriés pour atteindre le plus de monde possible. À cet effet, il va falloir :

- travailler en étroite collaboration avec les professionnels de médias locaux et les journalistes ;
- créer des espaces de concertation pour le partage de la bonne information.

CONCLUSION

La présente Stratégie Nationale de Réduction des Risques chez les UD/UDI au Cameroun constitue un document de référence ambitieux et réaliste. Elle s'inscrit dans un mouvement international de reconnaissance des approches de santé publique fondées sur les droits humains comme réponse la plus efficace et la plus humaine au problème de l'usage de drogues injectables.

En s'inspirant des meilleures pratiques documentées et en les adaptant aux réalités du contexte camerounais, cette stratégie propose une feuille de route claire pour réduire durablement la transmission du VIH, des hépatites virales et autres infections chez les UD/UDI, prévenir les décès par overdose, et améliorer la qualité de vie et l'intégration sociale de ces populations trop souvent marginalisées.

Sa mise en œuvre réussie dépendra de l'engagement politique à long terme des autorités camerounaises, de la mobilisation et de la coordination de l'ensemble des parties prenantes, et surtout de la participation effective des usagers de drogues eux-mêmes, qui demeurent les premiers experts de leur situation et les acteurs les plus essentiels de leur propre santé.

Ensemble, construisons un Cameroun où chaque personne — quelle que soit sa situation — peut accéder aux soins et au soutien dont elle a besoin, dans le respect de sa dignité et de ses droits fondamentaux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hariga F., Ben Salah N. Stratégie nationale de prévention, de réduction des risques et de prise en charge des troubles liés à l'usage de substances psychoactives illicites dans la communauté et en milieu carcéral. Tunisie 2021-2025. ONUDC, 2021.
2. CARE Cameroun / Africa Synergy Group Plus. Plan Opérationnel du Programme de Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues — Cameroun 2026-2030. Janvier 2026.
3. OMS/ONUDC/ONUSIDA. Guide technique à l'intention des pays pour la définition des objectifs nationaux concernant la prévention, les soins et le traitement de la toxicomanie chez les usagers de drogues. Révision 2012.
4. ONUDC. Rapport mondial sur les drogues 2025. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Vienne.
5. UNUSIDA. Personnes qui s'injectent des drogues : notes d'orientation programmatiques. UNUSIDA, 2022.
6. Cameroun — Plan Stratégique National de Lutte contre les Drogues (PSNLD) 2024-2030.
7. Cameroun — Plan Stratégique National VIH/Sida 2024-2030. CNLS, MINSANTE.
8. OMS. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. WHO, 2021.
9. Nations Unies. Document final de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le problème mondial des drogues (UNGASS 2016).
10. Union Africaine. Plan d'Action de l'Union Africaine pour le contrôle de la drogue et la prévention du crime 2019-2023 (AUPA).
11. Expertise France / L'initiative Sida, Tuberculose, Paludisme / Affirmative Action. Etude bio-comportementale intégrée chez les personnes usagères des drogues (injectables ou non-injectables) à Yaoundé et Douala – 2025.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE

Note d'utilisation du glossaire

Ce glossaire rassemble les définitions des termes techniques, médicaux, réglementaires et programmatiques susceptibles de constituer un obstacle à la compréhension du document stratégique. Il est organisé par ordre alphabétique. Pour chaque terme, la colonne de gauche indique le terme et sa source de référence dans le document ; la colonne de droite fournit la définition opérationnelle dans le contexte du programme mixte RdR au Cameroun.

A

Acide ascorbique (acide citrique) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Substance ajoutée dans les kits d'injection pour acidifier l'héroïne brune et faciliter sa dissolution avant injection. Incluse dans les kits PES distribués aux UDI afin d'éviter l'utilisation d'acides ménagers non stériles plus dangereux.
Activités Génératrices de Revenus (AGR) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 4</i>	Ensemble d'activités économiques permettant à des individus vulnérables de créer une source de revenus durable (petits commerces, artisanat, maraîchage, prestation de services). Dans le programme RdR, les AGR constituent un outil de réinsertion socio-économique pour les UD/UDI. La cible est de ≥ 100 UD/UDI inclus dans des AGR par région et par an.
Addictologie <i>Contexte clinique</i>	Spécialité médicale qui étudie et prend en charge les comportements addictifs, qu'il s'agisse de dépendances à des substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments) ou de dépendances comportementales (jeu, internet). Elle intègre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la dépendance.
Agoniste opioïde <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 3</i>	Médicament (méthadone ou buprénorphine) qui se fixe sur les mêmes récepteurs que les opioïdes illicites (héroïne, tramadol), supprime les symptômes de manque et le craving sans provoquer d'euphorie à dose thérapeutique, permettant la stabilisation de l'usager.
AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 3</i>	Procédure administrative et scientifique obligatoire avant toute commercialisation d'un médicament. Au Cameroun, la méthadone et la naloxone ne bénéficient pas encore de l'AMM, ce qui constitue un obstacle majeur au déploiement du TSO et à la prévention des overdoses.
Container Anti-retour <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Récipient rigide à ouverture sécurisée permettant le dépôt de seringues et aiguilles usagées sans risque de se piquer. Distribués aux UDI dans le cadre du PES pour sécuriser l'élimination des déchets biomédicaux piquants et tranchants.
Antiviraux à action directe (AAD) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Médicaments utilisés pour traiter l'hépatite C chronique. Ils agissent directement sur le virus VHC (et non sur le système immunitaire du patient) et permettent une guérison virologique dans plus de 95 % des cas en 8 à 12 semaines. La stratégie prévoit leur accès pour les UDI VHC+.

ARV / TARV <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Antirétroviraux / Traitement Antirétroviral. Médicaments qui bloquent la multiplication du VIH dans l'organisme. Le TARV permet aux personnes vivant avec le VIH de maintenir une charge virale indétectable, préservant leur immunité et réduisant à quasi zéro le risque de transmission. La cible stratégique est ≥ 80 % des UD/UDI VIH+ sous TARV.
Auto-stigmatisation <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 4 & 5</i>	Processus par lequel une personne appartenant à un groupe stigmatisé intériorise les préjugés négatifs de la société à son égard et les applique à elle-même, entraînant honte, perte d'estime de soi et évitement des services de santé. Particulièrement fréquent chez les UD/UDI.

B

Approche à Bas seuil <i>Stratégie Nat. RdR, §4.2</i>	Modèle de service qui réduit au minimum les conditions d'accès pour les personnes les plus marginalisées : pas de condition d'abstinence, pas de rendez-vous obligatoire, accès gratuit, anonymat garanti, absence de jugement moral. C'est le principe fondamental du programme RdR au Cameroun.
Buprénorphine <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 3</i>	Médicament opioïde agoniste partiel utilisé en traitement de substitution (TSO). Présente un profil de sécurité favorable (risque de surdose plus faible que la méthadone) mais un coût plus élevé et un risque de détournement par injection. Le programme camerounais retient la méthadone comme premier choix pour le pilote TSO.

C

Cartographie des hotspots / TER <i>Stratégie Nat. RdR, §3.3</i>	Recensement systématique et géolocalisé des « territoires » ou lieux de rassemblement et de consommation de drogues (TER : Territoire d'Errance et de Rassemblement). Cette cartographie est indispensable pour cibler les sorties outreach et planifier la couverture géographique du programme.
CCC (Communication pour le Changement de Comportement) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 5</i>	Approche stratégique de communication visant à modifier des comportements de santé à risque à travers une combinaison de messages, de canaux et d'interventions adaptés aux cibles (communication interpersonnelle, mobilisation communautaire, médias). Dans le programme RdR, les trois approches CCC ciblent aussi bien les usagers que les soignants.
Charge virale <i>Contexte clinique</i>	Quantité de virus (VIH ou VHC) détectée dans le sang d'une personne. Une charge virale indétectable grâce au TARV signifie que la personne ne peut pas transmettre le VIH. Indicateur clé du suivi thérapeutique des PVVIH.
Code d'identification unique (CIU) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 6</i>	Identifiant anonymisé attribué à chaque bénéficiaire du programme RdR, permettant un suivi longitudinal de l'utilisateur à travers les différents services sans révéler son identité. Garantit à la fois la confidentialité et la qualité des données de suivi.

Comorbidité <i>Contexte clinique</i>	Présence simultanée de plusieurs maladies ou troubles chez un même individu. Les UD/UDI présentent souvent des comorbidités multiples : infections (VIH, VHC, VHB, TB), troubles psychiatriques, douleurs chroniques, malnutrition. La prise en charge globale (ou intégrée) est donc indispensable.
Continuum de soins <i>Stratégie Nat. RdR, §4.2</i>	Enchaînement logique et coordonné des étapes d'une prise en charge, de la prévention au traitement, en passant par le dépistage, la prise en charge et le suivi. Dans le programme RdR, le continuum va du PES au dépistage, puis au TSO, au TARV et au soutien psychosocial, sans rupture.
Counseling (pré- et post-test) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Accompagnement psychologique et informatif proposé avant (counseling pré-test) et après (counseling post-test) un dépistage. Il vise à préparer la personne à recevoir son résultat, à l'aider à comprendre ses implications et à définir les étapes suivantes. Obligatoire pour tout dépistage VIH pratiqué dans le programme.
Craving <i>Contexte clinique</i>	Désir intense, irrésistible et compulsif de consommer une substance addictive. Le craving est l'un des symptômes centraux de la dépendance et l'une des principales causes de rechute. Le TSO (méthadone) agit directement sur le craving aux opioïdes.
CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1 & 3</i>	Structure spécialisée assurant la prise en charge globale des personnes présentant des troubles liés à l'usage de substances. Dans le programme RdR camerounais, les CSAPA constituent les points fixes du dispositif, adossés à des hôpitaux de référence de niveau 2, et intègrent à la fois les activités RdR et (à terme) le TSO.
CTD (Collectivités Territoriales Décentralisées) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 4</i>	Communes et régions du Cameroun disposant d'une autonomie administrative et de ressources propres. Partenaires potentiels du programme RdR pour l'accès à certains services sociaux et la mobilisation des ressources locales.

D

DIS (Dépistage à l'Initiative des Soignants) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Approche de dépistage dans laquelle c'est le professionnel de santé qui propose le test au patient (par opposition au dépistage à l'initiative du client). Recommandée par l'OMS pour augmenter la couverture du dépistage VIH dans les populations clés.
Dommages liés aux drogues <i>Stratégie Nat. RdR, §Objectif général</i>	Ensemble des conséquences négatives sanitaires, sociales, économiques et juridiques associées à l'usage de substances psychoactives : infections, overdoses, troubles mentaux, violence, marginalisation, incarcération. La réduction de ces dommages est l'objectif central de la RdR.

E

Échange 1:1 <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Pratique dans laquelle une seringue stérile est échangée contre une seringue usagée. Encouragé dans le PES pour valoriser la responsabilisation des usagers et faciliter la collecte des déchets
---	--

	piquants, mais non conditionnel : une seringue stérile ne peut être refusée même sans retour de seringue usagée.
Éducation thérapeutique <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 4</i>	Processus d'apprentissage structuré visant à aider les personnes atteintes d'une maladie chronique (dont la dépendance) à acquérir des compétences pour gérer leur état de santé, améliorer leur observance thérapeutique et développer leur autonomie. Composante du soutien psychosocial dans le programme.
Entretien motivationnel <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 4</i>	Approche de communication clinique centrée sur la personne, développée pour aider les individus à résoudre leur ambivalence face au changement. Largement utilisé en addictologie pour accompagner les UD/UDI dans leurs décisions thérapeutiques. Non directif et non jugeant.

H

Hotspot <i>Stratégie Nat. RdR, §3.3</i>	Lieu géographique concentrant une forte densité d'usagers de drogues, de comportements à risque ou de besoins en services de santé. Synonyme de TER (Territoire d'Errance et de Rassemblement). La cartographie des hotspots guide le déploiement des équipes outreach.
---	---

I

IBBS (Integrated Biological and Behavioral Surveillance) <i>Stratégie Nat. RdR, §2.1 & §3.2</i>	Enquête séro-comportementale combinant des mesures biologiques (tests de dépistage VIH, VHB, VHC) et des questionnaires comportementaux auprès des populations clés. L'IBBS 2025 constitue la principale source de données épidémiologiques pour la stratégie RdR camerounaise.
IEC (Information – Éducation – Communication) <i>Stratégie Nat. RdR, §Acronymes</i>	Ensemble d'activités visant à informer les populations sur les risques liés aux drogues et les mesures de protection disponibles, à modifier les attitudes et à promouvoir des comportements de santé. Complémentaire à la CCC.
Incidence <i>Contexte épidémiologique</i>	Nombre de nouveaux cas d'une maladie ou d'un événement survenant dans une population pendant une période définie. Indicateur clé pour mesurer la transmission active.
Infection opportuniste <i>Contexte clinique</i>	Infection causée par des agents pathogènes qui profitent de l'affaiblissement du système immunitaire (notamment dû au VIH) pour provoquer une maladie. Exemple : tuberculose, candidose, pneumocystose. Marqueur de progression vers le sida.
Injection à risque <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Pratique d'injection de drogues exposant l'utilisateur à des infections et accidents : partage de seringues, aiguilles ou récipients (risque VIH/VHB/VHC), utilisation de solutions non stériles, injections dans des sites dangereux. La réduction de ces pratiques est l'objectif central du PES.
IST (Infections Sexuellement Transmissibles)	Infections transmises lors de rapports sexuels non protégés : syphilis, gonorrhée, chlamydia, etc. Les UD/UDI présentent un risque accru d'IST lié aux pratiques sexuelles à risque et à la précarité.

L

Loi 97-019 <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 5</i>	Loi camerounaise relative aux stupéfiants qui criminalise l'usage simple de drogues. Elle constitue un obstacle majeur à l'accès des UD/UDI aux services de santé et de prévention, en raison de la peur d'arrestation.
LNME (Liste Nationale des Médicaments Essentiels) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 2 & 3</i>	Liste officielle des médicaments considérés comme essentiels pour répondre aux besoins de santé prioritaires d'une population. L'inscription d'un médicament sur la LNME facilite son approvisionnement et réduit son coût. La naloxone et la méthadone doivent y être inscrites.

M

Marginalisation socio-économique <i>Stratégie Nat. RdR, §Préface & §3.1</i>	Processus d'exclusion progressive d'individus ou de groupes des systèmes économiques, sociaux et institutionnels, les reléguant en périphérie de la société. Les UD/UDI sont particulièrement touchés : 65,9 % déclarent un revenu < 50 000 FCFA/mois (IBBS 2025).
Médication supervisée <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 3</i>	Mode de dispensation du TSO dans lequel la prise du médicament est observée par un professionnel de santé, évitant le stockage à domicile et le détournement du traitement.
Méthadone <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 3</i>	Opiéoïde de synthèse à longue durée d'action utilisé comme traitement de substitution (TSO). Administrée sous forme de sirop, elle supprime les symptômes de manque, réduit le craving et la prise de risques liée à l'injection.
Modèle mixte <i>Stratégie Nat. RdR, §6</i>	Architecture de programme combinant des points de service fixes (CSAPA) et des équipes mobiles (outreach), afin d'atteindre à la fois les UD/UDI qui peuvent se déplacer et ceux qui restent dans les hotspots (TER). Aussi appelé programme hybride.
Morbidité <i>Stratégie Nat. RdR, §Objectif général</i>	Fréquence d'une maladie ou des conséquences négatives sur la santé dans une population. La stratégie vise à réduire la morbidité liée à l'usage de drogues (infections, overdoses, hospitalisations).

N

Naloxone <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 2</i>	Médicament antagoniste des récepteurs opioïdes permettant de reverser rapidement une overdose aux opioïdes (tramadol, héroïne, morphine). Son administration par voie intramusculaire ou intranasale en situation d'urgence peut sauver des vies.
Note de positionnement <i>Contexte de mise en œuvre</i>	Document technique court, souvent produit à l'intention des décideurs politiques, résumant les enjeux d'une question et les recommandations de politique publique. Dans le cadre de la stratégie, des notes seront produites pour le plaidoyer en faveur de la révision de la loi 97-019 et de l'inscription des médicaments essentiels.

O

ODD (Objectifs de Développement Durable) <i>Stratégie Nat. RdR, §5.2</i>	17 objectifs mondiaux adoptés par l'ONU en 2015 dans le cadre du Programme 2030. La stratégie RdR s'aligne notamment sur l'ODD 3.3 (éliminer les épidémies de VIH, TB et hépatites) et 3.5 (renforcer la prévention et le traitement de la toxicomanie).
Opioïde / Opiacé <i>Stratégie Nat. RdR, §3.1 & §Domaine 3</i>	Opioïde : terme générique désignant toute substance (naturelle ou synthétique) qui agit sur les récepteurs opioïdes du cerveau. Opiacé : sous-catégorie désignant uniquement les opioïdes dérivés du pavot (morphine, héroïne, codéine). Le tramadol est un opioïde de synthèse, largement détourné au Cameroun.
Outreach <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Approche proactive d'aller vers les populations qui ne se déplacent pas spontanément vers les services de santé. Les équipes outreach se rendent dans les hotspots, à domicile ou dans les lieux de vie et de consommation pour offrir les services RdR. Composante mobile du programme mixte.
Overdose (surdosage) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 2 & §3.2</i>	État médical d'urgence survenant lorsque la quantité d'une substance consommée dépasse la capacité de l'organisme à la métaboliser. Les overdoses aux opioïdes provoquent une dépression respiratoire pouvant conduire à la mort en quelques minutes sans intervention. 21,8 % des UDI déclaraient une overdose avec perte de connaissance dans les 6 mois précédant l'IBBS 2025.

P

Pairs éducateurs (PE) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1 & 4</i>	Personnes ayant une expérience vécue de l'usage de drogues formées pour transmettre des messages de prévention et assurer des services de RdR à leurs pairs usagers. Acteurs incontournables du programme RdR en raison de leur légitimité et de leur capacité à atteindre les usagers les plus cachés.
PES (Programme d'Échange de Seringues) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Intervention de santé publique consistant à distribuer du matériel d'injection stérile (seringues, aiguilles, cotons, acide ascorbique, eau stérile, récipients) aux UDI en échange de matériel usagé, afin de prévenir les infections transmises par voie sanguine. Intervention de première ligne de la stratégie RdR.

Population clé <i>Contexte épidémiologique OMS/ONUSIDA</i>	Groupes de population qui présentent un risque disproportionnellement élevé d'infection au VIH en raison de comportements spécifiques : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), travailleuses du sexe, usagers de drogues injectables, détenus. La stratégie RdR cible prioritairement les UD/UDI comme population clé.
POS (Procédures Opérationnelles Standardisées) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1 (note de bas de page)</i>	Document décrivant de manière détaillée et normalisée les étapes à suivre pour réaliser une activité ou un processus. Complément indispensable à la stratégie, le POS traduit les orientations stratégiques en actes concrets sur le terrain.
PSP (Premiers Secours Psychologiques)	Intervention de soutien psychologique de première ligne, non clinique, proposée à des personnes exposées à des événements traumatisants. Elle vise à réduire la détresse initiale, à satisfaire les

<i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 4</i>	besoins fondamentaux et à faciliter l'accès à l'aide professionnelle. Prévue pour tout nouvel entrant dans le programme (3 séances systématiques).
PSEA (Protection contre l'Exploitation et les Abus Sexuels) <i>Contexte de mise en œuvre</i>	Politique et mécanismes mis en place pour prévenir et traiter l'exploitation et les abus sexuels commis par ou contre les acteurs d'un programme. Obligatoire dans tout programme financé par les partenaires internationaux.
PVVIH (Personnes Vivant avec le VIH) <i>Contexte médical</i>	Personnes dont le statut sérologique est positif pour le VIH. Terme préféré à « malades du sida » ou « séropositifs » pour respecter la dignité des personnes et reconnaître qu'une personne sous TARV peut vivre normalement.

R

RdR (Réduction des Risques) <i>Stratégie Nat. RdR, §1</i>	Ensemble de politiques, programmes et pratiques visant à réduire les conséquences négatives sanitaires, sociales et économiques de l'usage de drogues sans nécessairement demander l'abstinence. Approche de santé publique fondée sur les droits humains, complémentaire aux approches de prévention et de traitement.
Rechute <i>Contexte clinique</i>	Reprise de la consommation de substances après une période d'abstinence ou de réduction. La rechute est une caractéristique fréquente de la dépendance (maladie chronique) et non un échec moral. Les programmes RdR l'anticipent et maintiennent l'accès aux services sans jugement.
Réinsertion socio-professionnelle <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 4</i>	Processus d'aide à l'intégration ou à la réintégration de personnes marginalisées dans les sphères économique (emploi, AGR) et sociale (famille, communauté, services sociaux). Domaine 4 de la stratégie RdR.
Rétention dans les soins <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 3</i>	Capacité d'un programme à maintenir ses bénéficiaires engagés dans leur traitement sur la durée. La rétention à 6 et 12 mois est un indicateur clé du TSO : une rétention ≥ 70 % est la cible fixée pour le programme pilote.

S

SEAQ (Suivi-Évaluation et Assurance Qualité) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 6</i>	Cadre systématique de collecte, d'analyse et d'utilisation des données pour mesurer les progrès du programme, assurer la qualité des services et orienter les décisions. Le Cadre SEAQ du programme RdR camerounais constitue un document de référence distinct de la présente stratégie.
Seringue 1 ml type insuline (30 G × ½) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Seringue de faible contenance (1 millilitre) équipée d'une aiguille courte et fine (30 gauges, ½ pouce), utilisée habituellement pour les injections d'insuline.
Sevrage <i>Contexte clinique</i>	Arrêt de la consommation d'une substance entraînant un syndrome de sevrage (ensemble de symptômes physiques et psychiques désagréables à potentiellement dangereux). ≠ substitution : le TSO est un traitement de remplacement qui évite le sevrage brutal.

Sigma Index <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 5</i>	Outil de mesure standardisé permettant d'évaluer l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination subies par une population spécifique (ici les UD/UDI) dans les services de santé et dans la société.
Stigmatisation <i>Stratégie Nat. RdR, §Préface & §Domaine 5</i>	Attribution de caractéristiques négatives, dévalorisantes et disqualifiantes à un groupe de personnes en raison d'une caractéristique perçue comme honteuse. La stigmatisation des UD/UDI entraîne leur exclusion des services de santé et aggrave leur marginalisation.
Stupéfiants <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 3</i>	Médicaments classés comme stupéfiants en raison de leur potentiel d'abus et de dépendance, soumis à une réglementation stricte. La méthadone est un stupéfiant médical dont la prescription nécessite une autorisation spéciale au Cameroun.
Syndrome de manque <i>Contexte clinique</i>	Ensemble de symptômes physiques (douleurs, vomissements, insomnie, sueurs, crampes) et psychiques (anxiété, irritabilité, craving intense) apparaissant quelques heures après l'arrêt ou la réduction d'opioïdes chez une personne dépendante. Le TSO les prévient.
SWOT (Analyse) <i>Stratégie Nat. RdR, §Méthode</i>	Méthode d'analyse stratégique identifiant les Forces (Strengths), Faiblesses (Weaknesses), Opportunités (Opportunities) et Menaces (Threats) d'un programme ou d'une situation.

T

TDR (Test de Dépistage Rapide) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 1</i>	Test biologique utilisable en dehors des laboratoires, donnant un résultat en quelques minutes à partir d'une goutte de sang capillaire ou de salive. Permettent le dépistage VIH, VHC et VHB dans les CSAPA et lors des sorties outreach.
Théorie du changement (TdC) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaines 1-4</i>	Représentation schématique explicitant les hypothèses causales d'un programme : comment les activités mises en œuvre produisent des effets intermédiaires qui conduisent aux résultats et impacts attendus.
Titration (TSO) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 3</i>	Processus d'ajustement progressif de la dose de méthadone en début de traitement, permettant d'identifier la dose minimale efficace supprimant les symptômes de manque sans provoquer de sédation excessive. Étape clinique critique requérant une surveillance médicale.
Tramadol <i>Stratégie Nat. RdR, §3.1</i>	Médicament opioïde de synthèse légalement prescrit comme antalgique, mais massivement détourné à des fins de dépendance au Cameroun, constituant la principale drogue injectée par les UDI.
Traumatisation vicariante <i>Contexte de mise en œuvre</i>	Phénomène psychologique touchant les professionnels exposés de manière répétée aux souffrances de leurs bénéficiaires, pouvant entraîner des symptômes semblables à ceux du trouble de stress post-traumatique. Risque spécifique pour les équipes RdR, notamment les pairs éducateurs.
TSO (Traitement de Substitution aux Opiacés) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 3</i>	Traitement médical de la dépendance aux opioïdes consistant à administrer quotidiennement, sous contrôle médical, un opioïde de substitution légal (méthadone ou buprénorphine) afin de supprimer le manque, réduire le craving et les comportements à risque d'injection,

et stabiliser l'usager. Intervention de santé publique dont l'efficacité est établie par de nombreuses études internationales.

U

UD (Usagers de Drogues) <i>Stratégie Nat. RdR, page de titre</i>	Personnes consommant des substances psychoactives illicites ou des médicaments en dehors de leur usage thérapeutique. Terme générique incluant les différents modes d'administration (per os, inhalation, injection).
UDI (Usagers de Drogues Injectables) <i>Stratégie Nat. RdR, page de titre</i>	Sous-groupe des usagers de drogues ayant recours à l'injection intraveineuse pour consommer des substances. Exposés à des risques spécifiques et élevés de transmission d'infections par voie sanguine (VIH, VHB, VHC). Population prioritaire de la stratégie RdR.

V

VBG (Violences Basées sur le Genre) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 4</i>	Actes de violence commis à l'encontre d'une personne en raison de son sexe ou de son genre, incluant violences physiques, sexuelles, psychologiques et économiques. Les femmes UD/UDI sont particulièrement vulnérables aux VBG.
VDH (Violations des Droits Humains) <i>Stratégie Nat. RdR, §Domaine 5</i>	Atteintes aux droits fondamentaux garantis par les conventions et lois nationales et internationales : arrestations arbitraires, violences, discrimination dans les services de santé, confiscation de matériel de prévention.
VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) <i>Stratégie Nat. RdR, §3.2</i>	Virus détruisant progressivement le système immunitaire, conduisant au syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Transmis par voie sanguine (partage de seringues chez les UDI), sexuelle et de la mère à l'enfant. Prévalence de 18,7 % parmi les UDI au Cameroun (IBBS 2025). Traitement mais non guérissable, le TARV permet une vie normale.

Z

Zone prioritaire <i>Stratégie Nat. RdR, §3.1 & §Domaine 1</i>	Aire géographique identifiée comme nécessitant une intervention renforcée en raison d'une concentration élevée de UD/UDI, d'une prévalence d'infections élevée, ou d'une sous-couverture des services.
---	--

ANNEXE 2 : SYNTHÈSE DE LA STRUCTURE DE COORDINATION

NIVEAU	ACTEURS CLES	ROLE PRINCIPAL
National (Politique)	CNLD	Pilotage, arbitrage et stratégie globale
National (Technique)	MINSANTE, MINAS, MINJUSTICE, MINPROFF, MINESEC	Mise en œuvre des volets santé, social, scolaire et légal

Régional	Gouverneurs , Délégations Régionales	Déclinaison locale et supervision
Communautaire	ONG (ex : CARE, Affirmative Action) et OBC	Mise en œuvre directe des activités de RdR (outreach)

ANNEXE 3 : CARTOGRAPHIE NATIONAL DES ACTEURS RDR

Catégorie	Acteur · Sigle	Mandat & mission	Domaines	Rôles et tâches opérationnelles	Indicateurs clés
Pilotage stratégique	Ministère de la Santé Publique <i>MINSANTE</i>	Autorité sanitaire nationale. Pilotage politique et réglementaire de la stratégie RdR.	D1 · D2 · D3 · D5 · D6	→ Élaborer et valider les protocoles nationaux PES, TSO, naloxone → Inscrire la naloxone et la méthadone sur la LNME (Liste Nationale Médicaments Essentiels) → Définir les conditions de prescription et de dispensation du TSO → Allouer les lignes budgétaires annuelles pour la RdR → Produire les rapports annuels de surveillance épidémiologique → Intégrer les indicateurs RdR dans le DHIS2 national → Désigner le gestionnaire RdR au sein du CSAPA et coordonner sa mise à l'échelle nationale	%UD/UDI sous TARV ≥ 80% · Naloxone inscrite LNME (liste nationale des médicaments essentiels) · AMM (autorisation de mise sur le marché) méthadone obtenue
	Comité National de Lutte contre la Drogue <i>CNLD</i>	Coordination stratégique et interministérielle. Organe de pilotage de la réponse nationale aux drogues.	D1 · D2 · D3 · D5 · D6	→ Animer le Comité de Pilotage National RdR (réunions trimestrielles) → Assurer la cohérence avec le PSNLD 2024-2030 → Préparer les notes de plaidoyer pour la réforme de la loi 97-019 → Créer l'Observatoire National des Drogues et des Dépendances → Centraliser et analyser les données multi-sources → Coordonner le comité de pilotage avant démarrage de la méthadone → Rapporter aux partenaires techniques et financiers	≥ 2 textes législatifs révisés d'ici 2028 · Observatoire opérationnel
	Comité National de Lutte contre le Sida <i>CNLS</i>	Pilotage de la réponse VIH. Intégration des UD/UDI dans le PSN VIH 2024-2030.	D1 · D2 · D6	→ Inclure les UD/UDI comme population clé prioritaire dans le PSN VIH → Financer le dépistage VIH gratuit pour les UD/UDI (via CNLS) → Assurer l'approvisionnement en ARV et en préservatifs → Piloter les revues de performance semestrielles → Coordonner la transmission des bases de données RdR anonymisées au niveau national	% UD/UDI testés VIH ≥ 80% · % UDI VIH+ sous TARV ≥ 80%

Catégorie	Acteur · Sigle	Mandat & mission	Domaines	Rôles et tâches opérationnelles	Indicateurs clés
				→ Aligner les indicateurs VIH- UD/UDI dans le DHIS2	
	Parlement MINIJUSTICE <i>Parlement MINIJUST.</i>	Pouvoir législatif et exécutif en matière juridique. Révision du cadre légal criminalisant l'usage.	D3 · D5	→ Réviser les textes criminalisant la simple consommation de drogues (loi 97-019) → Adopter des textes autorisant l'AMM de la méthadone et de la naloxone → Introduire des alternatives à l'incarcération (traitement obligatoire) → Participer aux ateliers de plaidoyer organisés par le CNLD → Autoriser l'accès au TSO dans les établissements pénitentiaires → Élaborer les protocoles de continuité TSO entrée/sortie de prison (avec DGPR)	<i>AMM (autorisation de mise sur le marché) méthadone obtenue · Loi révisée · Alternatives à l'incarcération opérationnelles</i>
Coordination & financement	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la TB et le Paludisme <i>Fonds Mondial</i>	Principal bailleur de fonds de la stratégie RdR. Financement des interventions PES, TSO, naloxone.	D1 · D2 · D3 · D5 · D6	→ Financer les interventions RdR (budget estimatif total : 6,16 M€ sur 2026-2030) → Financer les premières commandes pilotes de naloxone → Financer le programme pilote TSO dans les hôpitaux de référence → Appuyer le plaidoyer pour les droits humains des UD/UDI → Exiger et financer le dispositif de suivi-évaluation (S&E)	<i>Taux de décaissement · Rapports trimestriels de performance financière</i>
	Organisation Mondiale de la Santé <i>OMS</i>	Appui normatif et technique. Recommandations internationales sur les 9 interventions RdR.	D1 · D2 · D3 · D6	→ Fournir les protocoles et normes internationales (9 interventions OMS/ONUUDC/ONUSIDA) → Appuyer l'instruction du dossier AMM naloxone et méthadone auprès de la DPM → Former les formateurs nationaux (addictologie, naloxone, TSO) → Financer les premières commandes pilotes de naloxone → Fournir l'assistance technique pour l'intégration DHIS2 → Participer au comité de pilotage trimestriel → Co-financer les enquêtes IBBS et les cartographies des hotspots	<i>Appui technique fourni · Module de formation validés · Protocoles cliniques adoptés</i>

Catégorie	Acteur · Sigle	Mandat & mission	Domaines	Rôles et tâches opérationnelles	Indicateurs clés
	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime <i>ONUDC</i>	Appui spécifique sur la dimension drogues, milieu carcéral, et réforme législative.	D1 · D3 · D5 · D6	→ Fournir les recommandations pour la réforme du cadre juridique → Partager les exemples de réformes législatives réussies en Afrique (plaidoyer comparatif) → Appuyer l'introduction du TSO en milieu carcéral → Financer le plaidoyer pour les droits humains des UD/UDI Co-financer et coordonner les enquêtes IBBS → Fournir l'appui technique pour le renforcement des systèmes de surveillance	<i>Notes de plaidoyer produites · IBBS réalisés · Appui technique carcéral</i>
	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida <i>ONUSIDA</i>	Appui sur le lien VIH-drogues, droits humains des UD/UDI et mobilisation des ressources.	D1 · D5 · D6	→ Orienter sur les approches basées sur les droits humains pour les UDI → Co-financer les enquêtes IBBS et les cartographies → Renforcer les capacités nationales en épidémiologie VIH-UD/UDI → Fournir l'assistance technique pour l'intégration DHIS2 → Participer aux revues de performance semestrielles → Appuyer la mobilisation des partenaires bilatéraux et fondations	<i>Couverture RdR VIH documentée · Indicateurs IBBS disponibles</i>
Mise en œuvre opérationnelle	CARE Cameroun / Africa Synergy Group Plus <i>CARE / ASGPLUS</i>	Maître d'œuvre opérationnel principal. Gestionnaire des DIC et coordonnateur des ONG partenaires.	D1 · D2 · D3 · D4 · D6	→ Gérer les DIC (Drop-In Centers) urbains à Yaoundé et Douala → Approvisionner les sites en matériel stérile (seringues, kits, naloxone) → Recruter, former et superviser les pairs éducateurs (2 cohortes/an, 50 pairs/cohorte) → Coordonner les ONG communautaires partenaires → Consolider les données programmatiques mensuelles → Co-financer et coordonner les enquêtes IBBS et les cartographies des hotspots → Former les formateurs nationaux (addictologie, naloxone) → Assurer le lien avec les PTF pour les rapports de performance	<i>Nb seringues distribuées/UDI/an · Nb DIC actifs · Nb pairs formés/an</i>

Catégorie	Acteur · Sigle	Mandat & mission	Domaines	Rôles et tâches opérationnelles	Indicateurs clés
	CSAPA, Hôpital Central	Site pilote central du dispositif RdR/TSO. Structure mixte bas seuil + traitement de substitution.	D1 · D2 · D3 · D4 · D6	→ Gérer le pôle bas seuil (accueil, distribution PES, dépistage, orientation) → Gérer le pôle TSO (prescription méthadone, dispensation quotidienne supervisée) → Assurer l'évaluation somatique et psychiatrique initiale systématique → Piloter l'unité mobile outreach (sorties d'équipe, intervention sur les TER) → Alimenter le système d'information (3 outils : quantitatif, qualitatif, questionnaire recueil) → Transmettre les bases de données anonymisées au MINSANTE/CNLD annuellement → Servir de prototype pour le déploiement national du dispositif	≥ 50 patients TSO (pilote) · Rétention 6 et 12 mois documentée · Taux de retour seringues
	ONG communautaires ONG/OBC	Prestataires directs de services RdR en communauté. Interface entre les structures et les UDI.	D1 · D2 · D4 · D5	→ Distribuer les seringues, kits d'injection stérile, préservatifs et matériel de prévention → Assurer le dépistage VIH/VHC rapide en communauté (tests salivaires, autodépistage) → Orienter les UD/UDI vers les formations sanitaires (référence structurée) → Conduire les séances IEC/CCC auprès des UD/UDI et de leurs partenaires → Documenter et rapporter les violations des droits des UD/UDI → Animer les groupes de soutien hebdomadaires et les activités de compétences de vie → Coordonner les AGR en partenariat avec MINAS/MINEFOP → Soumettre les rapports mensuels d'activités au CNLD/MINSANTE	Nb seringues distribuées · Nb UDI dépistés · Nb orientations réalisées
	Formations sanitaires (hôpitaux de référence, centres de santé)	Prise en charge médicale : TARV, traitement VHC, TB, IST, TSO en phase d'extension.	D1 · D3	→ Initier et assurer le suivi du TARV chez les UD/UDI VIH+ → Traiter le VHC par antiviraux d'action directe (partenariat avec services hépato) → Dépister et traiter la TB selon les	% UD/UDI VIH+ sous TARV ≥ 80% · % UD/UDI VHC+ traités ≥ 75% · Nb sites TSO opérationnels

Catégorie	Acteur · Sigle	Mandat & mission	Domaines	Rôles et tâches opérationnelles	Indicateurs clés
				recommandations nationales (PNLT) → Prendre en charge les troubles somatiques et psychiatriques liés à l'usage → Ouvrir les unités TSO en phase d'extension (Phase 3 : ≥ 10 sites) → Assurer le suivi clinique et biologique mensuel des patients sous TSO → Assurer les soins d'urgence post-overdose (accès aux services d'urgences)	
Terrain & proximité	Pairs éducateurs <i>Pairs / PE</i>	Interface communautaire de premier rang. Acteurs clés de la distribution, du counseling et de la collecte de données.	D1 · D2 · D4 · D6	→ Identifier et atteindre les UD/UDI cachés dans les TER et hotspots → Distribuer le matériel de prévention lors des tournées outreach → Administrer la naloxone en urgence et alerter les secours → Mener le counseling par les pairs et les activités IEC → Orienter les UDI vers les DIC, CSAPA et formations sanitaires → Remplir les fiches de suivi quotidiennes (codes anonymes UDI) → Animer les groupes d'auto-support et de compétences de vie → Témoigner dans les espaces de plaidoyer et co-concevoir les outils de communication	<i>Nb UD/UDI contactés · % UD/UDI atteintes avec fiche de 1ère rencontre · Nb doses naloxone distribuées</i>
	Psychologues et travailleurs sociaux	Soutien psychosocial individualisé et collectif. Accompagnement dans le parcours de soins.	D4	→ Réaliser l'évaluation socio-psychologique initiale standardisée à l'entrée → Assurer les séances de Premiers Secours Psychologiques (PFA) → Animer les groupes de soutien hebdomadaires (10-15 personnes) → Conduire les entretiens motivationnels et le counseling individuel → Assurer la médiation intra-communautaire et intra-familiale → Gérer les cas de comorbidités santé mentale-addiction (co-prescription avec psychiatre) → Accompagner les UD/UDI dans les démarches	<i>Nb UDI bénéficiant d'un soutien psychosocial ≥ 500/an · Nb séances PFA réalisées</i>

Catégorie	Acteur · Sigle	Mandat & mission	Domaines	Rôles et tâches opérationnelles	Indicateurs clés
				juridiques et d'accès aux droits	
	Infirmiers et personnel paramédical	Soins infirmiers primaires, dispensation quotidienne TSO supervisée, prélèvements et dépistage.	D1 · D2 · D3	→ Assurer les soins infirmiers de base (infections, abcès liés à l'injection) → Dispenser la méthadone quotidiennement sous supervision directe → Réaliser les prélèvements sanguins pour tests VIH et VHC (après formation) → Assurer le counseling pré et post-test → Reconnaître les signes d'overdose aux opioïdes et administrer la naloxone → Participer aux sorties outreach (sensibilisation, distribution matériel) → Alimenter les outils de collecte de données	<i>Nb actes infirmiers documentés ·</i> <i>Nb dispensations TSO supervisées ·</i> <i>Nb prélèvements réalisés</i>
Sectoriel / complémentaire	Ministère des Affaires Sociales <i>MINAS</i>	Protection sociale et réinsertion. Coordination du volet social auprès des UDI vulnérables.	D4	→ Déployer les assistants sociaux au sein des DIC → Établir des circuits de référence formalisés UD/UDI et services sociaux → Inclure les UD/UDI dans les programmes de protection sociale nationale → Superviser les activités AGR en lien avec MINEFOP → Coordonner les services spécifiques pour les femmes UD/UDI	<i>Nb UDI inclus dans les programmes de protection sociale ·</i> <i>Nb AGR opérationnelles</i>
	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle <i>MINEFOP</i>	Formation professionnelle et accès à l'emploi pour les UD/UDI en réinsertion.	D4	→ Ouvrir l'accès aux formations professionnelles pour les UD/UDI → Intégrer les UD/UDI dans les programmes AGR financés par le Fonds National de l'Emploi → Former les UD/UDI en gestion de micro-entreprise → Valider les compétences informelles acquises par les UDI	<i>Nb UDI formés professionnellement ≥ 100/région/an</i>
	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille <i>MINPROFF</i>	Services spécifiques femmes UD/UDI : VBG, santé reproductive, protection.	D4	→ Assurer la prise en charge des femmes UD/UDI victimes de VBG → Fournir l'accès aux services de santé reproductive (planification familiale, suivi grossesse) → Intégrer les femmes UD/UDI dans les	<i>% femmes UD/UDI accédant aux services spécifiques ≥ 50%</i>

Catégorie	Acteur · Sigle	Mandat & mission	Domaines	Rôles et tâches opérationnelles	Indicateurs clés
				programmes nationaux de protection → Renforcer les capacités des familles pour un accompagnement optimal des UD/UDI → Collaborer avec les ONG pour l'animation des espaces femmes dans les DIC	
	Forces de Défense et de Sécurité / MININTER <i>FMO / MININTER</i>	Non-obstruction des activités RdR et réduction des pratiques punitives envers les UD/UDI.	D5	→ Intégrer le module de formation RdR (1 jour) dans les curricula des forces de l'ordre → Émettre une circulaire de non-confiscation du matériel de prévention → Mettre en place un mécanisme de plainte pour abus envers les UD/UDI → Faciliter l'accès des équipes mobiles aux hotspots → Rapporter trimestriellement les incidents de confiscation (indicateur de suivi) → Permettre aux véhicules outreach de circuler sans interpellation dans les zones d'intervention	<i>Nb FMO formés ≥ 300/an · Tendances baissière des confiscations de matériel documentée</i>
	Universités, facultés de médecine et chercheurs <i>Universités</i>	Formation initiale, recherche opérationnelle et production de données probantes.	D5 · D6	→ Intégrer un module droit des UD/UDI / non-discrimination dans les curricula de médecine et soins infirmiers → Concevoir et conduire les études de recherche opérationnelle sur les thèmes prioritaires (≥ 2/an) → Publier les résultats dans des revues scientifiques → Former les acteurs de terrain à la collecte de données probantes → Participer aux enquêtes IBBS (équipes de terrain) → Administrer le Stigma Index dans les formations sanitaires	<i>Nb études publiées ≥ 2/an · Module intégré dans les curricula · Résultats Stigma Index</i>
	Médias communicants et <i>Médias</i>	Lutte contre la stigmatisation dans la population générale. Diffusion des messages RdR.	D5	→ Produire des contenus déstigmatisants sur les UD/UDI (radio, TV, réseaux sociaux) → Diffuser les messages RdR sur les supports grand public → Former les journalistes à un traitement éthique de la thématique drogues	<i>Portée de la campagne · Résultats sondage annuel de perception</i>

Catégorie	Acteur · Sigle	Mandat & mission	Domaines	Rôles et tâches opérationnelles	Indicateurs clés
				→ Relayer les campagnes nationales de sensibilisation	
	Direction de la Pharmacie, laboratoire et du Médicament <i>DPLM</i>	Autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments essentiels RdR (naloxone, méthadone).	D2 · D3	→ Instruire les dossiers AMM naloxone et méthadone/buprénorphine → Inscrire la naloxone et la méthadone sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) → Définir les conditions de stockage, de dispensation et de traçabilité → Contrôler la chaîne d'approvisionnement nationale	<i>Naloxone inscrite LNME · AMM méthadone obtenue · Circuit d'approvisionnement. Validé</i>
Milieu carcéral	Direction Générale des Prisons et Réhabilitation <i>DGPR</i>	Mise en œuvre de la continuité des soins RdR pour les UD/UDI détenus.	D3 · D5	→ Autoriser l'accès au TSO (méthadone) dans les établissements pénitentiaires → Élaborer les protocoles de continuité TSO à l'entrée et à la sortie de prison → Former le personnel pénitentiaire à la RdR et à la gestion des overdoses → Faciliter l'accès des ONG agréées aux établissements pour les groupes de soutien → Assurer la liaison avec MINSANTE pour les protocoles de soins carcéraux	<i>Protocoles carcéraux TSO validés · % UD/UDI détenus sous TSO · Continuité soins à la libération</i>
	Personnel médical des établissements pénitentiaires <i>Médecins prisons</i>	Prestation médicale directe pour les UD/UDI en détention (RdR, TSO, dépistage).	D1 · D3	→ Prescrire et dispenser le TSO (méthadone) en détention selon le protocole national → Assurer le dépistage VIH/VHC et la continuité du TARV pour les UD/UDI détenus → Gérer les overdoses et les urgences médicales liées à l'usage → Orienter les UD/UDI libérés vers les structures de soins en communauté	<i>% UD/UDI détenus sous TARV · Nb dispensations TSO en milieu carcéral</i>
Bénéficiaires & communauté	Usagers de drogues <i>UD/UDI</i>	Bénéficiaires directs et acteurs participatifs de la stratégie.	D1·D2·D3·D4·D5·D6	→ Accéder aux services RdR (PES, dépistage, TARV, TSO, soutien psychosocial) → Participer à la conception des outils de communication → Siéger dans les comités de pilotage comme représentants communautaires	<i>Population cible : ~1 000 PUDI/unité RdR (standard OMS) · % UD/UDI couverts ≥ 80%</i>

Catégorie	Acteur · Sigle	Mandat & mission	Domaines	Rôles et tâches opérationnelles	Indicateurs clés
				→ Témoigner dans les espaces de plaidoyer (réforme législative) → Participer aux audits communautaires et aux mécanismes de feedback → Intégrer les groupes d'auto-support et les AGR	
	Usagers de drogues — milieu carcéral <i>UD/UDI (carcéral)</i>	Sous-groupe prioritaire à très haut risque. Continuité des soins RdR en détention.	D1·D3·D5	→ Accéder à la continuité du TSO à l'entrée en détention → Bénéficier du dépistage VIH/VHC et du TARV en détention → Participer aux groupes de soutien animés par les ONG agréées → Bénéficier d'une orientation vers les structures de soins communautaires à la libération	<i>Protocoles carcéraux RdR opérationnels · % UD/UDI détenus sous TARV</i>
	Femmes UD <i>Femmes UD/UDI</i>	Sous-groupe à vulnérabilité spécifique (VBG, grossesse, stigmatisation renforcée).	D1·D4	→ Accéder aux espaces femmes sécurisés dans les DIC (horaires dédiés) → Bénéficier des consultations gynécologiques et du suivi de grossesse → Accéder au soutien VBG et à l'accompagnement juridique → Bénéficier de la planification familiale intégrée aux services RdR	<i>% femmes UD/UDI accédant aux services spécifiques ≥ 50%</i>
	Entourage des UD/UDI (famille, proches) <i>Entourage</i>	Acteurs de premier secours en cas d'overdose et soutien à l'observance.	D2	→ Recevoir une formation à la reconnaissance des signes d'overdose → Recevoir des kits naloxone (2 doses) et être formés à leur utilisation → Contacter les secours médicaux en cas d'urgence → Soutenir l'observance du TSO au quotidien	<i>Nb proches formés à la naloxone · % overdoses survenues devant tiers formés</i>

