

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES 2024-2030



COMITE TECHNIQUE DE REDACTION

COORDINATION GENERALE

- Dr MANAOUDA Malachie

Ministre de la Santé Publique

SUPERVISION GENERALE

- Pr NJOCK Louis Richard

Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

SUPERVISION TECHNIQUE

- Dr HASSAN Ben Bachir

Directeur de la Promotion de la Santé

COORDINATION TECHNIQUE

- Dr JORO TAKA Colette

Secrétaire Permanent du Comité National de Lutte contre la Drogue

ACCOMPAGNEMENT METHODOLOGIQUE

- M. NDOUGSA ETOUNDI Guy Roger

Expert en Planification et suivi-évaluation au Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de Santé

EQUIPE DE REDACTION

- M. KANA Paul (Cadre/CNLD)
- Dr MATAGO CHEDO Phalonne (Cadre/CNLD)
- Mme DONGMO TEMGOUA Sandrine (Cadre/CNLD)
- Mme ATANGANA Sophie Mélanie Agnès (Cadre/CNLD)
- Mme BATOUAN Eugénie (Cadre/CNLD)
- M. ONANA SEVERIN (cadre d'appui/CNLD)
- Mme NGAH Marguerite Penne Christelle (Cadre ST/SSS)

TABLE DE MATIERES

TABLE DE MATIERES	II
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VI
TABLE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	VII
PREFACE	XII
REMERCIEMENTS	XIII
NOTE METHODOLOGIQUE	XIV
CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR LE CAMEROUN	1
1. SITUATION GEOGRAPHIQUE	1
1-1- MILIEU NATUREL, DIVERSITÉ DES RELIEFS ET DES ÉCOSYSTÈMES	1
1-2 CLIMAT	1
1-3 HYDROGRAPHIE	1
2. SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET CULTURELLE	2
2.1. DÉMOGRAPHIE DU CAMEROUN	2
2.2. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE	3
4. VOIES DE COMMUNICATION	6
5. ACCES ET USAGE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION	7
6. EQUITE ET JUSTICE SOCIALE EN SANTE	8
CHAPITRE 2 : ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC	10
2.1. ETAT DES LIEUX	10
2.1.1. COMPOSANTE 1 : COORDINATION DE LA LUTTE	10
2.1.2. COMPOSANTE 2 : OFFRE DES DROGUES	12
2.1.2.1 Situation de l'offre des drogues illicites	12
2.1.2.2. Situation de l'offre des drogues licites	17
2.1.3. COMPOSANTE 3 : DEMANDE DES DROGUES	21
2.1.3.1. Situation dans le monde	21
2.1.3.2. Situation au Cameroun	21
2.1.4. COMPOSANTE 4 : PRISE EN CHARGE DES CAS	26
2.1.6. COMPOSANTE 5 : COOPERATION	33
2.1.6.1. Coopération Internationale	33
2.1.6.1.1. Coopération multilatérale	33
2.1.6.1.2. Coopération bilatérale	36
2.1.6.2. Coopération nationale	36
2.1.6.2.1. La coopération publique-publique	37
2.1.6.2.2. La coopération publique-privée	40
2.2 DIAGNOSTIC	40
2.2.1. RAPPEL HISTORIQUE DES POLITIQUES PASSES : LEÇONS TIREES DES ANNEES ANTERIEURES	40
2.2.2. DIAGNOSTIC PARTICIPATIF	41
2.2.3. SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE	49
CHAPITRE 3 : CADRE STRATEGIQUE	50

3.1 ORIENTATIONS MAJEURES FIXEES PAR LES CADRES DE REFERENCE	50
3.3 .DESCRIPTION DE LA LOGIQUE D'INTERVENTION :	51
3.3.1. AXE STRATÉGIQUE 1 : RÉDUCTION DE L'OFFRE DES DROGUES	51
3.3.2. AXE STRATÉGIQUE 2 : RÉDUCTION DE LA DEMANDE DES DROGUES	52
3.3.3. AXE STRATÉGIQUE 3 : RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIÉS À LA CONSOMMATION DES DROGUES	53
3.3.4. AXE STRATÉGIQUE 4 : RÉORGANISATION DE LA RÉPONSE INSTITUTIONNELLE DE LA LUTTE	54
3.4 DU CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION :	56
CHAPITRE 4 : DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION	59
4.1. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DU PSN DE LUTTE CONTRE LES DROGUES	59
4.1.1. DISPOSITIF ACTUEL DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-ÉVALUATION	59
4.1.1.1. Le Secrétariat Permanent du CNLD	59
4.1.1.2. Les sous-comités du CNLD	59
4.1.2. RÉFORMES NÉCESSAIRES	72
4.2. MODALITES DE SUIVI-EVALUATION	73
4.2.1. LE SUIVI	73
4.2.1.1. Les réunions multisectorielles de coordination	73
4.2.1.2. Les supervisions	74
4.2.1.3. Les outils de suivi	74
4.2.2. L'ÉVALUATION	74
4.2.2.1. Surveillance de la mise en œuvre des interventions	74
4.2.2.2. Évaluations à mi-parcours et finale	75
CHAPITRE 5 : MECANISME DE FINANCEMENT DU PLAN	76
5.1. STRATEGIE DE FINANCEMENT DU PLAN	76
5.1.1. LES ACTIVITÉS BÉNÉFICIAINT D'UNE PROVISION BUDGÉTAIRE DANS LES CDMT	76
5.1.2. LES ACTIVITES QUI NE SONT PAS INSCRITES DANS LE CDMT	76
5.2. COUT DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN POUR LE TRIENNAT 2024-2026	77
5.2.1. RÉPARTITION DU COÛT PAR TYPE D'ACTIVITÉS	77
5.2.2. RÉPARTITION DU COÛT PAR AXES ET SOUS AXES STRATÉGIQUES	77
5.2.3. RÉPARTITION DU COÛT DE MISE EN ŒUVRE PAR ADMINISTRATIONS	81
5.2.4. COUT DES INTERVENTIONS PAR AXES STRATÉGIQUE ET EN FONCTION DES STRUCTURES DE MISE EN ŒUVRE	85
LISTE DES CONTRIBUTEURS	99
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	105

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Géo répartition des CSAPA sur le triangle national	28
TABLEAU 2: Répartition des professionnels de traitement des troubles liés à l'usage des drogues formés dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Colombo	29
TABLEAU 3 : Situation et Besoins exprimés en ressources humaines dans les CSAPA du Cameroun.	30
TABLEAU 4 : Les points forts de la lutte contre les Drogues au Cameroun	41
TABLEAU 5: Les points faibles de la lutte contre les Drogues au Cameroun	44
TABLEAU 6: Récapitulatif des facteurs externes significatifs	48
TABLEAU 7: Déclinaison des interventions de réduction de l'offre des drogues en activités	
TABLEAU 8: Déclinaison des interventions de réduction de la demande des drogues en activités	
TABLEAU 9 : Déclinaison des interventions de réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues en activités	
TABLEAU 10 : Déclinaison des interventions de réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte en activités	
TABLEAU 11 : Cadre logique d'interventions	56
TABLEAU 12: Vue synoptique des rôles et responsabilités des organes de coordination à différents niveaux	64
TABLEAU 13 : Rôles des différents acteurs clés	72
TABLEAU 14 : Répartition du coût de mise en œuvre par axes stratégiques (en millions de FCFA)	77
TABLEAU 15 : Répartition du coût de mise en œuvre par axes et sous axes stratégiques (en millions de FCFA)	79
TABLEAU 16 : Répartition du coût de mise en œuvre du PSN par administration	81

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des âges de la population du Cameroun	2
Figure 2 : Evolution de la durée moyenne de scolarisation et de la durée attendue de scolarisation au Cameroun de 1990 à 2019	5
Figure 3: Zones de culture et de transit du Cannabis	13
Figure 4 : Zone de circulation générale du Cannabis au Cameroun	13
Figure 5 : Saisies du Cannabis entre 2016 et 2019	16
Figure 6: Saisies des autres stupéfiants entre 2016 et 2019	16
Figure 7 : Répartition par sexe de la consommation des drogues chez les jeunes	23
Figure 8 : Répartition des patients reçus dans les centres d'accueil en 2016 et 2017 par âge	27
Figure 22 : Répartition du coût de mise en oeuvre par type d'activités	77

TABLE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

TABLE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

SIGLES ET ACRONYMES

ACVG	: Anciens Combattants et Victimes de Guerre
AMA	: Agence Mondiale Antidopage
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
AOI	: Autorisation Officielle d'Importation
CAAT	: Cellules Aéroportuaires Anti-traffic
CAB	: Cabinet
CAF	: Confédération Africaine de Football
CAN	: Coupe d'Afrique des Nations
C3T	: Coalition Camerounaise Contre le Tabac
CAMAIR-CO	: Cameroon Airlines Corporation
CAO	: Centres d'Accueil et d'Observation
CCAS	: Comité Communal d'Attribution des Aides et des Secours
CCLAT	: Convention Cadre pour la Lutte Antitabac
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEEAC	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique Centrale
CEMAC	: Communauté Economique et Monétaire des Etats de l'Afrique Centrale
CETY	: Centre d'Ecoute et de Transit de Yaoundé
CFA	: Colonie Française d'Afrique
CMA	: Centre Médical d'Arrondissement
CND	: Commission des stupéfiants des Nations Unies
CNLD	: Comité National de Lutte contre la Drogue
CNLS	: Comité National de Lutte contre le SIDA
CREC	: Communication sur les Risques liés à la Consommation des Drogues et l'Engagement Communautaire
CSAPA	: Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSI	: Centre de Santé Intégré
CTD	: Collectivités Territoriales Décentralisées
DGD	: Direction Générale des Douanes
DGSN	: Délégation Générale de la Sûreté Nationale
DHIS2	: District Health Information Software Version 2
DLMEP	: Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DPML	: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPS	: Direction de la Promotion de la Santé
DSCE	: Document Stratégique pour la Croissance Economique

EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EPA	: Etablissement Public Administratif
FOSA	: Formation Sanitaire
FPTC	: Fédération des Planteurs de Tabac
GATS	: Global Adult Tobacco Survey
GBAC	: Groupe d'Action contre le Blanchiment d'Argent en Afrique Centrale
GUCE	: Guichet Unique du Commerce Extérieur
GYTS	: Global Youth Tobacco Survey
HCY	: Hôpital Central de Yaoundé
HJY	: Hôpital Jamot de Yaoundé
HCR	: Haut-Commissariat pour les Réfugiés
HD	: Hôpital de District
HLD	: Hôpital Laquintinie de Douala
HR	: Hôpital Régional
HRA	: Hôpital Régional Annexe
HRef	: Hôpital de Référence
HTA	: Hyper Tension Artérielle
ICE BETAMBA	: Institution Camerounaise de l'Enfance de BETAMBA
ID	: Indice de Développement
IDH	: Indice de Développement Humain
IGSPL	: Inspection Générale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires
INTERPOL	: Organisation Internationale de la Police Criminelle
IPG	: l'Indice de Parité Genre
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LR	: Ligne de référence
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey
MINADER	: Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
MINAS	: Ministère des Affaires Sociales
MINAT	: Ministère de l'Administration Territoriale
MINCOM	: Ministère de la Communication
MINCOM-MERCE	: Ministère du Commerce
MINCULT	: Ministère de la Culture
MINDDEVEL	: Ministère de la Décentralisation et du Développement Local
MINDEF	: Ministère de la Défense
MINEDUB	: Ministère de l'Education de Base
MINEFOP	: Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
MINEPDED	: Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable

MINEPIA	: Ministère de l'Elevage des Pêches et des Industries Animales
MINESEC	: Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP	: Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINFI	: Ministère des Finances
MINJEC	: Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique
MINJUSTICE	: Ministère de la Justice
MINMIDT	: Ministère des Mines de l'Industries et du développement technologique
MINPMEESA	: Ministère des Petites et Moyennes Entreprises, de l'Economies Sociales et de l'Artisanat
MINPROFF	: Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MINRESI	: Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
MINREX	: Ministère des Relations Extérieures
MINSANTE	: Ministère de la Santé Publique
MINTSS	: Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
MN	: Mesure Nouvelle
NTIC	: Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ODD	: Objectifs de Développement Durables
OICS	: Organe International de Contrôle des Stupéfiants
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OCALUPS	: l'Organisation Camerounaise de Lutte contre le Dopage dans le Sport
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUDC	: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
OSC	: Organisations de la Société Civile
PAIRPPEV	: Programme d'Appui à l'Insertion et à la Réinsertion Professionnelle des Personnes Vulnérables
PDI	: Personnes Déplacées Internes
PEC	: Prise en Charge des Cas
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNRR	: Produits Nicotiniques à Risques Réduits
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	: Plan Stratégique National
PSNLD	: Plan Stratégique National de Lutte contre la Drogue
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RCA	: République Centrafricaine
RNB	: Revenu National Brut
SDSM	: Sous-Direction de la Santé Mentale
SEAGNU	: Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies
SED/CGN	: Secrétariat d'Etat à la Défense Chargé de la Gendarmerie Nationale
SEMIL	: Service de Sécurité et Morale à la (sécurité militaire) chargé entre autres de la Lutte contre les trafics illicites

SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SND30	: Stratégie Nationale de Développement (2020-2030)
SP/CNLD	Secrétaire Permanent du Comité National de Lutte contre la Drogue
SPM	: Services du Premier Ministre
SSS	: Stratégie Sectorielle de Santé
ST/SSS	: Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle Santé
SYNAME	: Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
TIC	: Technologie de l'Information et de la Communication
TCS	: Tribunal Criminel Spécial
TVA	: Taxe sur la Valeur Ajoutée
UA	: Union Africaine
UD	: Usager de Drogues
UMAC	: Union Monétaire de l'Afrique Centrale
UNGASS	: UN Général Assembly Special Session Against Corruption
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE



Le fléau de l'abus de drogue dans notre pays, particulièrement en milieu jeune, phénomène en plein essor au sein de notre société reste une préoccupation du Gouvernement Camerounais. Il a déjà fait plusieurs fois l'objet d'une interpellation du Chef de l'Etat, son Excellence Paul BIYA dans ses adresses à la jeunesse les 10 février 2019 et 2020. En effet, le Président de la République avait relevé que la consommation des drogues chez les jeunes avait atteint la côte d'alerte. Il a instruit au Gouvernement d'envisager la mise en place d'un plan national de lutte contre la consommation des drogues et l'alcool.

Fort de quoi, le Ministère de la Santé Publique à travers le Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) et la supervision technique de la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) avec l'appui du Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/SSS) a élaboré le présent Plan Stratégique National de Lutte contre les Drogues 2024-2030 (PSNLD 2024-2030).

Ce document est un cadre référentiel de planification stratégique et méthodologique recommandé. Il a eu recours à une approche participative à toutes les étapes de son élaboration notamment l'implication de toutes les structures du MINSANTE, les administrations partenaires de la santé, les partenaires techniques et financiers, les sociétés savantes, les acteurs de la société civile et les formations sanitaires publiques et privées.

Au demeurant, notre vœu est de réduire significativement l'offre, la demande et les risques liés à l'usage des drogues au Cameroun d'ici 2030 comme le stipule la Stratégie Nationale de Développement (SND30) qui se propose de « contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ». Pour le succès du suivi de la mise en œuvre de cette stratégie, deux points majeurs sont à considérer à savoir: (i) les réformes nécessaires ; et (ii) dans le cadre de la décentralisation, la définition des rôles, des responsabilités et des modalités de suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le PSNLD 2024 - 2030 est donc un document de coordination et de référence pour tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les drogues. Aussi, j'invite tous les acteurs de cette lutte à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dr MANAOUA MALACHIE

REMERCIEMENTS

Le fléau de l'abus de drogue dans notre pays, particulièrement en milieu jeune, phénomène en plein essor au sein de notre société reste une préoccupation du gouvernement camerounais. Il a déjà fait plusieurs fois l'objet d'une interpellation du Chef de l'Etat, son Excellence Paul BIYA dans ses adresses à la jeunesse les 10 février 2019 et 2020. En effet, le Président de la République avait relevé que la consommation de drogues chez les jeunes avait atteint la côte d'alerte. Il a instruit au Gouvernement d'envisager la mise en place d'un plan national de lutte contre la consommation des drogues et l'alcool.

Fort de quoi, le Ministère de la Santé Publique à travers le Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) et la supervision technique de la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) avec l'appui du Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/SSS) a élaboré le présent Plan Stratégique National de Lutte contre les Drogues 2024-2030 (PSNLD 2024 – 2030).

NOTE METHODOLOGIQUE

CADRE ORGANISATIONNEL ET IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES

Le processus d'élaboration du présent **Plan Stratégique National de lutte contre les drogues** a été piloté par le Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD), avec l'appui technique du Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/SSS). La supervision du processus a été effectuée par la Direction de la Promotion de la Santé auquel est rattaché le CNLD. Le référentiel méthodologique sur lequel le processus entier s'est appuyé est le Guide Méthodologique de Planification Stratégique au Cameroun. Celui-ci recommande de recourir à l'approche participative à toutes les étapes du processus. A cet effet, la première étape a consisté en l'analyse des parties prenantes. L'objectif étant de trouver le moyen de tous les impliquer à chaque phase. Les principales parties prenantes impliquées dans le processus d'élaboration de ce plan stratégique sont : (i) les structures du MINSANTE, (ii) les administrations partenaires au secteur santé, (iii) les partenaires techniques et financiers, (iv) les sociétés savantes, (v) les acteurs de la société civile ; (vi) les formations sanitaires publiques et privées.

APPROCHE TECHNIQUE

Des réunions de concertation et des ateliers non résidentiels ont été nécessaires pour conduire les travaux d'élaboration du plan stratégique. De manière continue, l'équipe du CNLD avec l'appui du ST/SSS a effectué la revue documentaire et la consolidation des contributions des parties prenantes. Le processus a été bouclé par un atelier de validation technique et une réunion d'adoption politique.

- *Les réunions de concertation avec les parties prenantes*

Trois réunions de travail ont permis de mobiliser les parties prenantes et d'améliorer le draft du document disponible. La première réunion de travail a regroupé les organisations de la société civile ainsi que les partenaires techniques et financiers ; la deuxième a permis de regrouper les administrations partenaires au secteur santé. Au cours de la troisième réunion de travail, les administrations partenaires, la société civile et les partenaires techniques et financiers ont effectué un brainstorming permettant de dresser l'état des lieux de la lutte contre les drogues et d'effectuer un diagnostic participatif.

- *Les ateliers non résidentiels*

Des ateliers non résidentiels ont permis d'affiner les travaux amorcés lors des réunions de travail. C'est également au cours de ces ateliers que les parties prenantes ont pu harmoniser leurs approches et bâtir des consensus. Le premier atelier avait pour objectif de produire un document "état des lieux et diagnostic". Cet objectif a été atteint et les participants ont pu amorcer l'élaboration du cadre stratégique. Le deuxième atelier a permis d'améliorer le cadre stratégique et d'en déduire le plan d'actions prioritaires pour le triennat 2024-2026. Le dernier atelier avait pour but de valider le cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation. C'est également au cours de cette phase que le budget du plan stratégique a été validé.

- *Les travaux menés en continu*

Le CNLD et l'équipe du ST/SSS ont de manière continue recueilli et consolidé les contributions des différentes parties prenantes ; cet exercice a été couplé à la revue documentaire. Les efforts de ces structures qui travaillaient en synergie ont permis d'assurer une amélioration continue du document.

ETAPES MAJEURES DU PROCESSUS

Trois principales phases ont jalonné le processus d'élaboration de ce document à savoir : (i) la Phase préparatoire ; (ii) la Phase d'élaboration du document (iii) la phase de validation et d'adoption.

(i) La phase préparatoire :

Cette étape a permis de produire un document projet à partir d'une équipe réduite constituée en majeure partie par l'équipe du CNLD. Au cours de cette phase, les parties prenantes à impliquer ont été identifiées, une feuille de route d'élaboration du document a été produite et validée ; et enfin, une première mouture du document a été élaborée et rendue disponible. Cette étape a aussi consisté en la mobilisation des parties prenantes sur la nécessité de fédérer les efforts nécessaires pour l'élaboration de document de référence unique pour guider la lutte contre les drogues au Cameroun.

(ii) La Phase d'élaboration du document

La phase d'élaboration du document a consisté à partager le 1^{er} draft à l'ensemble des parties prenantes afin que leurs contributions permettent d'améliorer le contenu. De manière consensuelle, les parties prenantes ont convenu d'une approche séquentielle et itérative qui est passée par les étapes que sont :

- Dresser un état des lieux et un diagnostic de la situation ;
- Faire des choix stratégiques (Définir la vision ; les objectifs, et les stratégies) ;
- Elaborer un plan d'actions prioritaires;
- Elaborer un cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation ;
- Estimer le coût de la stratégie et de son plan d'action prioritaire.

(iii) La Phase de validation et d'adoption du document

La validation technique du document s'est effectuée lors d'un atelier au cours duquel les différentes parties prenantes ont fait une relecture exhaustive du document. Elle a permis de corriger les incohérences et de permettre à tous les acteurs de se prononcer sur sa validité technique. L'adoption du document quant à elle s'est effectuée au cours d'une réunion de concertation qui a regroupé les décideurs concernés par cette lutte. Ces derniers ont validé le document et l'on adopté comme document de référence pour la lutte contre la drogue.

PRINCIPAUX DOCUMENTS DE RÉFÉRENCES UTILISÉS

Les documents de référence sur lesquels le processus s'est appuyé sont :

- Le Guide Méthodologique de Planification Stratégique au Cameroun ;
- La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030;
- La Vision Stratégique de l'ONUDC pour l'Afrique 2030;
- La Stratégie 2021-2025 de l'ONUDC;
- La politique d'évaluation de l'ONUDC ;
- Plan d'action de l'Union Africaine sur le contrôle des stupéfiants et la prévention de la criminalité (2019-2023) ;
- Document final de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue (UNGASS), 2016
-

CHAPITRE 1

GENERALITES SUR LE CAMEROUN

CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR LE CAMEROUN

1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le Cameroun, pays d'Afrique Centrale, a une superficie de 475 650 km². Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au Nord par le Tchad. Indépendant depuis le 1er janvier 1960, il a deux langues officielles : le français et l'anglais.

1-1- MILIEU NATUREL, DIVERSITÉ DES RELIEFS ET DES ÉCOSYSTÈMES

Le milieu naturel du Cameroun se caractérise par les éléments suivants : (i) les Hauts plateaux de l'Ouest ; (ii) les basses terres du Centre et de l'Est ; (iii) les plaines côtières, les bassins fluviaux et le bassin du Lac Tchad. Le pays communément appelé Afrique en miniature compte six principaux écosystèmes (marin et côtier, forêt tropicale dense et humide, montagnes, savane tropicale boisée, eau douce et semi-aride) expliquant sa diversité topographique, végétale et les conditions climatiques observées¹.

1-2 CLIMAT

Le Cameroun se divise en trois grandes zones climatiques qui sont :

- la zone équatoriale humide, avec une température moyenne annuelle de 25°C, un écart annuel qui oscille autour de 3°C et des précipitations annuelles nuancées, variant entre 1500 mm à Yaoundé et 3000 mm à Douala;
- la zone soudanaise, caractérisée par des précipitations annuelles moyennes de 1000 mm réparties sur deux saisons (pluvieuse et sèche) ;
- la zone soudano-sahélienne, caractérisée par de faibles précipitations, dont la moyenne annuelle est de 700 mm, réparties sur deux saisons⁶.

1-3 HYDROGRAPHIE

Le Cameroun est doté de nombreux fleuves, rivières et lacs répartis autour de 4 bassins principaux qui sont : le bassin de l'Atlantique (Sanaga, Nyong, Wouri) ; le bassin du Congo (Kadéï, Ngoko) ; Le bassin du Niger (Bénoué) et le bassin du Tchad (Logone). La densité de ce réseau hydrographique est un atout majeur pour faciliter l'accès à l'eau potable.

2. SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET CULTURELLE

2.1. DÉMOGRAPHIE DU CAMEROUN

La population du Cameroun est estimée à 23 248 044 habitants en 2017. Elle est en croissance de plus de 33% par rapport à sa taille de 2005 qui s'élevait à 17 463 836 habitants. Le taux moyen annuel d'accroissement est de 2,4% depuis 2005, ce qui implique que sa taille doublerait dans 29 ans environ à partir de 2017 si elle venait à garder la même dynamique. Autrement dit, elle pourrait s'établir à plus de 46 496 000 habitants en 2046³.

Plus de la moitié de la population (53,2%) réside en milieu urbain. Les régions ayant les poids démographiques les plus élevés sont le Centre (19,6%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,2%), et le Nord (11%). Les régions à grande densité de population sont le Littoral (174,8 habitants/km²) et l'Ouest (142,9 habitants/km²). Les

tailles des populations des régions du Centre et du Littoral s'expliquent en partie par le fait qu'elles abritent respectivement la capitale politique et la capitale économique du pays. Les villes de Douala et de Yaoundé sont les plus grandes agglomérations du Cameroun et abritent à elles seules près 20% de la population du pays (3 millions d'habitants et 2,5 millions d'habitants respectivement)⁵.

La population camerounaise est composée de 49 % d'hommes et de 51 % de femmes. La pyramide des âges présente une base élargie qui se rétrécit rapidement et assez régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés (Figure 1). Cette forme de la pyramide des âges est caractéristique des populations jeunes, à forte fécondité et à mortalité élevée. Environ 45 % de la population a moins de 15 ans et seulement 4 % est âgée de 65 ans ou plus. La présence des femmes est encore plus marquée en milieu rural où elles représentent une proportion encore plus importante.

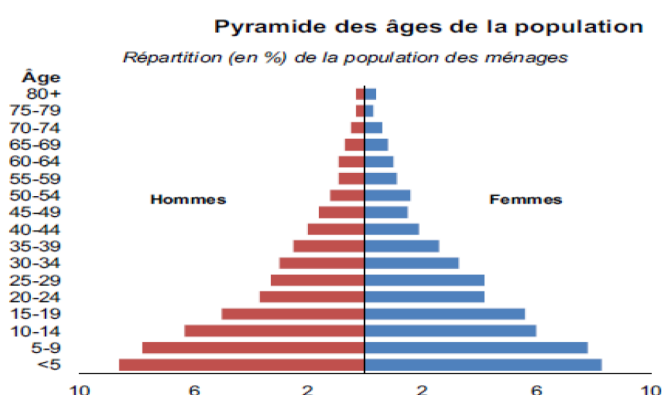


Figure 1 : Répartition des âges de la population du Cameroun

Source: EDS 2018 P.24

La population est inégalement répartie sur le territoire national, cependant, le Cameroun n'a pas encore entamé la phase de transition démographique. La fécondité y reste élevée malgré une légère baisse enregistrée entre 1991 et 2018 où l'indice synthétique de fécondité est passé de 5,8 à 4,8⁸. Le ratio de dépendance économique qui mesure le nombre moyen de personnes non occupées par personne employée (productive) se situe à environ 298 pour 100. Ainsi, les personnes occupées ont, en plus d'elles-mêmes, environ trois (03) personnes en moyenne non occupées à leur charge. Cette structure de la population est peu favorable à la croissance et au développement économique dans la mesure où elle ne donne pas suffisamment de marge de manœuvre à la population active pour épargner et entreprendre des investissements productifs à cause des charges (personnes) importantes dont elles ont la responsabilité. La conséquence directe est la forte demande en infrastructures et services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la sécurité foncière⁷.

2.2. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

➤ La croissance économique

La croissance économique a connu un relèvement notable entre 2010-2019 en passant de 3% à 4,5%. Cette croissance moyenne, bien qu'elle n'ait pas atteint la cible de 5,5% fixée dans le Document Stratégique pour la Croissance Economique (DSCE), témoigne néanmoins de la résilience de l'économie camerounaise face aux différents chocs économiques et sécuritaires. Le taux d'inflation, quant à lui est resté maîtrisé autour de 2% en moyenne par an, en-dessous du seuil de convergence CEMAC de 3 %⁹.

➤ L'évolution sectorielle du PIB

La structure globale de la répartition du PIB par secteur n'a pas évolué de manière favorable au cours de la dernière décennie. En effet, la part du secteur primaire, qui était de 26,8% et qui devait passer à 33,2% s'est établie à moins de 20%. Dans le même temps, le secteur secondaire qui représentait 33% en 2010 a également connu une importante baisse pour se situer à 28,2% en 2018. Cependant, le secteur tertiaire prend des proportions de plus en plus importantes, passant de 41,2% à 57,1% sur la même période¹⁰.

➤ La pauvreté et les inégalités de revenus

S'agissant de la pauvreté, on note une légère baisse du taux de pauvreté qui a reculé de 2,4 points en se situant à 37,5% en 2014 contre 39,9% en 2007. Toutefois, cette performance est en deçà des attentes du DSCE qui prévoyait un taux de pauvreté de 28,7% en 2020. Selon le milieu de résidence, le taux de pauvreté a connu une baisse significative en milieu urbain passant de 12,2% en 2007 à 8,9% en 2014, alors qu'il a progressé en milieu rural, passant de 55,7% à 56,8% sur la même période. De plus, neuf (9) pauvres sur dix (10) résident en milieu rural. Dans une dimension régionale, les Régions de l'Extrême-Nord (74,3%), du Nord (67,9%), du Nord-Ouest (55,3%) et de l'Adamaoua (47,1%) sont les plus pauvres. Les données révèlent aussi que, les inégalités mesurées par l'indice de GINI se sont accentuées. La valeur de cet indice est passée de 39% en 2007 à 44 % en 2014 ; traduisant ainsi une augmentation du fossé entre les riches et les pauvres¹¹.

➤ L'emploi

Avec la stratégie d'emploi contenue dans le DSCE, le Gouvernement comptait réduire la portion du secteur informel dans l'activité économique nationale et générer dans le secteur formel des dizaines de milliers d'emplois par an. Mais, le déploiement de tous ces efforts n'aura pas permis d'enregistrer une amélioration globale de la situation de l'emploi. Le taux de sous-emploi s'est plutôt aggravé passant de 75,8% en 2005 à 77% en 2014¹².

Pour ce qui est de la reconversion des militaires, elle passe par une mise en œuvre des partenariats solides avec les structures qui offrent des formations visant à s'auto employer (agriculture, pisciculture...). A cet effet plusieurs activités sont menées dans le cadre de cette action pour conduire les militaires à une seconde vie et leur permettre d'avoir une vie décente à leur retraite. La prise en charge des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (ACVG) est faite sur toute l'étendue du territoire ; aussi bien en région que dans chaque Département. Le maillage territorial des unités permet un meilleur suivi et encadrement des ACVG¹³.

➤ EDUCATION

En raison de la pression démographique, la demande est de plus en plus forte dans tous les ordres d'enseignement.

Dans l'enseignement de base, le taux brut de préscolarisation est passé de 39% en 2017 à 36,8% en 2018. Ce fléchissement s'explique entre autres par l'instabilité sécuritaire qui sévit dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, qui enregistrent des perturbations importantes dans le fonctionnement de plusieurs établissements scolaires¹⁴.

Dans l'enseignement secondaire, le taux d'admission en première année a connu une croissance quasi linéaire passant de 52,4% en 2011 à 69,7% en 2016, avant de connaître une baisse significative en 2017 pour se situer à 55,4%. Cette baisse résulte de la crise sécuritaire que traversent les Régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et une partie de l'Extrême-Nord. Le poids relatif de l'enseignement technique et professionnel enregistre une décroissance de 22,2% en 2014 à 18,81% en 2017.

L'enseignement supérieur quant à lui a connu une croissance significative depuis l'an 2000 ; les effectifs sont passés de 196 461 en 2010/2011 à 353 840 en 2016/2017¹⁵.

Les taux de fréquentation scolaire sont généralement, plus élevés chez les garçons que chez les filles. Dans la Cible 4.1, l'objectif 4 des Objectifs de Développement Durable (ODD) est de faire en sorte que, d'ici 2030, toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, qui débouche sur un apprentissage véritablement utile. Cette égalité peut être mesurée par l'Indice de Parité de Genre (IPG) qui est le rapport entre le taux de fréquentation scolaire des filles et celui des garçons. Plus l'indice de parité est proche de 1, moins l'écart entre les taux de

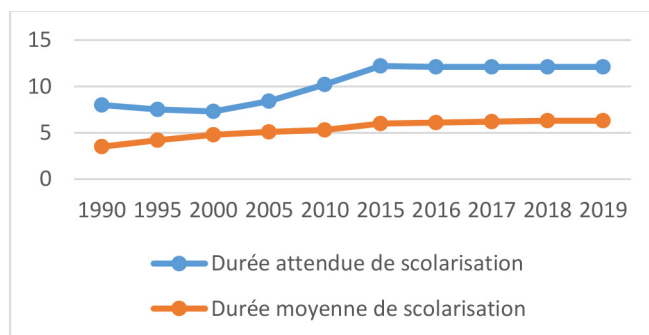


Figure 2 : Evolution de la durée moyenne de scolarisation et de la durée attendue de scolarisation au Cameroun de 1990 à 2019

Source : PNUD 2020, Rapport sur le développement humain 2020

fréquentation scolaire des filles et des garçons est important.

Dans l'enseignement primaire, le taux d'achèvement dans le cycle a connu une augmentation, passant de 73% en 2012 à 76,7% en 2016. Ce taux a connu une baisse sensible en 2017 (72,1%). En 2018, l'universalisation du cycle primaire s'est traduite par le renforcement de l'offre d'éducation au cycle primaire public, le soutien à la scolarisation de la jeune fille et, l'amélioration de la qualité de l'éducation dans les écoles primaires¹⁶.

S'agissant de l'Indice de Parité Genre (IPG), il est estimé à 0,95 pour le taux net et à 0,91 pour le taux brut au niveau primaire. Au niveau secondaire, il est respectivement de 0,91 et 0,88. Cela montre qu'au Cameroun, les filles fréquentent moins l'école que les garçons, et que l'écart est un peu plus marqué au niveau secondaire qu'au niveau primaire¹⁷.

De 2004 à 2011, au primaire le taux net de l'IPG a augmenté passant respectivement de 0,90 à 0,94. De 2011 à 2018, cet indice n'a presque pas varié (0,94 en 2011 et 0,95 en 2018). Pour le secondaire, cet indice est passé de 0,86 en 2004 à 0,96 en 2011. Par contre, de 2011 à 2018, cette tendance s'est inversée, l'indice passant de 0,96 à 0,91¹⁸.

L'on peut aussi constater que l'IPG varie selon la région, le milieu de résidence et le quintile de bien-être économique du ménage. Au niveau primaire, l'IPG pour le taux net n'est que de 0,88 dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord, alors qu'il dépasse 1 dans la région du Centre, y compris les villes de Yaoundé et de Douala. Au niveau secondaire, cet indice atteint encore ses valeurs les plus faibles dans les régions du Nord (0,57) et de l'Extrême-Nord (0,62). On constate aussi que l'IPG est toujours plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain.

La figure ci-après montre que l'évolution des durées moyennes et attendues de l'éducation sont relativement stables depuis l'année 2015.

➤ CONTEXTE CULTUREL²⁰

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires

des peuplades soudanaises, peuhls et bantus. Le pays compte près de 250 ethnies réparties en cinq grands groupes culturels :

- Les peuples des régions semi-arides du grand Nord de type Soudanais, Hamites et Sémites qui sont majoritairement musulmans, chrétiens ou animistes ;
- Les peuples des plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) de type semi-Bantu, généralement christianisés ou animistes ;
- Les peuples des forêts tropicales côtières (régions du Littoral, du Sud-Ouest et côte de la région du Sud), de type bantu, qui sont pour la plupart chrétiens et animistes ;
- Les peuples de la forêt tropicale équatoriale du Sud (régions du Centre, du Sud et de l'Est), de type bantu d'une part et les peuples semi-bantu, soudanais ou pygmées d'autre part. Dans ces groupes les religions prédominantes sont le christianisme et l'animisme.

3. SITUATION POLITICO-ADMINISTRATIVE

Le Cameroun compte 10 régions, divisées en 58 départements et 360 arrondissements. Au cours de la dernière décennie, des avancées majeures ont été enregistrées au plan institutionnel. En effet, le Sénat, chambre haute du parlement, a été mis en place et est pleinement fonctionnel. Il en est de même du Conseil constitutionnel. En outre, plusieurs textes ont été promulgués notamment la loi N° 2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal et la loi N°2019/024 du 24 décembre 2019 portant code général des Collectivités Territoriales Décentralisées. En matière de gouvernance locale, les premières compétences ont été transférées aux communes par l'État central en 2010. Conformément au principe de progressivité, en 2018, 63 compétences ont été transférées par 21 ministères. En ce qui concerne les atteintes à la fortune publique, le dispositif a été renforcé avec la création du Tribunal Criminel Spécial (TCS) par la loi N° 2011/028 du 14 décembre 2011 qui est opérationnel depuis 2012.

La loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 prévoit le transfert de compétences et de ressources aux communes. Dans le secteur de la santé, le décret N° 2010/0246/PM précise les compétences transférées aux communes. Il s'agit de la construction, de l'équipement et de la gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI). Par ailleurs, les Maires assurent la présidence des comités de gestion des Hôpitaux de District (HD) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), tandis que celle des Hôpitaux Régionaux (HR) et des Hôpitaux Centraux (HC) est confiée aux maires de villes. Cependant, le découpage administratif ne respecte pas toujours les limites du découpage sanitaire qui lui est basé sur le nombre d'habitants de la zone concernée.

4. VOIES DE COMMUNICATION

Le Cameroun dispose d'infrastructures de transport denses intégrant les réseaux routiers et ferroviaires. Le réseau routier s'est considérablement développé atteignant en 2012 près de 77 589 km, dont 5 133 seulement étaient revêtus. Le réseau routier est très peu entretenu ; par conséquent, il impacte négativement sur l'accès des populations aux soins et services de santé.

Le pays possède en outre un réseau aérien et un réseau maritime. Le réseau aérien compte (04) aéroports internationaux (Douala, Yaoundé, Maroua, Garoua) qui ne sont pas encore mis aux normes, et plusieurs aéroports secondaires, peu utilisés et souvent dégradés. Cette faible utilisation s'explique en partie par une compagnie nationale (CAMAIR-CO) sous-équipée et dont les performances doivent être améliorées. Quant au réseau maritime, le pays compte 04 ports autonomes : Douala, Garoua, Kribi et Limbe.

5. ACCES ET USAGE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

De 2005 à 2017, la proportion des ménages disposant d'un téléphone (fixe et/ou mobile) a augmenté, passant de 30,2% à 89,4%. Bien que la proportion des ménages disposant d'un accès à internet à domicile reste toujours faible, elle a atteint 15,6% en 2017. On note aussi qu'une personne sur dix a utilisé un ordinateur

et moins d'une personne sur deux (47%) a eu recours à internet à domicile pour consulter ses courriels, ses postes et ses messages instantanés. Avec un taux de pénétration croissant passant de 77% en 2014 à 82,8% en 2016, le téléphone mobile est devenu l'outil de communication le plus utilisé par les populations. Le nombre d'abonnés est passé de 15 895 millions à 20 131 millions entre 2014 et 2015.

Cependant, il convient de relever que les médias les plus utilisés restent la télévision et la radio. En effet, quel que soit le sexe, la télévision est le média le plus utilisé : 46 % d'hommes et 46 % de femmes regardent la télévision au moins une fois par semaine. La radio est le deuxième média le plus écouté (respectivement 18 % des femmes et 28 % des hommes). Toutefois, l'exposition aux médias varie de manière importante en fonction du milieu de résidence. En effet, près de huit femmes sur dix (79 %) vivant en milieu rural ne sont régulièrement exposées à aucun média, contre 26 % de celles qui vivent en milieu urbain. Le constat est similaire chez les hommes, les pourcentages étant respectivement de 71% et 27%.

Une frange non négligeable de la population n'est pas exposée aux médias. Ce chiffre a augmenté entre 2004 et 2018, passant de 45 % à 50 % chez les femmes, tandis que chez les hommes, il a plus que doublé passant de 18 % à 46 % au cours de la même période. Le problème est perceptible dans plusieurs régions. Celles de l'Extrême-Nord (88 % de femmes et 76 % d'hommes), du Nord (83 % de femmes et 76 % d'hommes) et de l'Adamaoua (68 % de femmes et 57 % d'hommes) enregistrent les pourcentages les plus élevés. Ce pourcentage est nettement plus faible dans les villes de Douala (10 % chez les femmes et 23 % chez les hommes) et de Yaoundé (10 % aussi bien chez les femmes que chez les hommes). On constate aussi que l'exposition aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et aux médias s'accroît avec le niveau d'instruction et le niveau de revenus. Par conséquent, l'information sanitaire n'est pas toujours accessible aux couches les plus défavorisées.

6. EQUITE ET JUSTICE SOCIALE EN SANTE

La valeur de l'Indice de Développement Humain (IDH) du Cameroun pour 2019 s'établit à 0.563 ce qui place le pays dans la catégorie « développement humain moyen » et au 153ème rang parmi 189 pays et territoires.

Entre 1990 et 2019, l'IDH du Cameroun a progressé, passant de 0.448 à 0.563 (soit une hausse de 25.7%). Cela s'explique par l'évolution des différentes composantes qui constitue cet indicateur. En effet, entre 1990 et 2019, l'espérance de vie à la naissance au Cameroun a augmenté de 5.9 années, la durée moyenne de scolarisation a augmenté de 2,8 années et la durée attendue de scolarisation a augmenté de 4.1 années. Le Revenu National Brut (RNB) par habitant a progressé de près de 15.5 % entre 1990 et 2019. L'on constate également que l'IDH du Cameroun (0.563 en 2019) est inférieur à la moyenne des pays du groupe à développement humain moyen, établie à 0.631, d'où la nécessité de poursuivre les efforts qui s'imposent pour améliorer les trois dimensions fondamentales du développement humain : une vie longue et en bonne santé, l'accès aux connaissances et un niveau de vie décent.

Il convient de préciser que, lorsque la valeur de l'IDH de 2019 est revue à la baisse pour tenir compte des inégalités, il descend à 0.375, soit une perte de 33.4 % due aux inégalités dans la répartition des indicateurs des dimensions de l'IDH. L'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) de 2019 montre clairement que les inégalités de niveau de vie, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus, au Cameroun sont encore assez préoccupantes. En effet, le coefficient d'inégalité du Cameroun (33,4%) est largement supérieur à la moyenne des pays à IDH moyen (26,3 %) et même la moyenne des pays de la région Afrique subsaharienne (30,5 %).

Près de 40% de femmes ont eu des problèmes d'accès aux soins de santé à cause de la distance qui les séparaient de la FOSA et 68% à cause du manque d'argent. Ce problème a varié en fonction du niveau de pauvreté, se faisant plus ressentir au niveau des quintiles les plus pauvres. Les régions de l'Est, du Nord et de l'Extrême-Nord sont celles où le problème s'est posé avec plus d'acuité.

Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins en fonction de la zone de résidence (entre le milieu rural et urbain). À titre d'exemple, seulement 53% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 90% en zone urbaine.

7. CONTEXTE HUMANITAIRE ET SECURITAIRE

Les mouvements de conflits et d'insécurité, observés dans le Nord-Est du Nigeria et en République Centrafricaine (RCA) ont des répercussions sur la sécurité des personnes et des biens dans les régions de l'Extrême Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est. A cela, s'ajoutent, les conflits internes et les mouvements d'insécurité observés avec plus d'acuités dans la Région de l'Adamaoua et dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-ouest.

Les statistiques disponibles montrent qu'en juin 2023, le Cameroun a enregistré environ 2 189 845 personnes relevant de la compétence du HCR dont 477 845 réfugiés et demandeurs d'asile, 1 066 254 Personnes Déplacées Internes (PDI) et 645 746 retournés (anciens PDI). Le nombre de réfugiés provenant du Nigeria et de la République Centrafricaine (RCA) étaient respectivement de 116 183 et 350 428 en juin 2023. La majorité des réfugiés centrafricains se retrouve dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua avec environ 350 428 réfugiés enregistrés par le HCR.

La dégradation de la situation sécuritaire dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et dans une partie de l'Extrême Nord a entraîné une augmentation considérable des déplacés internes. Cette situation est beaucoup plus ressentie dans les régions du Sud-Ouest (246 119 PDIs) et de l'Extrême-Nord (245 725 PDIs), augmentant ainsi le besoin en ressources humaines, et en infrastructures sociales y compris dans l'accès aux soins de santé. Il convient de relever que ces personnes vivant dans les zones en crises sont généralement exposées à la consommation abusive des drogues.

Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux du reste de la population, même s'il arrive que la prévalence soit plus élevée dans certains groupes spécifiques comme les nouveaux réfugiés, les femmes migrantes, etc. Dans les zones en crise humanitaires, l'on relève principalement des épidémies de rougeole, de maladies diarrhéiques (choléra, dysenterie...), des infections respiratoires sévères, du paludisme et de malnutrition. L'on relève également une forte prédisposition des populations de ces zones à consommer les drogues qui, par ailleurs favorisent l'apparition de problèmes psychiatriques et psychosociaux.

Lors des crises humanitaires, les traumatismes physiques rendent nécessaire la mise à disposition des soins spécialisés. En outre, la difficulté d'accès aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive dans les zones en crise favorise l'émergence des flambées des cas, en particulier du VIH/SIDA. A cela, l'on peut ajouter la tendance à la hausse du taux de consommation abusive des drogues dans ces zones, ce qui constitue un facteur favorable à la propagation des troubles liés à l'usage des drogues, des viols, de la prostitution, des cas de VBG et de multiples comportements à risques.

La réponse formulée à ces besoins de santé pour les personnes réfugiées, les déplacées internes, les communautés hôtes et les survivants constitue un défi. La plupart des personnels de santé intervenant en situation d'urgence n'a pas été formée pour répondre de manière efficace et efficiente aux situations d'urgence, que ce soit en matière de prévention ou de prise en charge des cas.

CHAPITRE 2

ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC

CHAPITRE 2 : ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC

2.1. ETAT DES LIEUX

La description de l'Etat des lieux sera articulée autour des 06 composantes que sont : (i) la coordination de la lutte, (ii) la réduction de l'offre ; (iii) la réduction de la demande ; (iv) la prise en charge des cas ; (v) la coopération. Celles-ci constituent les segments permettant de décrire de manière exhaustive la problématique de la consommation des drogues.

2.1.1. COMPOSANTE 1 : COORDINATION DE LA LUTTE

La lutte contre la drogue au Cameroun est coordonnée par le Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD). Dans son fonctionnement, il s'appuie sur les organes de travail que sont : le Secrétariat Permanent, les 06 Sous-comités, la Commission Multisectorielle Antitabac, les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), et les Organisations de la Société Civile (OSC).

Le Comité National de Lutte contre la Drogue est un organe consultatif placé sous l'autorité du Ministère en Charge de la Santé Publique et créé par décret N° 92/456 /PM du 24 novembre 1992. C'est une structure à vocation multisectorielle qui est chargée de la coordination et de l'examen de tous les problèmes relatifs à l'usage illicite des stupéfiants et à l'abus des drogues. Il comprend le secrétariat permanent et 06 sous-comités chargés respectivement de : (i) La Prévention, (ii) le Contrôle de l'offre et de la demande, (iii) la Législation ; (iv) la Répression, (v) la Réadaptation, (vi) enfin de la coopération internationale. Mais il convient de relever l'absence de démembrements du CNLD au niveau des Régions. En outre, le texte sus évoqué ne cadre plus complètement avec le nouveau contexte, fortement marqué par la décentralisation.

La lutte contre les drogues est multisectorielle : cependant le secrétariat permanent est l'instance de coordination nationale de toutes les activités. Les principaux sous-comités et les Organisations de la Société Civile sont chacun en ce qui les concernent tenus de mener les activités et de transmettre les rapports au Secrétariat Permanent. Il est également important de noter que le Secrétariat Permanent du CNLD assure le Secrétariat Technique de la Commission Multisectorielle Antitabac.

La faible coordination entre les différentes parties prenantes est un goulot d'étranglement qui entrave l'efficacité de la lutte contre ce fléau. A titre illustratif, le CNLD ne travaille en synergie ni avec les cellules aéroportuaires anti-trafic ni avec le un comité interministériel de lutte contre la culture du cannabis. A cela on peut ajouter le fait que les sessions du CNLD ne se tiennent pas régulièrement. En effet, après plus de deux décennies d'interruption, la dernière session du comité qui s'est tenue le 26 février 2021, a connu un écho favorable qui s'est matérialisé par la désignation des points focaux et des présidents des sous-comités dans les administrations concernées (MINREX, MINJEC, MINAS, MINCOM, MINTSS, DGSN, MINFI, MINSANTE).

Malgré les efforts cités ci-dessus énumérés, le niveau d'interaction entre les différentes parties prenantes à impliquer dans la lutte est encore très faible. L'effet synergie recherché et l'engagement de chaque partie prenante sont encore insuffisants. A titre illustratif, l'on pourrait relever la faible collaboration entre le CNLD et les structures en charge de la lutte contre la drogue au niveau des points d'entrées du pays. Autre exemple, l'absence de collaboration entre le comité interministériel de lutte contre la culture du cannabis et le CNLD. L'on pourrait également déplorer le fait que le MINSANTE ne soit pas membre de ce comité et n'y participe qu'en tant qu'invité. La principale conséquence qui en découle est la faible portée des interventions mises en œuvre. Bien plus, les multiples doublons conduisent l'Etat à être inefficace. En effet jusqu'à date, il est difficile de faire le bilan des ressources engagées par chaque administration dans le cadre de la lutte menée.

Par ailleurs, l'on constate aussi l'absence d'outils adaptés et conjointement validés par les parties prenantes dans le cadre de la lutte contre les drogues pour assurer la collecte et la remontée des informations. Cette faiblesse est observable auprès des acteurs qui ne se concertent pas au moment de la prise de décision et ne partagent pas les données. A ce problème, l'on pourrait ajouter le besoin de formation et de renforcement des capacités des différents acteurs.

L'absence d'un document de référence qui permet de fédérer les acteurs de lutte autour d'un ensemble d'objectifs communs ne facilite pas la coordination et la mobilisation des ressources nécessaires. Cette faiblesse a également des répercussions sur la disponibilité des informations stratégiques qui ne sont pas introduites dans le système d'information de routine. Les seules données disponibles sont celles produites par les grandes enquêtes telles que Global Youth Tobacco Survey (GYTS), le Global Adult Tobacco Survey (GATS) ou Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). A cela, l'on peut ajouter quelques études menées par les étudiants dans le cadre de la rédaction de leurs mémoires. Les données collectées en routine quant à elles sont quasi inexistantes. Celles qui sont produites ne sont pas validées et partagées par les acteurs. Toutefois, l'on pourrait apprécier les efforts consentis par les CSAPA et certaines ONG qui transmettent régulièrement leurs rapports d'activités au Secrétariat Permanent du CNLD.

En ce qui concerne le cadre juridique, le principal constat est qu'il connaît de nombreuses insuffisances au rang desquels sa faible opérationnalité et son application insuffisante. Cette faiblesse a pour conséquence directe, le faible recours aux injonctions thérapeutiques dans les tribunaux.

2.1.2. COMPOSANTE 2 : OFFRE DES DROGUES

2.1.2.1 Situation de l'offre des drogues illicites

- Situation en Afrique

Les données indiquent que le trafic de stupéfiants en Afrique continue d'augmenter. L'héroïne est acheminée en quantités croissantes vers la côte de l'Afrique de l'Est, transite par le continent en empruntant plusieurs routes vers l'Europe. La Banque mondiale considère le trafic de drogue comme l'un des risques les plus importants pour la consolidation de la paix dans les États en situation de post-conflit, de conflit et de fragilité, soulignant la nécessité de renforcer les contre-mesures en vue de contribuer à la paix et à la sécurité. Par ailleurs, La culture de cannabis est répandue sur le continent, de même que le trafic de résine de cannabis. A ce problème, l'on peut relever une augmentation de l'utilisation non médicale d'opioïdes sur le continent d'où la tendance à la hausse de la proportion de personnes traitées pour des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, y compris l'usage abusif de Tramadol. Cette situation s'explique notamment par la faible capacité des structures de régulation à assurer le contrôle des médicaments contenant des stupéfiants et des substances psychotropes.

- Situation au Cameroun

Au Cameroun, l'absence des données sur la situation du trafic des drogues et des troubles liés à l'usage des drogues rendent difficile l'appréciation de l'ampleur du phénomène sus évoqué. Cependant, l'on pourrait remarquer que les problèmes qui affectent le continent tout entier tels que présentés dans la Vision Stratégique de l'ONUDC pour l'Afrique 2030 sont également des réalités au Cameroun. En effet, jadis considéré comme zone de transit des drogues illicites, le Cameroun est actuellement statué comme pays de production et de destination. Il fait désormais partie des importateurs majeurs et constitue un point de transbordement pour le cannabis produit localement et dans d'autres pays africains.

En effet, selon le Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances de 2019, le Cannabis est la principale drogue cultivée et consommée au Cameroun que ce soit en milieu rural ou urbain. Les feuilles de cannabis sont préparées sous forme de filons de 5 à 20 g qui sont vendus entre 100 FCFA dans les zones de culture à 700 FCFA dans les villes éloignées.

Le même rapport montre que deux régions du Cameroun sont les principaux bassins de culture du cannabis à savoir : l'Ouest et le Nord-Ouest. Dans ces deux régions, tous les départements sont concernés par la culture du cannabis, mais on relève une très forte concentration dans les Départements de Bui et Ngo-Ketunjia dans le Nord-Ouest, le Noun et les Bamhoutos dans la Région de l'Ouest. Entre 2018 et le premier semestre 2019, près de 678,2 tonnes de cannabis ont été saisies au Cameroun, et plus de la moitié de ces saisies ont été effectuées dans la Région de l'Ouest. Dans les autres régions de la zone forestière du Cameroun, la culture de

cannabis se pratique dans les sites isolés, dans un à deux départements uniquement (Voir figure 3).

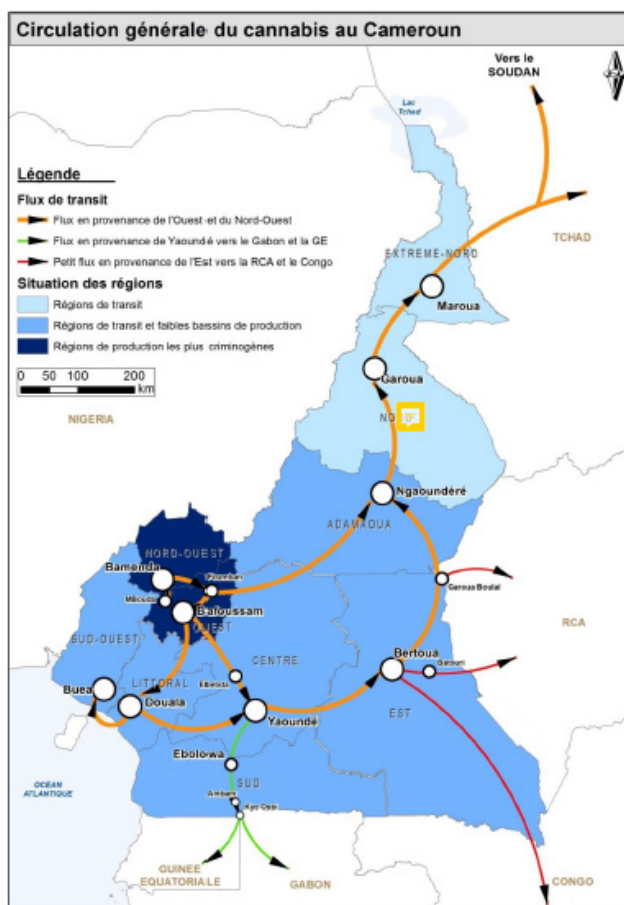
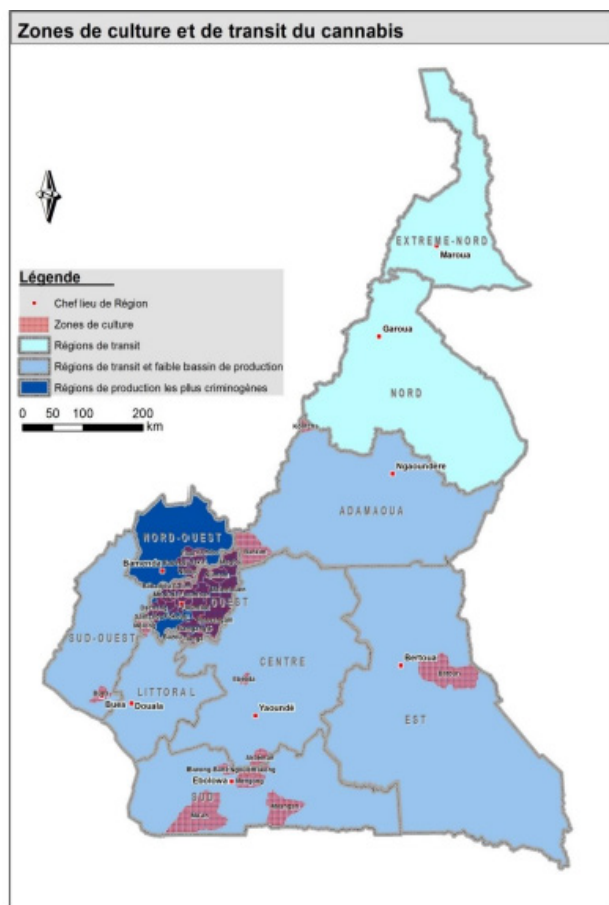


Figure 3: Zones de culture et de transit du Cannabis

Figure 4 : Zones de circulation générale du Cannabis au Cameroun

Source : **Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances**

Le trafic international du cannabis se fait principalement par voie terrestre. Le couloir principal étant le corridor Douala - Yaoundé - Bertoua - Ngaoundéré jusqu'à Djamena. Le ravitaillement de la RCA se fait par le même circuit à partir de Garoua Boulai. Un autre flux alimente le Gabon et la Guinée Equatoriale à partir de Yaoundé, en transitant par Ambam et Kyossi (Voir figure 4).

Les entrées des drogues au Cameroun se font à travers le Nigéria qui est le principal hub en Afrique de l'Ouest. Les trafiquants ont mis en place de nouvelles voies de transit qui passent par le Cameroun (par voie maritime à travers les ports de Tiko, Limbé et Idenau), avec pour principal point de chute la ville de Douala..

Les causes de la culture du cannabis et de trafic de drogues sont pour la plupart d'ordre économique. En effet, les cultivateurs de terrain par exemple, gagnent trois à cinq fois le salaire d'un ouvrier agricole, tandis que les promoteurs gagnent jusqu'à 100 fois le coût de leur investissement si la marchandise est vendue dans le marché final (Europe ou Moyen Orient). On peut tout de même déplorer le fait que les alertes concernant les comportements changeants et les modes opératoires des organisations criminelles impliquées dans le trafic illicite de drogues soient faiblement documentés et partagés entre les acteurs de lutte. Des efforts de collaboration entre les unités de police, la gendarmerie, la douane et le Comité National de Lutte contre la Drogue sont perceptibles mais restent insuffisants.

- Les moyens engagés pour la lutte

Pour répondre à ce phénomène, la politique nationale de lutte contre la drogue a plus mis l'accent dans la réduction de l'offre et particulièrement la répression. La répression a pour vocation première de décourager les comportements indésirables. Cependant, en matière de lutte contre la drogue, les dispositions juridiques actuelles ne sont pas suffisamment fortes pour y parvenir. Cela se traduit par la persistance du phénomène qui prend de l'ampleur et tend à se généraliser dans le pays. L'on peut déplorer à cet effet l'existence de nombreuses réformes juridiques non finalisées ou appliquées. A titre d'exemple, la Convention cadre pour la lutte antitabac a été ratifiée, mais les instruments de mise en œuvre de cette dernière n'ont pas encore abouti.

Selon le MINJUSTICE, 985 affaires concernant le trafic, la détention et la consommation du cannabis et des drogues en général ont été enregistrées dans les juridictions compétentes au cours de l'exercice 2018. On dénombre 227 affaires jugées (23% des affaires reçues), dont 223 condamnations ont été prononcées et 04 relaxes ou acquittements. L'incarcération systématique des criminels reste la tendance, bien que le cadre juridique dispose des peines alternatives liées aux délits mineurs. En effet, en plus des peines privatives, la loi N°2016-007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal, prévoit des peines alternatives applicables aux délits passibles d'un emprisonnement inférieur à deux ans ou d'une peine d'amende (article 26-1 et 26-1-1) mais elles sont faiblement mises en œuvre. Le faible recours aux peines alternatives s'explique en partie par la faible capacité des CSAPA à jouer pleinement leur mission de désintoxication et de réinsertion. Il devient de ce fait difficile d'appliquer le principe de proportionnalité de la peine pour les délits mineurs liés aux drogues, lequel implique que la peine prononcée soit fonction de la gravité de l'infraction et du degré de responsabilité du délinquant.

Des mesures ont également été prises pour assurer la prévention du détournement des substances chimiques contrôlées vers des activités illicites. C'est à cet effet que le pays a établi une série de mesures de contrôle parmi lesquelles : la Dérogation spéciale d'importation, l'Autorisation Officielle d'Importation, les endossements, les contrôles/inspections des structures de distribution et de fabrication ; les rapports trimestriels/estimations transmis à l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS), l'obligation des ordonnanciers et des carnets à souches, les visas techniques d'importation. De même, il existe des mécanismes pour assurer la mise en œuvre des mesures de contrôle des produits pharmaceutiques qui contiennent des précurseurs, des stupéfiants ou des substances psychotropes afin de prévenir leur détournement à des fins non médicales.

Entre 2016 et le premier semestre de l'année 2019, les services de sécurité ont saisi : 13,9 kg de cocaïne, dont 93,6% dans les villes de Douala et de Yaoundé. La quantité de l'héroïne saisie au cours de la même période a été estimée à 4,835 kg dont près de 80% dans la ville de Douala. La saisie de l'héroïne a été effectuée dans les seules Régions du Littoral, du Sud-Ouest et de l'Ouest. Pour ce qui est du cannabis, 20,415 ha de champs ont été détruits dans la même période, dont 20,1 ha dans la Région de l'Ouest et 3000 m² dans la Région de l'Est.

Parmi les autres substances psychoactives, saisies entre 2018 et 2019, l'on compte 177,5 kg de méthamphétamine dans la ville de Douala, 9125 comprimés et 600 cartons de diazépam dans les villes de Douala et de Bertoua. Malgré les chiffres sus-évoqués, il convient de préciser que le tramadol est la substance qui circule le plus au Cameroun après le cannabis.

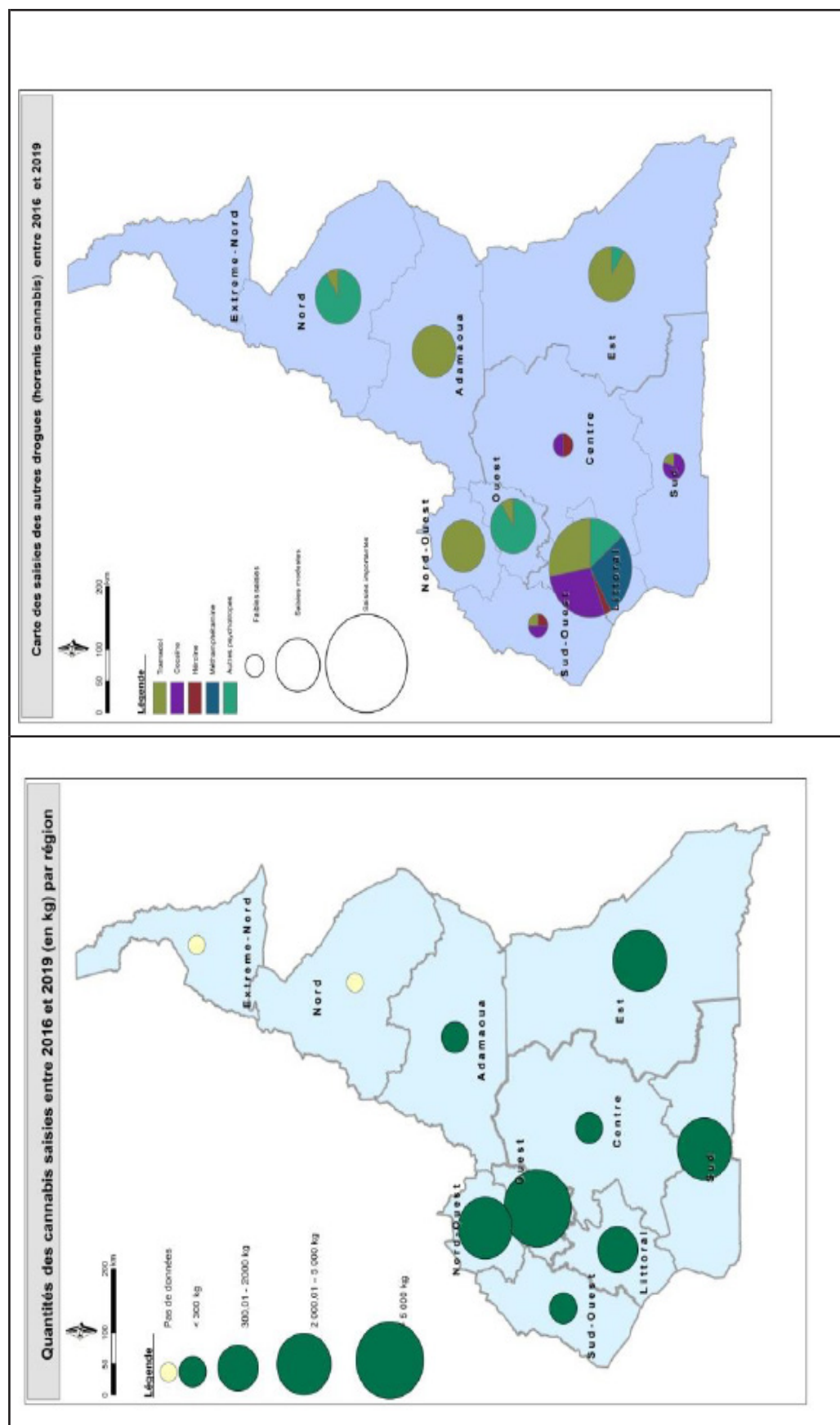


Figure 5 : Saisies du cannabis entre 2016 et 2019

Figure 6 : Saisies des autres stupéfiants entre 2016 et 2019
Source : Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances

2.1.2.2. SITUATION DE L'OFFRE DES DROGUES LICITES

Les principales drogues licites en circulation au Cameroun sont le tabac et l'alcool. A cela l'on pourrait ajouter les médicaments contenant des psychotropes ou des substances psychoactives destinées à soulager la douleur. Pour ce qui est du tabac et de l'alcool, les populations sont encore fortement exposées à leurs effets néfastes à la santé du fait de la faible application du cadre réglementaire y relatif. Il convient cependant de relever que l'abus de l'alcool et du tabac constituent à elles seules les principales causes des maladies transmissibles dues aux facteurs de risques modifiables. Parmi celles-ci on peut citer : l'Hyper Tension Artérielle (HTA), le Diabète et l'obésité.

- Offre des boissons alcoolisées

L'essentiel de l'offre des boissons alcoolisées est assuré par 01 firme qui depuis 2022 cumule près de 90% des parts du marché. Elle est concurrencée par deux entreprises locales qui se partagent les 10% du marché restant. Les entreprises brassicoles sus-évoquées ont des représentations sur la quasi-totalité du territoire national et leurs prix relativement bas, favorisent l'accès de toutes les couches sociales à ces produits. La conséquence étant la forte exposition de toutes ces populations aux risques liés à la consommation nocive de l'alcool. Il convient de relever que l'offre de ces sociétés brassicoles est essentiellement la bière.

Quant aux vins et spiritueux, la tendance est à l'importation. Entre 2015 et 2017, le pays a dépensé en moyenne 30 milliards chaque année pour l'importation des boissons et des liqueurs. En 2016, le pays a été classé 6^{ème} plus grand importateur de champagne en Afrique. En 2022, et selon les données du Trade Data Monitor, il a dépensé plus de 22,6 milliards de FCFA pour l'importation des vins. Ce chiffre est en augmentation de 1.5 milliard par rapport à l'année 2021 où il se situait déjà à 20,6 milliards. Les principaux fournisseurs du pays sont la France avec 71,03% des parts du marché, l'Espagne et la Belgique qui détiennent respectivement 13.5% et 9.2% des parts du marché. Le marché des spiritueux et des liqueurs est gangrené par la persistance des produits de contrebande et de fabrications douteuses disponibles à vil prix sur le marché. A cela s'ajoute la persistance de la distribution du whisky en sachet. Ce qui permet aux populations d'avoir un accès encore plus aisé à cette drogue.

Le tableau 1 ci-après montre que les quantités totales des boissons alcoolisées importées et de Vins/Moult ont été respectivement 19 037 865 litres et de 3 707 299 sur la période 2020-2022. Soit une moyenne de 6 345 955 litres et 1 235 766 litres respectivement. A l'observation, les quantités ont eu une tendance à la hausse en 2021 pour chacune de ces boissons.

Tableau 1 : Quantité de boissons alcoolisées importées de 2020 à 2022

Boissons (Volume en Litres)	2020	2021	2022	TOTAL
Boissons alcoolisées importées	5 349 517	7 798 139	5 890 209	19 037 865
Vin ou Moult de raisin	1 141 991	1 395 504	1 169 804	3 707 299

Source : DGD/MINFI 2023

Il existe également une offre de boissons artisanales fabriquées localement (« Arki », « Odontol », « Bili-Bili », vin de palme, vin de raphia, etc.) qui n'est pas contrôlée et n'obéit à aucune norme. Plus répandue en milieu rural, cette offre est encore moins coûteuse que la précédente et expose d'avantage les consommateurs à des risques sanitaires. Toutefois, certaines productions artisanales ont connu des améliorations et jouissent des autorisations de mise sur le marché.

- Situation de l'industrie du tabac au Cameroun

L'industrie du tabac au Cameroun est dominée par les sociétés étrangères et la majorité des produits est importée. L'offre est pour la plupart constituée de cigarettes. Une faible proportion de l'offre est constituée de la production locale. Celle-ci est généralement inhalée par les consommateurs et se trouve principalement en zone rurale. La zone urbaine quant à elle connaît une tendance à la hausse de la consommation du tabac

fumé par le biais des pipes à eau dénommées chicha et les cigarettes électroniques. On peut aussi relever que la norme devant réglementer la fabrication et la commercialisation des Produits Nicotiniques à Risque Réduit (PNRR) et autres gommes nicotiniques n'est pas encore adoptées. Par conséquent, la qualité des produits en circulation est difficile à assurer aux consommateurs qui se retrouvent fortement exposés à divers risques de maladies.

Tableau 2 : Quantité importée de tiges de cigarettes et de cigarillos de 2020 à 2022

Années	2020	2021	2022
Tiges de cigarettes et Cigarillos	1 356 490 993	1 252 774 614	20 776 796 859

Source : DGD/MINFI 2023

Suivant le rapport de la collecte et l'analyse de données et d'informations sur la taxe et les prix du tabac au Cameroun commanditées par l'OMS en 2021, les prix des paquets de 20 tiges de cigarettes varient entre FCFA 500 et FCFA 1250 pour les 13 marques identifiées. Cela permet d'estimer le total de taxes générées par le tabac (droits d'importation, droits d'accises, autres droits, TVA) à environ 35 625 510 183 FCFA au cours de la période 2018-2020.

Pour ce qui est de l'offre locale, il convient de reconnaître que le Cameroun est aussi un pays producteur du tabac. Le Ministère en charge de l'Agriculture et du Développement Rural (MINADER) depuis 2022 encourage la culture par l'octroi des subventions notamment à la Fédération des Planteurs de Tabac (FPTC) de la région de l'Est. La présence des industries du tabac est effective malgré le fait qu'elle soit marginale. Elle met en avant sa responsabilité sociale car génère environ 17 milliards de recette fiscale par an et se fait prévaloir comme un des pourvoyeurs importants d'emplois. Dans les communautés, l'industrie s'active à construire des points d'eaux potables et envisage de mettre en place un code de déontologie et d'éthique. Il n'existe cependant pas de mécanisme officiel permettant d'identifier et de dénoncer les activités de l'industrie du tabac. Toutefois, une plateforme d'échange sur les pratiques de l'industrie du tabac fait partie des activités de la Coalition Camerounaise Contre le Tabac (C3T).

- **Situation des produits pharmaceutiques contenant des psychotropes et des substances psychoactives**

Les psychotropes sont des substances chimiques (alcool, médicaments, etc.) qui agissent sur le psychisme. On distingue trois grands groupes de psychotropes résumés dans le tableau 3 ci-après. Les psychotropes (médicaments) sont soumis au contrôle international par l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) de ceux qui sont homologués au Cameroun. Pour les importations, il faut au préalable s'assurer que les produits possèdent des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) et doivent retirer le formulaire de demande d'Autorisation Officielle d'Importation (AOI) au bureau des Normes et de la Législation Pharmaceutique à la Direction de la Pharmacie, des Médicaments et des Laboratoires (DPML) et de le faire remplir par le pharmacien responsable d'un établissement agréé par le Ministère de la Santé Publique. Mais dans la pratique, le phénomène persistant du trafic illicite des produits pharmaceutiques contribue à exposer les populations à la consommation non contrôlée de ces substances.

Quant aux psychotropes à usage vétérinaire, ils doivent également avoir une autorisation de mise sur le marché et toute importation de médicaments vétérinaires ou de matières premières est subordonnée au visa du Ministre de l'Elevage de la pêche et de l'industrie animale (Loi N° 2000/018 du 19 décembre 2020 portant réglementation de la pharmacie vétérinaire au Cameroun). La procédure ici consiste à adresser des commandes auprès des laboratoires fabricants et centrales d'achats étrangers. En réponse à la commande, le fournisseur envoie aux grossistes une facture pro-forma comportant le prix des produits commandés, la date de livraison et le délai de confirmation. Celui-ci à son tour dépose une facture pro-forma au MINCOMMERCE puis au MINEPIA en vue de l'obtention d'un visa d'importation, qui sera présenté aux services des Douanes au moment de la réception des produits. Tout comme on le constate avec la santé humaine, le phénomène persistant du trafic illicite des psychotropes à usages vétérinaires constituent une source de risque d'exposition des populations. A cela, l'on peut ajouter comme faiblesse l'absence d'AMM de plusieurs produits psychotropes.

Tableau 3 : Classification des psychotropes

GROUPES	CLASSE	EXEMPLES
Psycholeptiques (produits qui diminuent le tonus psychique)	Hypnotiques	Barbituriques Non Barbituriques Benzodiazépines Phénothiazines Autres
	Anxiolytiques	Benzodiazépines Carbamates Alcools
	Neuroleptiques Thymorégulateurs	Lithium Depamides Tegretol
Psychoanaleptiques (Produits qui stimulent le tonus psychique)	Antidépresseurs	Tricycliques IMAO ISRS
	Psychostimulants	Amphétaminiques Amphétamines Anorexigènes Non Amphétaminiques Café, Vitamines...
Psychodysleptiques (Produits qui perturbent l'activité psychique)	Hallucinogènes	Mescalines Psylocybine Ac.Lysergaminique
	Stupéfiants	Morphiniques Tetra Hydrocannabinol Cocaïne
	Enivnants	Alcool Ether Solvants

- **Mécanisme de contrôle en place**

Le contrôle de l'offre de l'alcool est régi par le décret N° 90/1483 du 9 novembre 1990 fixant les conditions et les procédures d'exploitation pour des débits de boissons. L'accent sur la prévention de l'alcoolisme chez les jeunes a été mis en 1998 avec une interdiction de vente et de consommation des produits alcoolisés dans les établissements scolaires et leurs périphéries par la loi N° 68/004 du 4 avril 1998 relative à l'orientation scolaire au Cameroun. Dans le même sens, l'article 14 du décret N°90/1483 du 09 Novembre 1990 interdit l'ouverture des débits de boissons à proximité des établissements scolaires, des milieux hospitaliers et des églises. En 2006, un autre pan de la prévention de l'usage nocif de l'alcool a été amorcé avec la promulgation de la loi N° 2006/018 du 29 décembre 2006 régissant la publicité au Cameroun qui stipule que les publicités en faveur des boissons alcoolisées sont soumises à des restrictions dont les modalités sont fixées par voie réglementaire. Cependant, il est possible de constater que les textes sus-évoqués ne sont pratiquement pas mis en œuvre. Cette situation contribue à amplifier le nombre de nouveaux cas et favorise le contact précoce des adolescents avec les drogues. Néanmoins, l'augmentation des droits d'accises sur les boissons alcoolisées contribue à lutter contre les externalités négatives liées à la consommation nocive de l'alcool.

S'agissant du tabac et ses conséquences sur la santé, la 56^{ème} Assemblée de l'OMS a adopté en mai 2003 la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT). Depuis lors, cette convention a été ratifiée par 177 Etats parties dont le Cameroun. Les principales dispositions de cette convention militent en faveur : (i) de

l'augmentation des droits d'accises et des prix ; (ii) du développement des politiques relatives à l'interdiction de fumer ; (iii) de l'interdiction de la publicité, des campagnes de promotion et du parrainage dans les médias.

La mise en œuvre de ces dispositions est partielle au Cameroun. De nombreux efforts sont encore à fournir en ce qui concerne l'augmentation des droits d'accises et des prix ainsi que l'interdiction des campagnes et des publicités en faveur du tabac. Dans le même sens, malgré l'instruction donnée aux Gouverneurs des Régions à titre conservatoire d'interdire la consommation de la chicha /pipe à eau, la mesure reste faiblement appliquée.

2.1.3. COMPOSANTE 3 : DEMANDE DES DROGUES

2.1.3.1. Situation dans le monde

La consommation des drogues reste élevée dans le monde. En 2021, près d'une personne sur 17 âgée de 15 à 64 ans dans le monde avait consommé une drogue au cours des 12 derniers mois. Le nombre estimé d'utilisateurs est passé de 240 millions en 2011 à 296 millions en 2021 (5,8 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans). Il s'agit d'une augmentation de 23 %, due en partie à la croissance démographique. D'ici 2030, l'ONUDC estime une augmentation de 40% du nombre d'usagers de drogue en Afrique.

2.1.3.2. SITUATION AU CAMEROUN

- Consommation du tabac

Selon l'enquête EDS 2018, la proportion de femmes de 15-49 ans qui fument du tabac est extrêmement faible (0,3 %). Chez les hommes de la même tranche d'âges, 8 % fument du tabac, essentiellement des cigarettes. Dans 6 % des cas, les hommes ont déclaré fumer tous les jours et 3 % de manière occasionnelle. Parmi les hommes de 15-49 ans qui fument des cigarettes tous les jours, 28 % en fument moins de cinq par jour mais 72 % en fument, en moyenne, au moins 5 cigarettes par jours. La consommation du tabac non fumé est marginale aussi bien parmi les femmes (1 %) que parmi les hommes (1%). Au total, 1 % des femmes et 9 % des hommes de 15-49 ans consomment du tabac, quelle qu'en soit la forme.

La même enquête révèle que la proportion d'hommes de 15-49 ans qui consomment des cigarettes a diminué entre 2011 et 2018, passant de 14 % à 8 %. Chez les femmes par contre, cette proportion est restée presque identique. Par ailleurs, la proportion d'hommes qui fument du tabac augmente avec l'âge, passant de 2 % à 15-19 ans à 15 % à 45-49 ans. Cette tendance est également observée pour la consommation de cigarettes.

Sur le plan de la répartition géographique du phénomène, il ressort que, la proportion d'hommes qui fument du tabac est légèrement plus élevée en milieu rural (10 %) qu'en milieu urbain (7 %). La région de l'Est enregistre la proportion la plus élevée d'hommes qui fument du tabac (19 %) contre 4 % dans l'Adamaoua.

Enfin, la proportion d'hommes qui fument du tabac est plus élevée chez ceux ayant le niveau d'instruction primaire (13 %) que chez les autres, en particulier que chez ceux ayant le niveau supérieur (3 %). Cette proportion par contre diminue du quintile de bien-être économique le plus bas au quintile le plus élevé, passant de 12 % à 6 %.

- Consommation de l'alcool

La consommation de l'alcool était estimée en 2016 à 8,9 litres d'alcool pur par personne et par an chez les plus de 15 ans, et à 22,6 litres chez les buveurs uniquement. La prévalence de l'alcoolisme est de 4 % chez les hommes contre 0,9% chez les femmes. Celle des maladies liées à l'alcool est estimée à 9,5% chez les hommes et 1,9% chez les femmes. La prévalence de la consommation excessive d'alcool (consommation d'au moins 60 grammes d'alcool pur en une fois au cours des 30 derniers jours) est de 18,7 % dans la population totale (15+), et de 47,4% chez les buveurs uniquement.

Le nombre de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui consomment de l'alcool est une source de préoccupation croissante en Afrique. Les jeunes qui commencent à consommer de l'alcool et adoptent des modes de consommation nocifs sont plus susceptibles de continuer à consommer de l'alcool et courent un risque accru de contracter un très grand nombre de maladies attribuables à l'alcool. La Région africaine est la seule Région de l'OMS qui enregistre une augmentation de la consommation totale d'alcool par habitant.

- Problème de la consommation des drogues chez les adolescents et les jeunes

Des données plus récentes du Comité National de Lutte contre la Drogue, publiées en 2022, montrent que 21% de la population camerounaise en âge scolaire a déjà consommé de la drogue. La couche vulnérable oscille entre 15 et 25 ans et ces substances circulent sous des formes les plus inattendues. En effet, en 2017, on relève que 82,1% des élèves ont déjà consommé de l'alcool dans leur vie, 25,6% ont déjà fumé une cigarette, 46,2% ont déjà fumé la chicha et 6,1% ont déjà consommé le tramadol. Le tramadol est la drogue qui fait de plus en plus de ravages au Cameroun, surtout dans les milieux jeunes. Ce sont les jeunes âgés de 20 à 24 ans qui sont les plus concernés. Certains élèves participent au trafic des stupéfiants au sein des établissements scolaires.

La figure 7 ci-après montre que la consommation des drogues en milieu jeune concerne d'avantage les garçons que les filles. Dans l'ensemble, 76% des garçons enquêtés consomment des drogues contre 24% de filles.

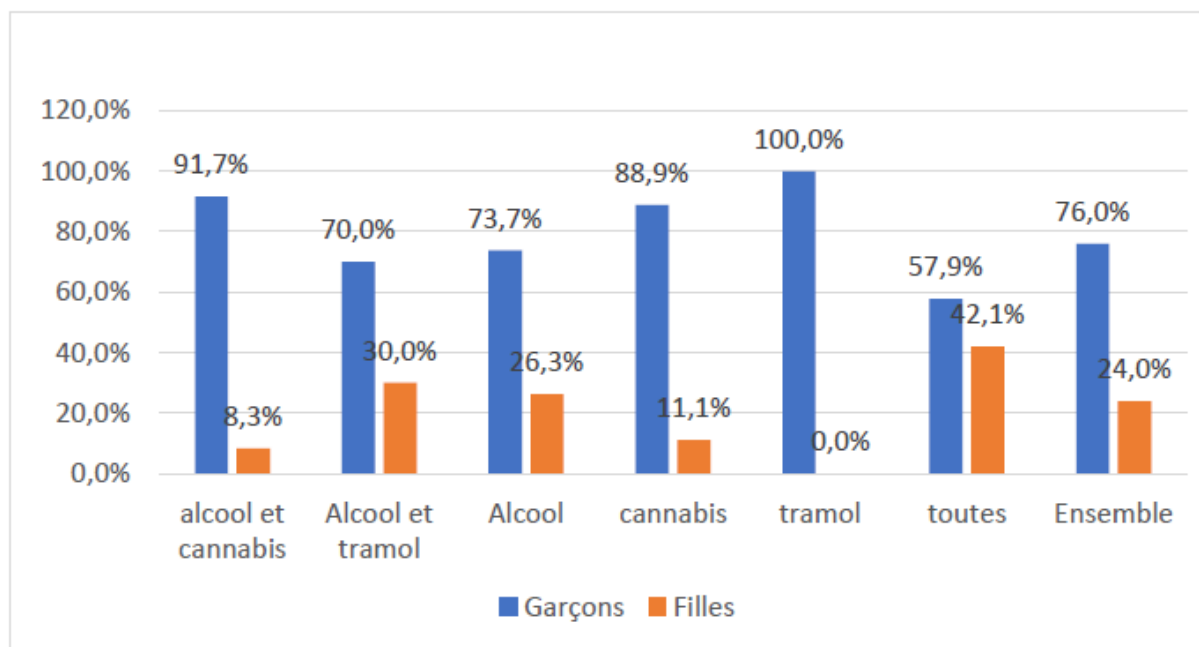


Figure 7 : Répartition par sexe de la consommation des drogues chez les jeunes

Source : Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances (2019).

Une enquête menée en juin 2017 dans deux collèges confessionnels de la ville de Yaoundé réputés pour leur discipline et leur performance académique a reporté que 87,14% des élèves âgés affirment avoir déjà consommé de l'alcool dans leur vie ; 25,55% la cigarette ; 46,24% la chicha et 6,11% le tramadol. Dans les 12 derniers mois ayant précédé l'étude, la drogue la plus consommée par les répondants était l'alcool (72,41%) suivie de la Chicha (37,24%), de la cigarette (19,01%) et du tramadol (5,34%). En considérant les 30 jours qui précèdent l'application du questionnaire, la drogue la plus consommée est l'alcool (45,06%) suivie de la Chicha (20,62%), de la Cigarette (11,66%), du tramadol (3,53%).

Une autre étude menée dans 3 établissements universitaires de la ville de Buea en 2019 a trouvé une prévalence globale de la consommation des stupéfiants de 90%, parmi lesquels la prévalence de la polyconsommation

était de 29,9 %. Les substances les plus consommées étaient le tabac (26,2 %), l'alcool (19,7 %), le tramadol (2,8 %) et le cannabis (2,0 %).

- **Problème de la consommation des drogues dans le domaine du sport, de l'art et de la culture**

Le phénomène de drogue est réel dans le milieu sportif, aussi bien dans le domaine amateur que celui de haut niveau. Les chiffres sont ceux issus des contrôles antidopage qui se sont avérés positifs. Seuls les résultats de contrôle de dopage positif permettent de confirmer la consommation des drogues chez un sportif. L'Agence Mondiale Antidopage (AMA) précise clairement les éléments de cadrage d'un contrôle positif dans le code mondial antidopage. Au Cameroun, c'est l'Organisation Camerounaise de Lutte contre le Dopage dans le Sport (OCALUDS) qui se charge des contrôles antidopage chez les sportifs. Mais il peut arriver qu'un autre organe le fasse, par exemple lors de la Coupe d'Afrique des Nations (CAN) 2021 qui s'est tenue à Yaoundé, c'est la Confédération Africaine de Football (CAF), responsable de l'évènement qui a effectué les tests antidopage.

En 2011, 41 contrôles ont été fait par l'OCALUDS et aucun n'était positif. Entre 2019 et 2023 dix-sept (17) athlètes, deux (02) cyclistes et quatorze (14) pratiquants de Sambo, tous camerounais ont été contrôlés par l'OCALUDS et les résultats se sont avérés négatifs. Les résultats positifs chez les athlètes sont assez rares, il faut parfois en réaliser une centaine pour avoir un cas positif. Le coût onéreux des tests rend difficile la réalisation des contrôles à la totalité des sportifs, qu'ils soient professionnels ou amateurs. C'est ainsi que la sensibilisation et l'éducation sont prioritaires. Au MINSEP, la sous-direction de la médecine du sport organise en collaboration avec l'OCALUDS les causeries éducatives lors des grands évènements sportifs. Parmi les plus récents, les sensibilisations organisées chez tous les sportifs et toute la délégation retenue pour les jeux du Commonwealth en juillet 2022, le 16^{ème} championnat d'Afrique de Sambo, la 26^{ème} édition des jeux universitaires et, les jeux de la francophonie. Dans le domaine de l'art et de la culture, le phénomène de drogue y est perceptible, mais un mécanisme de collecte et de remontée des informations y relatif n'est pas encore en place. A cela, l'on peut ajouter le fait que très peu d'initiatives sont entreprises pour lutter contre les drogues dans le domaine de l'art et de la culture.

- **Mesures de contrôles mises en place**

La promotion de la santé est un axe important pour réduire le nombre de nouveaux cas. Elle constitue l'un des axes majeurs de la stratégie sectorielle de santé. En effet, depuis la prise en compte de la promotion de la santé dans la cartographie des programmes du ministère de la santé publique, les initiatives gouvernementales pour favoriser l'adoption des comportements sains et favorables à la santé sont de plus en plus nombreuses. Dans le cas spécifique de la lutte contre les drogues, beaucoup reste à faire. Les programmes de réduction de la demande devraient être conçus de manière à répondre aux besoins de la population en général ainsi qu'à ceux de groupes particuliers.

Les activités de prévention de mesurages de substances psychoactives mises en œuvre au Cameroun sont celles définies dans le document de stratégie nationale de prévention et de répression de la culture, du tabac et de la consommation du cannabis et autres substances psycho actives élaboré par le Comité Interministériel de lutte contre la culture du Cannabis en avril 2017. Il est important de noter que ce Comité est un organe placé sous la Présidence du Premier Ministre et coordonné par le Secrétaire Général des Services du Premier Ministre.

Afin que le Comité puisse réaliser ses missions, le Secrétaire Général des services du Premier Ministre adresse en début de chaque année des correspondances à chaque sectoriel déclinant les activités qu'il doit mener. Le suivi de la mise en œuvre de ces activités est réalisé au travers des rapports trimestriels. Les parties prenantes impliquées dans la prévention de la consommation des substances psychoactives sont définies le décret N° 92/456/PM DU 24 novembre 1992 portant création et organisation du Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD), article 4 alinéa 1. Il s'agit du MINAS, MINJUSTICE, MINTS, MINDEF, MINPROFF, MINREX, MINJEC, MINAT, MINESEC, MINEDUB, MINESUP, MINCOM, MINCOMMERCE, MINMIDT, MINEPDEDD, MINADER, MINCULT, MINFI, DGSN. Ces structures sont accompagnées par les acteurs de la société civile.

Le CNLD et les CSAPA sont aussi des acteurs très importants dans le cadre de cette lutte. En effet, suivant l'arrêté N° 0116/MSP du 06 décembre 1995 portant création et fixant les modalités de fonctionnement des

organes de travail du CNLD, article 7, le ministère chargé de la jeunesse assure la présidence du sous-comité de la prévention. Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ont été créées par arrêté N° 0261/MINSANTE du 29 janvier 2015.

Les Collectivités locales restent un maillon essentiel dans la lutte contre la drogue. Des activités de plaidoyers devraient être menées pour l'implication des maires et de tous les élus locaux dans l'élaboration des stratégies de prévention, de prise en charge et de l'accompagnement des victimes d'abus de drogue. De même, le Gouvernement de la République devrait également mobiliser beaucoup plus de moyens pour la mise en œuvre des interventions de prévention dans les communautés. D'autres activités de plaidoyers doivent être adressées auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour leur implication dans la lutte contre la consommation de drogue dans notre pays.

Les parties prenantes comme : les grandes écoles, les départements ministériels, les projet/programmes de développement, les laboratoires de recherches, les différentes composantes de la société civile, sont insuffisamment engagées dans la lutte. En effet, conformément au décret N° 92/456/PM DU 24 novembre 1992 cité précédemment, tous les sectoriels et les institutions universitaires d'enseignement et de recherche doivent être impliqués dans la prévention de mésusage des substances psychoactive. Mais, dans la pratique, si quelques recherches sont menées dans les institutions universitaires (sociologies et faculté de médecine) la mise en œuvre des activités doit encore être évaluée. Par exemple, les usagers de drogues constituent une population clé de lutte contre le VIH/SIDA, mais, les activités du CNLS n'impliquent pas suffisamment le CNLD encore moins les CSAPA dans les hôpitaux. De même, la collaboration entre le MINESEC et le CNLD pour la lutte contre l'usage de drogue en milieu scolaire laisse à désirer.

Au cours des dernières années, il a été possible d'enregistrer des bonnes pratiques. D'après le Rapport - bilan des activités du Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre la Drogue 2021, la mobilisation des organisations de la société civile, des communautés nationales a été le principal facteur de succès de lutte contre la drogue. Toutefois, l'évaluation des interventions de préventions implémentées par les acteurs devrait être faite pour identifier les bonnes pratiques.

Les difficultés rencontrées quant à elles viennent du fait que la lutte contre l'usage des substances psychoactives est essentiellement répressive. La croyance populaire continue à considérer les usagers de drogues comme « des délinquants, des perdus voire des ratés ». Cette stigmatisation sociale constitue la principale difficulté dans la mise en œuvre des activités de prévention. Il est aussi important de relever que les ressources déployées pour les activités de prévention de mésusages de drogue restent faibles. A cette situation l'on peut ajouter le fait que les structures de coordination dans les régions ne sont pas mises en place. Au niveau central, Le CNLD n'est pas suffisamment impliqué dans les activités des autres sectoriels.

Dans le même sillage, le Gouvernement a dû développer des mesures nationales visant à s'attaquer au défi des nouvelles substances psychoactives et à la menace des stimulants de type amphétamine. L'approche a principalement consisté à mettre sur pied des structures spécialisées dans la lutte contre la drogue notamment : le Comité National de Lutte contre la Drogue, les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, l'Inspection Générale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires, la Sous-Direction de la santé Mentale de la Direction de la Promotion de la Santé, le Bureau des stupéfiants à la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires, le Laboratoire National de Contrôle Qualité et D'expertise. Ces structures s'activent principalement dans les activités de sensibilisation notamment lors de la Commémoration de la Journée Internationale de lutte contre la Drogue ainsi que la journée mondiale sans tabac, dans le milieu scolaire et auprès des couches.

2.1.4. COMPOSANTE 4 : PRISE EN CHARGE DES CAS

Selon le Rapport mondial sur les drogues 2021, publié par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le nombre de personnes consommant des drogues a augmenté de 22 %, en raison notamment de la croissance démographique mondiale. Sur la base des seuls changements démographiques, les projections actuelles suggèrent une augmentation de 11% du nombre de personnes qui consomment des drogues dans le monde d'ici 2030 et une augmentation marquée de 40 % en Afrique, en raison de sa popula-

tion jeune et en croissance rapide. Selon les dernières estimations mondiales, environ 5,5 % de la population âgée de 15 à 64 ans a consommé des drogues au moins une fois au cours de l'année écoulée, tandis que 36,3 millions de personnes, soit 13% du nombre total de personnes qui consomment des drogues, souffrent de troubles liés à la consommation de drogues.

Au Cameroun, la consommation abusive des substances psychoactives est observée dans tout le pays. Cette situation est perceptible par les chiffres présentés dans les rapports d'enquête liés à ces phénomènes. Le Cameroun a mis en place plusieurs moyens pour la prise en charge des personnes victimes de drogues. En effet, 24 centres d'accueil et d'orientation en addictologie sont fonctionnels au Cameroun, dont 19 publics et 5 privés. Ces centres ont reçu entre 2016 et 2017, 2100 patients victimes d'abus de consommation de drogues. 71% des personnes qui se présentent aux centres d'accueil pour cause d'addiction liée à la consommation des drogues sont âgées de 29 ans au plus. Pour certaines substances psychoactives comme le tramadol, les consommateurs sont particulièrement jeunes. L'âge moyen de personnes présentées dans les centres pour cause d'addiction liée au tramadol est de 17,5 ans. La figure 8 ci-après montre que les personnes âgées entre 20 et 24 ans sont celles qui ont été le plus reçues dans les CSAPA (26,7%), elles sont suivies de près par les jeunes âgées entre 25 et 29 ans (25,6%).

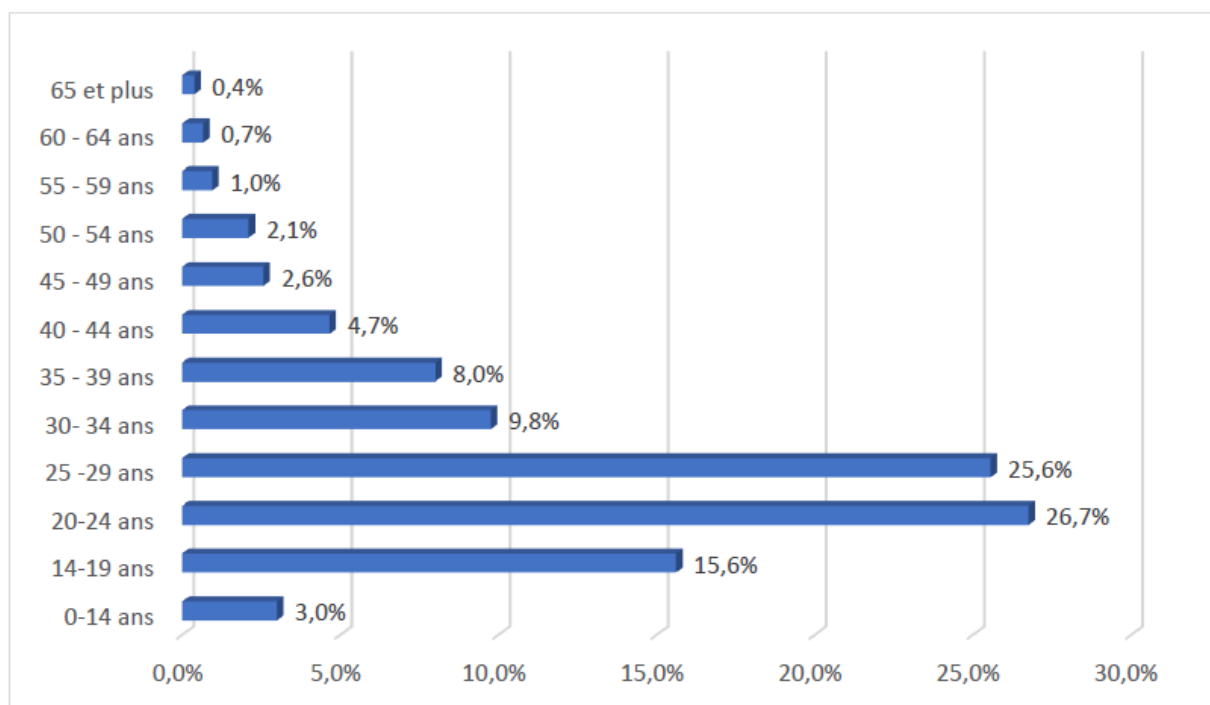


Figure 8 : Répartition des patients reçus dans les centres d'accueil en 2016 et 2017 par âge

Source : Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances (2019).

Le dispositif de prise en charge et de réinsertion sociale est actuellement assuré par les Centres de Soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) mis en place par l'**arrêté N°0261/MINSANTE du 29 Janvier 2015 partant création, organisation et fonctionnement des CSAPA**. En effet, comme le stipule le texte sus-évoqués, la mission des CSAPA est d'assurer pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que leur entourage : (i) l'accueil, l'information ; l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ; (ii) la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ; (iii) la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

A date, le pays dispose de 19 CSAPA répartis sur le triangle national tel qu'illustré par le tableau 4. Cependant, le fonctionnement de ces structures est embryonnaire. De nombreux efforts sont encore à consentir par le

Gouvernement et ses partenaires à divers niveaux parmi lesquels : (i) l'offre de service ; (ii) l'assurance qualité ; (iii) les ressources matérielles et humaines ; l'information sanitaire ; le financement ; et l'approvisionnement en médicaments.

Tableau 4 : Géo répartition des CSAPA sur le triangle national

REGIONS	CSAPA	REGIONS	CSAPA
1. SUD	CSAPA HRef Sangmelima CSAPA HR Ebolowa	2. ADAMAOUA	CSAPA HR Ngaoundere
3. SUD-OUEST	CSAPA HR Buea CSAPA HRA Limbe	4. OUEST	CSAPA HR Bafoussam
5. CENTRE	CSAPA HCY CSAPA HRA Ayos CSAPA HJY	6. EST	CSAPA HR Bertoua
7. N O R D - OUEST	CSAPA HR Bamenda	8. LITTORAL	CSAPA HRA Edea CSAPA HLD CSAPA HRA Nkongsamba
9. NORD	CSAPA HR Garoua	10. EXTREME-NORD	CSAPA HR Maroua CSAPA HRA Mokolo CSAPA HRA Yagoua CSAPA HRA Kousseri

Source : CNLD 2022

Situation de l'offre de service

L'expertise requises est très peu disponible car plusieurs interventions sont requises à divers milieux notamment : milieu familial ; scolaire ; professionnel; environnemental et communautaire. Il est également important d'envisager des interventions de prévention basées sur les médias. D'autre part, la mise en œuvre de la politique de Réduction des Risques et des Dommages en lien avec l'usage des drogues faciliterait l'accès aux personnes dépendantes aux drogues vivant dans la rue et victimes de stigmatisation, elle participera aussi au renforcement des capacités des acteurs communautaires en matière de prise en charge en communauté. Les efforts consentis au cours des dernières années à travers le Plan Colombo ont permis d'assurer la formation des professionnels de traitement de la toxicomanie. A date, le système dispose de 32 formateurs de formateurs. Ces derniers sont répartis tels que résumé par le tableau 5 ci-après :

Tableau 5: Répartition des professionnels de traitement des troubles liés à l'usage des drogues formés dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Colombo

INTITULE	NOMBRE	INTITULE	NOMBRE
NIVEAU CENTRAL MINSANTE	05	NORD OUEST	04
CENTRE	13	SUD OUEST	03
MINESEC	01	SUD	02
OUEST	03	EST	01
TOTAL	22	TOTAL	10

Source : SDSM (Plan COLOMBO 2020)

En plus des CSAPA il existe des OSC qui contribuent à la PEC à travers des échanges d'expérience, des groupes de paroles et des causeries éducatives. Ces derniers agissent en collaboration avec les FOSA privées et les groupes identitaires.

Les problèmes identifiés en matière d'offre de service sont quasiment les mêmes d'une région à l'autre. De manière générale, l'on constate l'absence de locaux qui soient propres aux CSAPA. Dans la plupart des cas, ces structures partagent les locaux des services de santé mentale. Cette situation contribue significativement à réduire la fréquentation des CSAPA du fait de la stigmatisation des patients qui se retrouvent aisément assimilés aux patients souffrant de troubles mentaux.

A ce problème l'on peut ajouter la faible disponibilité de l'équipement et des ressources humaines dédiées. Ces lacunes ne militent pas en faveur de la disponibilité des soins et de services de qualité. Par ailleurs, la faible qualité de l'offre de service des CSAPA peut s'expliquer en raison des insuffisances managériales induites du tutorat exercé sur ces structures par les hôpitaux régionaux.

A quoi vient s'ajouter la question des frais de prise en charge au sein de ces CSAPA qui ne sont pas à la portée des couches les plus vulnérables à savoir les enfants de la rue, les orphelins, les prisonniers, les ex prisonniers et les consommateurs de drogues vivant avec le VIH.

Le dispositif actuel de prise en charge présente quelques limites parmi lesquelles : (1) l'absence d'unités spécifiques pour la prise en charge des addictions aux substances psychoactives ; (2) l'absence de personnels spécifiquement formés, notamment lorsque la prise en charge concerne des polyaddictions, ou encore les addictions doublées de crimes tels que le viol, le vol et le meurtre; (3) la rareté, voir l'indisponibilité des kits de dépistage des drogues dans les urines pour la précision du diagnostic toxicologique, (4) l'absence de médicaments spécifiques d'aide au sevrage.

Dispositif d'assurance qualité

Les CSAPA ne disposent pas de normes ou de protocoles validés pour la prise en charge des cas. Pourtant, la disponibilité des normes de qualité des soins et des services en matière de prise en charge permet de suivre et de garantir la qualité des soins qui sont administrés. En outre, il n'existe pas de comité en charge de la qualité des services et des soins dans les CSAPA. Cependant certains notamment celui de Bertoua bénéficie des services du comité thérapeutique de l'HR qui a les attributions de suivi évaluation de la qualité des services et des soins. Le chef de centre est membre consultatif dudit comité.

Situation des Ressources Humaines

Les CSAPA sont faiblement dotés en ressources humaines (Cf. tableau ci-dessous). La majorité est doté d'un seul personnel ce qui ne permet pas d'assurer le service requis. Le besoin exprimé en ressources humaines par les chefs de centre révèle une absence notoire des psychologues, des médecins spécialistes, les agents de santé communautaire et les travailleurs sociaux. Parmi les personnels disponibles, la plupart ne disposent pas toujours de toute l'expertise nécessaire pour assurer une prise en charge adéquate des cas. Les formations continues et les recyclages sont très peu organisés d'où le risque avéré d'amnésie des savoirs. La quasi-totalité des chefs de CSAPA affirme n'avoir pas bénéficié de renforcement de capacités pour assurer efficacement leurs fonctions. La situation est presque identique pour le personnel communautaire qui n'intervient pas encore dans le domaine. De ce fait, les outils, le matériel et les formations qui devraient sous-tendre l'implication de ces acteurs n'ont pas encore fait l'objet d'une véritable priorité gouvernementale.

Les éléments sus évoqués ont des répercussions sur la motivation du personnel et peuvent affecter la qualité de la prise en charge des cas. L'on relève tout de même que le personnel impliqué dans la prise en charge des cas est intrinsèquement motivé, car conscient du problème et du phénomène sans cesse grandissant. Cependant, la motivation extrinsèque est faible. La majorité peine à percevoir les avantages liés à ce travail et la plupart réclame l'amélioration du cadre de travail et trouver la mise en place des mécanismes de sanctions positives.

Tableau 6 : Situation et besoins exprimés en ressources humaines dans les CSAPA du Cameroun.

CSAPA	Ressources humaines actuellement disponibles dans les CSAPA	Besoin exprime par les chefs de CSAPA en ressource humaine à date
CSAPA SANGMELIMA	Le seul personnel du centre est le chef de centre qui est un Infirmier Spécialisé en Santé Mentale	Psychologue 01 ; Relais communautaire 02 ; Personnel d'appui : 05 ; Ergothérapeute
CSAPA NGAOUNDERE	01 Infirmier Supérieur, Spécialisé en Santé Mentale (le Chef du CSAPA)	Le chef d'unité de prise en charge et d'accompagnement (01) Le chef d'unité de prévention/sensibilisation (01) Le chef d'unité de suivi/évaluation (01) Le personnel d'appui (08)
CSAPA BUEA	Le CSAPA de BUEA á un infirmier spécialisé en santé mentale, qui est chef de centre	1 psychologue 2 relais communautaires 2 accompagnateurs psycho sociaux
CSAPA BAFOUSSAM	un chef de centre et un major tous titulaires du diplôme d'infirmier spécialisé en santé mentale	Les psychologues Les aides-soignants option communautaires Les organisations non gouvernementales
CSAPA EBOLOWA	Juste une personne en la qualité du chef de centre qui est infirmière principale spécialisée en santé mentale	Psychologues cliniciens, Assistants sociaux, Enseignants de sport
CSAPA CENTRAL	Une seule personne affectée	2 Addictologues, 2 psychiatres, 5 médecins généralistes 10 psychologues cliniciens, 10 infirmiers, 5 aides-soignantes, 1 musicothérapeute, 5 agents de sécurité, 5 policiers
CSAPA BERTOUA	01 personnel, le chef de centre.	Ergothérapeutes, agents communautaires unité de prévention et sensibilisation unité suivi-évaluation Personnel d'appui

CSAPA	Ressources humaines actuellement disponibles dans les CSAPA	Besoin exprime par les chefs de CSAPA en ressource humaine à date
CSAPA AYOS	: Un seul personnel disponible. Qualification : Infirmier spécialisé en santé mentale titulaire du diplôme de cadre supérieur de santé	Trois chefs d'unité, un aide-soignant, un technicien de surface et d'entretien
CSAPA LIMBE	Actuellement le chef de centre (infirmier spécialisé en santé mentale et titulaire d'un ICAP-I) assisté par un autre personnel aussi infirmière spécialisée en santé mentale.	01 psychologue 2 assistants psycho-sociaux
CSAPA EDEA	le chef de centre qui est une ISSM.	Psychologue : 01 Relais communautaire : 02 Personnel d'appui : 05
CSAPA HRG	01 Infirmier Supérieur, Spécialisé en Santé Mentale (le Chef du CSAPA)	- Le chef d'unité de prise en charge et d'accompagnement (01) - Le chef d'unité de prévention/sensibilisation (01) - Le chef d'unité de suivi/évaluation (01) - Le personnel d'appui (08)
CSAPA BAMENDA	A date un seul personnel est disponible et présent au centre il s'agit du chef de centre qui est infirmier spécialise en santé mentale/ICAP-I.	01 psychologue, 01 psychiatre, 02 infirmiers spécialisés en santé mentale, 04 infirmiers diplômés d'Etat.

Source : Collecte des données auprès des CSAPA

L'arrêté portant création des CSAPA prévoit que chaque CSAPA dispose d'un chef de centre et de 3 chefs d'unités (unité de prévention des toxicomanies et des conduites addictives ; unité d'addictologie et d'accompagnement psycho clinique et social ; unité de surveillance et de suivi-évaluation). Cependant cette architecture n'est pas respectée systématiquement tel que le démontre le tableau ci-dessus.

Situation de l'information sanitaire.

Les données relatives à la prise en charge des cas enregistrés dans les CSAPA ne sont pas encore intégrées dans l'outil de remontée des données à savoir le DHIS2. Cependant, des outils harmonisés sont disponibles dans tous les CSAPA et permettent de renseigner en routine le niveau d'évolution de certaines variables. Il s'agit précisément de registres, des fiches de collecte individuelle et une fiche de collecte du CSAPA pour son rapport mensuel d'activités.

Disponibilité des intrants et des médicaments

Dans l'ensemble des 19 CSAPA du pays, le problème de la disponibilité des intrants de prise en charge et des médicaments se pose avec acuité. Cette insuffisance rend difficile la capacité du système de santé à délivrer des soins de qualité. L'un des principaux dangers dans cette thématique le détournement des psychotropes à d'autres fins.

Impact du COVID-19 sur la consommation des drogues

Bien que l'impact de la Covid-19 sur les défis liés à la drogue ne soit pas encore totalement connu, l'analyse suggère que la pandémie a entraîné des difficultés économiques croissantes qui sont susceptibles de rendre la culture de drogues illicites plus attrayante pour les communautés rurales fragiles. Aussi l'impact social de la pandémie a entraîné une augmentation des inégalités, de la pauvreté et des problèmes de santé mentale. Elle a aussi contribué à l'augmentation de la vente de drogue sur internet.

Les pays, ainsi que les institutions locales devront travailler ensemble en partageant les responsabilités en vue d'un relèvement pour tous, favorisant d'autres moyens de subsistance dans les régions de culture du cannabis ainsi que des investissements dans l'éducation, les possibilités d'emploi et les soins de santé mentale des jeunes dans le monde. Les politiques qui entravent la prise en charge devront aussi faire l'objet de révisions afin d'optimiser les chances de réduire la stigmatisation qui limite la prise en charge et le phénomène de la criminalité qui sévit en milieu jeune du fait de la forte répression.

2.1.6. COMPOSANTE 5 : COOPÉRATION

2.1.6.1. *Coopération Internationale*

La coopération internationale se subdivise en deux : multilatérale et bilatérale. En matière de lutte contre les drogues notamment, dans un cas comme dans l'autre, elle connaît de nombreuses lacunes. Elle peut se faire entre Etats et/ou organisations internationales.

A date, les différents pays de la région apprennent très peu les uns des autres et mènent rarement des enquêtes communes. Par ailleurs, les gouvernements n'ont pas encore harmonisé leur réglementation relative au marché de la crypto monnaie afin de s'assurer qu'elles ne servent pas à blanchir les profits tirés de la vente des drogues illicites en ligne.

2.1.6.1.1. *Coopération multilatérale*

➤ **Coopération universelle**

Le Cameroun a montré sa volonté à coopérer au niveau international pour lutter contre la drogue en ratifiant plusieurs conventions. Précisément, entre 1961 et 1988 l'ONU a soumis à l'adoption des Etats membres, trois conventions constituant l'ensemble des règles juridiques internationales de lutte contre la culture, la commercialisation, le trafic, la détention et la consommation du cannabis qui s'inscrit désormais dans le cadre de la criminalité organisée. Il s'agit de :

- **la convention unique sur les stupéfiants de 1961** ratifiée par le Cameroun le 15 Janvier 1962 et modifiée par le protocole de 1972 ;
- **la convention de 1971 sur les substances psychotropes ratifiée par le Cameroun le 5 juin 1998 ;**
- **la convention des nations unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes** adoptée le 19 Décembre 1988 et ratifié par le Cameroun le 28 octobre 1991 ;
- **la Convention Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)** de 2005.

C'est dans ce cadre que, au même titre que les autres Etats membres, il est éligible à une assistance pour lutter contre les drogues, conformément au Plan-cadre de coopération des Nations-Unies pour le développement durable au Cameroun 2022-2026. Ladite assistance sera fournie et reçue conformément aux résolutions et décisions pertinentes et applicables des instances dirigeantes compétentes du Système des Nations Unies.

Le Chef de la délégation de la République du Cameroun a d'ailleurs réaffirmé son adhésion à la lutte contre les drogues au cours de la cinquante-deuxième session de la Commission des stupéfiants de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime en 2009 en énumérant un certain nombre de mesures prises dans le cadre de lutte contre les drogues au nombre desquelles l'adoption du Plan National stratégique de lutte contre la drogue et les troubles liés à l'usage des drogues; la mise en œuvre du Plan national de lutte contre les médicaments de la rue ; la relecture des textes institutionnels du Comité National de Lutte contre la Drogue qui

devrait aboutir à une meilleure application de la politique nationale de lutte contre la drogue. La Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été ratifiée et au niveau interne, des mesures sont prises pour l'élaboration d'une loi qui protégera de manière efficiente des jeunes de cette addiction.

Au cours de la dernière décennie, le Cameroun a pris part, à travers le Ministère de la Santé Publique ou ses représentations diplomatiques, aux différentes réunions et concertations internationales visant à renforcer la coopération internationale dans le cadre de la lutte contre les drogues. Les recommandations/résolutions issues de ces concertations sont faiblement mises en œuvre au niveau Cameroun pour diverses raisons au nombre desquelles : la faible coordination des interventions des différents acteurs impliqués ; l'absence de ressources (humaine, technique, matérielle et financière).

Par ailleurs, dans le cadre de la coopération avec l'Organisation Internationale de la Police Criminelle (INTERPOL), il existe des bases de données et services permettant de mettre en place des stratégies et interventions de lutte contre les drogues. C'est dans ce cadre que le projet AIRCOP mis sur pied en collaboration avec l'ONUDC, l'Organisme Mondiale des Douanes et INTERPOL, a vu le jour. Il s'agit d'une réponse opérationnelle aux défis posés par le trafic de drogue, considéré comme une source de préoccupation majeure par la communauté internationale. Ce projet qui réunit 26 pays parmi lesquels le Cameroun, vise à renforcer les capacités de lutte contre la drogue dans les aéroports internationaux. Il combat le trafic illicite en interceptant notamment les envois de cargaison illégaux ainsi qu'en promouvant le partage d'information entre les Cellules Aéroportuaires Anti-traffic (CAAT), les agences de sécurité et de renseignement, des bases de données criminelles et les systèmes de communication.

Toutefois, les mécanismes de partage des données en la matière demandent à être plus affinés pour aboutir aux résultats escomptés. En effet, malgré des efforts de coopération avec des institutions des Nations Unies, plusieurs facteurs continuent de plomber l'effet synergie recherché par les nations coopérantes. Il s'agit notamment de l'insuffisance d'échange d'informations sur le trafic entre les pays, la faible disponibilité des données exactes sur les drogues ; l'insuffisance des structures de formation des points focaux ; l'insuffisance de communication inter pays sur les drogues, pour ne citer que ceux-là. Le pays gagnerait à renforcer sa collaboration internationale en nouant des liens plus étroits avec les structures que sont : Interpol, l'Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organe International pour le Contrôle des Stupéfiants (OICS), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; l'Agence Mondiale Antidopage (AMA) ; etc.

➤ Coopération régionale

Au niveau régional, le Cameroun est également parti à toutes les initiatives prises en matière de lutte contre les drogues. En effet, au cours de la troisième session ordinaire du Comité Technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues qui s'est tenue du 29 juillet au 02 août 2019 au Caire en Egypte sous le thème : « *Augmentation du Financement Intérieur de la Couverture Universelle des Soins de Santé et de sécurité sanitaire pour tous les citoyens africains, y compris les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées à l'intérieur du pays* », le Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre les stupéfiants et la prévention de la criminalité pour le cycle 2019-2023 a été adopté. Ce document, cinquième cadre stratégique orientant le déploiement de la politique antidrogue sur le continent, vise entre autres :

- la mise en œuvre de mesures visant à réduire la demande de drogue et la résolution des problèmes de santé liés à la consommation de drogue ;
- l'adoption de mesures visant à réduire l'offre de drogue et à lutter contre les facteurs qui en favorisent le trafic : les armes à feu, la corruption et le blanchiment d'argent ;
- l'examen des questions inter disciplinaires touchant à la drogue et aux droits de l'homme pour tous les groupes vulnérables, en particulier les jeunes, les femmes, les enfants et les communautés ;
- l'amélioration de la gestion, de la surveillance, d'établissement de rapports, du suivi et de l'évaluation du plan d'action de l'UA sur la lutte contre la drogue et la prévention de la criminalité (2019-2023) aux niveaux continental, régional et national.

➤ Coopération sous-régionale

A l'image de plusieurs Etats, le Cameroun appartient à deux espaces sous-régionaux : la CEEAC et la CEMAC.

Pour autant et concernant le second espace communautaire, la lutte contre la drogue n'est pas suffisamment organisée et promue. Cette situation est perceptible par l'absence d'une stratégie validée et mise en œuvre par l'ensemble des Etats membres de la sous-région. Ce problème est de nature à pérenniser l'absence d'une plateforme de communication fiable pour le partage des informations sur les drogues entre les pays. Pourtant, l'on aurait pu enrichir les expériences mises au moyen du Plan d'Action 2016-2020 et Programme 2016-2020 dans la CEDEAO. L'on peut néanmoins relever quelques cas qui facilitent une telle lutte à travers :

- La coopération policière dans la zone CEMAC
- L'Acte additionnel n°09/00/CEMAC-086/CCE du 14 décembre 2000 portant création du Groupe d'Action contre le Blanchiment d'Argent en Afrique Centrale (GBAC) ;
- Le Règlement n°001/03/CEMAC/UMAC du 04 avril 2003 portant prévention et répression du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme en Afrique Centrale.

En tout état de cause, il existe le Plan Stratégique Indicatif A Moyen Terme (2021-2025) de la CEEAC (Axe IV sur la mise en œuvre de l'intégration régionale par domaines prioritaires. Concernant l'intégration politique, paix et sécurité, elle « vise à assurer la coopération politique, paix et la sécurité comme conditions préalables pour que la région atteigne un état d'intégration qui génère un développement socio-économique harmonieux ». Le point 19 du Plan Stratégique fait précisément cas du trafic des stupéfiants dans le constat sombre des problèmes d'insécurité.

2.1.6.1.2. Coopération bilatérale

La revue de la littérature dans le cadre de la coopération bilatérale ne permet pas d'être exhaustif sur les conventions conclues en matière de prévention et/ou de répression avec d'autres Etats, et organismes internationaux. Pour autant, on peut citer la convention entre la République du Cameroun et le Royaume d'Espagne du 26 janvier 2010 visant à établir une coopération et un partage d'informations et de ressources en matière de trafic de drogue.

2.1.6.2. Coopération nationale

Au niveau national, la coopération est assez faible malgré l'existence du CNLD qui est sensé fédérer tous les acteurs de mise en œuvre. Si la coopération entre le CNLD et les associations locales est assez fortes quand il s'agit de la mobilisation et de la mise en œuvre des interventions de lutte, celle-ci est assez faible avec les administrations partenaires. En effet, la coopération avec les administrations partenaire est insuffisante du fait de l'absence d'un plan stratégique national validé qui serve de boussole ; la dernière étant échue depuis 2008. Par conséquent, les acteurs de lutte en général, et les administrations partenaires ne disposent pas d'un document de référence sur lequel ils pourraient organiser leur collaboration avec le CNLD.

Ce goulot d'étranglement rend également difficile la coopération avec les entreprises du secteur privé, les sociétés savantes, les partenaires techniques et financiers et tous les autres acteurs de lutte qui interviennent dans le pays. L'une des principales conséquences est la faiblesse sus évoquée est la faible capacité à organiser les échanges de renseignements avec les entreprises du secteur du transport qui ont un rôle important à jouer dans la lutte contre le trafic. De même, les prestataires de services de messagerie et de téléphonie sont faiblement mis à contribution pour détecter et dénoncer la promotion des drogues vendues en ligne.

2.1.6.2.1. La coopération publique-publique

➤ Entre deux ou plusieurs administrations d'Etat

Les mécanismes de lutte contre la drogue sont envisagés au niveau des administrations à plusieurs niveaux. C'est d'abord le cas d'un cadre de concertations permanent qui regroupent l'essentiel des administrations sectorielles et multisectorielles, dont le ministère en charge de la Santé Publique, intervenant en matière de lutte contre la drogue. Dans ce sens, il est institué par décret n°92/456/PM du 24 novembre 1992 le Comité

National de Lutte contre la Drogue, chargé de la coordination et de l'examen de tous les problèmes relatifs à l'usage illicite des stupéfiants et l'abus des drogues.

De plus, les textes organiques régissant les différentes administrations prévoient en leur sein des mécanismes de collaboration entre-elles dans divers domaines. A ce titre, le décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique prévoit en son article 80 al. 1 l'élaboration de la législation et de la réglementation sur l'usage des drogues et de l'alcool, en liaison avec les administrations concernées.

Dans le cadre de la collaboration interministérielle et conformément à la politique nationale de lutte contre la drogue, le ministère en charge des Enseignements secondaires a élaboré le Plan d'Action ministérielle de prévention de l'usage des drogues et des violences en milieu scolaire. Il est structuré en quatre piliers. Il s'agit d'abord de la réduction de la demande des drogues et des conséquences collatérales en milieu scolaire. Ensuite, il s'agit de la réduction des sources d'approvisionnement/accès aux drogues et des facteurs facilitant les actes de violences en milieu scolaire. C'est également le mécanisme de coordination et de suivi-évaluation et de réduction de la demande et de l'offre des drogues en milieu scolaire. Enfin, il s'agit de l'appui institutionnel et renforcement du système éducatif en prévention à l'usage des drogues et des dommages collatéraux en milieu scolaire. Par ailleurs, outre les activités de sensibilisation sur les fléaux sociaux (« *back to school* », « *au cœur des enseignements secondaires* », « *club santé* », etc.) qui sont régulièrement menées au sein de chaque établissement scolaire, il existe une police sanitaire dont le rôle est de s'assurer de la qualité des denrées alimentaires autorisées à être commercialisées au sein desdits établissements.

Au niveau du MINAS et du MINPROFF, qui sont en charge des questions des personnes socialement vulnérables, des actions sont également menées dans le cadre de la lutte contre les drogues. Il s'agit entre autres des activités de prévention, d'accompagnement, d'insertion, réinsertion et de référencement conformément aux documents stratégiques dont la politique nationale de lutte contre la drogue.

A la DGSN, de nombreuses opérations sont menées pour le démantèlement des réseaux de trafic de stupéfiants licite et illicite. En outre, dans le cadre de la lutte contre les faux médicaments, elle participe aux côtés des autres administrations à la recherche et à la répression des actes qui s'y rapportent.

➤ **Entre l'Etat et les CTD**

L'accélération de la décentralisation est essentielle pour lutter contre la drogue au Cameroun. Il s'agit précisément d'une orientation constitutionnelle depuis le 18 janvier 1996. En application de la loi constitutionnelle du Cameroun, le Président de la République a promulgué le 22 juillet 2004, ce qui est communément appelé les lois de la décentralisation et sur la base desquelles des textes réglementaires ont été élaborés et serviraient de base à la lutte contre la drogue.

Il est à noter que, depuis 2004 le dispositif législatif en matière de décentralisation a évolué dans le sens d'une consolidation de cette politique publique. Ainsi, conformément à la loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant code général des collectivités territoriales décentralisées, l'Etat transfère aux collectivités territoriales décentralisées des compétences nécessaires à leur développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et sportif. A ce titre, les principales administrations étatiques intervenant dans le cadre de la lutte contre la drogue ont procédé au transfert desdites compétences. Elles sont donc déjà juridiquement exerçables du point de vue juridique au niveau des Communes ; concernant les Régions, en tant qu'elles constituent le deuxième échelon des collectivités territoriales décentralisées, il n'est pas encore défini le niveau réel d'exercice des compétences en matière de lutte contre la drogue.

En effet, pour le cas des communes, une assistance sociale aux personnes indigentes et nécessiteuses, dont celles étant sous l'emprise des drogues est définie par arrêté du 27 août 2010 du Ministère en charge des Affaires Sociales portant cahier de charge précisant les conditions et modalités techniques d'exercice des compétences transférées aux communes en matière d'attribution des aides et des secours aux indigents et aux nécessiteux. L'attribution desdites aides est dépendante à la mise en place, dans les communes, d'un comité communal d'attribution des aides et des secours aux indigents et aux nécessiteux (CCAS) placé sous l'autorité du maire. Or, le constat malheureux demeure la mise en place annuelle dudit comité dans certaines

communes et dans d'autres son dysfonctionnement.

Concernant la santé publique, la commune et la Région exercent des compétences transférées par l'Etat. Pour le premier cas, elles sont définies par arrêté n°2010/3702/A/MINSANTE/CAB du 09 septembre 2010 portant cahier de charges précisant les conditions et modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'Etat aux communes en matière de santé publique. Il a été pris en application du décret n°2010/0246/PM du 26 février 2010 fixant les modalités d'exercice de certaines compétences transférées par l'Etat aux communes en matière de santé publique. Pour le second cas, c'est-à-dire les Régions, c'est le décret n°2023/132 du 10 février 2023 qui fixe les modalités de certaines compétences transférées par l'Etat aux Régions.

Dans un cas comme dans l'autre, la problématique de la lutte contre la drogue n'est pas expressément adressée. Mais de façon incidente et pertinente, elle peut être relevée dans le cadre de la gestion des formations sanitaires qui relèvent de la compétence de chacune des CTD. Il en est de même en ce qui concerne la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé ainsi que dans l'approvisionnement en matériels.

Par ailleurs, à travers le décret n°2011/0002/PM du 13 janvier 2011 fixant les modalités d'exercice de certaines compétences transférées par l'Etat aux communes en matière de formation professionnelle, la commune peut envisager l'orientation de ses politiques d'emplois et conformément à celle définie au niveau national, vers l'employabilité des personnes nécessiteuses enclines aux contacts avec les drogues.

➤ **Entre l'Etat et les EPA d'une part et de l'autre, l'Etat et les entreprises publiques et parapubliques**

Le 12 juillet 2017, le Président de la République a promulgué les lois portant d'une part, statut général des entreprises publiques et de l'autre, celle portant statut général des établissements publics.

Concernant la première, elle distingue ainsi la société à capital public de la société d'économie mixte. La lecture des dispositions génériques ne permet pas de dire que la lutte contre la drogue est une préoccupation spécifique pour le législateur en 2017 ; ce qui est normal au regard du cadre général de son application. Mais, ce qu'il faut relever est que le texte n'exclut pas dans la constitution du personnel, ceux en situation de dépendance aux drogues. Ce qui est certainement fait dans les textes spécifiques, voire les statuts de chaque entreprise publique. Dans tous les cas, dans le cadre de la responsabilité sociale de l'entreprise, il n'est pas observé des actions qui concourent à faciliter la lutte contre la drogue.

Pour ce qui est des établissements publics, ils ont, depuis le texte de 2017 repris supra, une diversité de champs d'interventions qui pourraient permettre, suivant différents secteurs d'intervenir efficacement dans la lutte contre la drogue. D'autant plus que lesdits établissements jouissent d'une autonomie administrative et financière. Mais le constat pour l'heure est que les problématiques de lutte contre la drogue demeurent très peu adressées et parfois même lorsqu'il s'agit de foyers importants de leur circulation. Il en est ainsi notamment en ce qui concerne les Universités et autres établissements publics à caractère professionnel, où la circulation des drogues, qu'elles soient licites ou illicites demeurent une réalité.

2.1.6.2.2. La coopération publique-privée

✓ **L'Etat et les entreprises privées**

Le partenariat entre l'Etat et les entreprises privées demeurent une préoccupation importante dans la lutte contre la drogue. Le fait est que la dépendance à certains stupéfiants est conséquente du stress observé dans lesdites entreprises à travers l'atteinte des résultats et la recherche de la performance. En ce sens, il n'y a pas beaucoup d'actions qui participent à préserver le premier contact à la drogue soit par des mécanismes alternatifs de la gestion du stress ou encore l'éradication de la circulation des drogues dans certains milieux.

✓ **L'Etat et les organisations de la société civile**

Les mécanismes de coordination avec la société civile dans le cadre de la lutte contre la drogue existent. Elles

ont pour but de contribuer à la réduction de la demande. En effet, il existe environ une soixantaine d'OSC (associations et ONG) qui participent de manière formelle aux activités de lutte contre le trafic et l'abus de drogues au Cameroun par des lettres d'accord de collaboration délivrées par le Ministère de la Santé Publique. Cependant des réunions de coordination et d'évaluation des activités desdites OSC ne sont pas régulièrement organisées par le Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre la Drogue.

2.2 DIAGNOSTIC

2.2.1. RAPPEL HISTORIQUE DES POLITIQUES PASSÉES : LEÇONS TIRÉES DES ANNÉES ANTÉRIEURES

Bien que des instances de coordination de lutte contre les drogues aient été mises en place, les actions visant à réduire la consommation des stupéfiants restent un véritable défi pour le gouvernement. Des plans stratégiques ont souvent été élaborés pour fédérer l'action des parties prenantes pour plus d'efficacité dans la lutte, mais ces derniers n'ont jamais été validés. L'action gouvernementale s'est à cet effet davantage focalisée sur des actions isolées et éparses des différentes administrations avec très peu de coordination entre elles. La majorité des interventions étaient articulées autour de la sensibilisation et de la répression. La prise en charge des cas et le cadre juridique nécessaire pour cette lutte ont eu très peu de considération par les acteurs de mise en œuvre.

Toutefois, on peut relever une prise de conscience et un intérêt tout particulier des pouvoirs publics quant aux menaces liées à la consommation des drogues et le lien pernicieux qu'ils entretiennent avec d'autres phénomènes. Cette prise de conscience se traduit notamment par : la mise sur pied d'un Comité National de Lutte contre la Drogue, la création des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) entre autres.

2.2.2. DIAGNOSTIC PARTICIPATIF :

Diagnostic Interne :

Le diagnostic participatif démontre que la lutte contre les drogues au cours des dernières années au Cameroun a connu des points forts et des insuffisances au niveau de chaque composante. Le tableau 7 ci-après permet de résumer les principales forces et faiblesses constatées au cours des dernières années dans le cadre de la lutte contre ce phénomène.

Les Principaux acquis :

La lutte contre les drogues au Cameroun possède à son actif des points forts sur lesquels le système pourrait s'appuyer pour les années à venir. Ces derniers pourraient être consolidés pour plus d'efficacité.

TABEAU 7 : Les points forts de la lutte contre les Drogues au Cameroun

Coordination de la lutte	
-	Existence des textes législatifs et réglementaires sur la lutte contre les drogues ;
-	Existence des textes de transfert de compétences aux communes dans le cadre de la réinsertion et de l'assistance sociale ;
-	Existence de nombreuses plateformes qui permettent de coordonner les acteurs de lutte (Comité inter ministériels de lutte contre la culture du cannabis) ;
-	Existence du CNLD chargé de la coordination et de l'examen de tous les problèmes relatifs à l'usage illicite des stupéfiants et à l'abus des drogues ;
-	Existence des sous-comités de lutte contre les drogues ;
-	Existence des mécanismes de coordination entre les programmes de riposte aux maladies en lien avec l'usage des drogues ;
-	Inclusion des ONG nationales, OSC, et de toutes les autres parties prenantes (parlementaires, administrations partenaires, leaders communautaires et religieux, etc.) dans la lutte contre les drogues
Réduction de l'offre des drogues	
-	Existence d'une instance de coordination de lutte contre les drogues
-	Ratification des conventions internationales par le Cameroun
-	Existence des mesures législatives et réglementaires relatives aux drogues
-	Existence d'un service des trafics au sein du Bureau Central National INTERPOL
-	Existence d'un Comité Interministériel de lutte contre la culture du Cannabis
-	Existence d'une Sous-Direction des Stupéfiants à la Délégation Générale à la Sûreté Nationale
-	Existence au sein du MINDEF d'un Service de Sécurité Et Morale à la SEMIL (sécurité militaire) chargé entre autres de la lutte contre les trafics illicites
-	Existence du service central de recherches judiciaires au SED/CGN
-	Existence d'une compagnie de sécurisation des établissements scolaires et universitaires de la police
-	Existence des Cellules aéroportuaires anti-traffic dans les aéroports de Douala et Yaoundé (forces mixtes)
-	Existence d'un comité multisectoriel de lutte contre les faux médicaments et le trafic illicite des produits pharmaceutiques
-	Existence de la cellule de surveillance douanière
-	Mise en œuvre en cours d'une Opération spéciale HALCOMI 3 (halte au commerce illicite 3)
-	Existence des juridictions pour la répression des actes liés à la production et au trafic
Réduction de la demande des drogues	
-	Existence d'administrations publiques engagées dans la prévention de la consommation des drogues (MINJEC, MINESUP, MINESEC, MINEDUB, MINAS, MINPROFF, MINDEVEL, MINAT, etc.)
-	Introduction de la toxicomanie dans les curricula d'enseignement
-	Existence de la police sanitaire dans tous les établissements (MINEDUB, MINESEC)
-	Opération Back to School (MINEDUB, MINESEC)
-	Existence des émissions radio de sensibilisation de grande masse
-	L'existence d'une lettre introduisant la minute santé dans les établissements scolaires
-	Existence des modules de formation dans le curricula de formation du Cours moyen 2 intégrant les questions de drogues (MINEDUB)
-	Existence d'une loi d'orientation de l'éducation (MINEDUB)
-	Existence des gouvernements des enfants (MINEDUB)
-	Existence d'une lettre circulaire faisant des établissements scolaires des espaces non-fumeurs
-	Existence des programmes de sensibilisation et de causeries éducatives (MINEDUB, MINESEC)
-	Existence des organisations identitaires d'usagers de drogue qui contribuent à la réintégration sociale aux ex-consommateurs des drogues
-	Existence d'un programme sur la parentalité positive au MINPROFF
-	Existence d'une ligne d'assistance aux enfants (116) au MINPROFF
-	Existence d'un programme d'éducation pré-nuptiale, matrimoniale et familiale intégrant les problématiques de la drogue au MINPROFF
-	Existence du programme U-Report au MINJEC
-	Existence des OSC engagées dans la lutte contre les drogues
-	Existence des OSC offrant des services de lutte contre le VIH aux utilisateurs de drogues
-	Existence des centres d'addictologie privés
-	Existence d'un service en charge de la lutte contre la toxicomanie, le tabagisme et l'alcoolisme
-	Existence d'un corpus de règles dans le code pénal sur les peines alternatives
-	Existence d'un centre d'écoute (1530 ligne verte) au MINESEC
-	Existence des centres d'accueil et d'observation (CAO)
-	Existence de l'Institut de rééducation (ICE)
-	Existence d'un programme d'éducation en milieux ouverts
-	Disponibilité d'une ligne verte (1503) pour le signalement des actes commis par les consommateurs des substances psychoactives.

Prise en charge des cas

- Existence des Centres de soins en addictologie dans certains établissements pénitentiaires
- Existence des OSC qui contribuent à la PEC à travers des échanges d'expérience, des groupes de paroles et des causeries éducatives)
- Existence de CSAPA dans les 10 régions du pays
- Disponibilité des FOSA dans toutes les villes et dans les zones rurales
- Disponibilité des CTD en matière de réinsertion sociale.
- Existence du CNLD, CNLS, PNLT ;
- Disponibilité des expertises pour la prise en charge (addictologues et programme de formation disponibles qui peuvent être démultiplié dans tout le territoire)
- Existence de CETY (centre d'écoute et de transit de Yaoundé)
- Disponibilité d'un numéro vert d'assistance en santé mentale (1510)
- Référencement vers les centres de soins des usagers de drogues par la compagnie de sécurisation des établissements scolaires et universitaires contre la consommation des substances psychoactives
- Disponibilité d'un service de prévention des risques et de lutte contre les fléaux sociaux au MINAS
- Disponibilité d'une Sous-direction de la santé mentale au MINSANTE
- Mise en œuvre du Programme d'Appui à l'Insertion et la Réinsertion Professionnelle des Personnes Vulnérables (PAIRPPEV)
- Existence des infirmeries dans tous les établissements pénitentiaires
- Existence des inspections médico-scolaires
- Existence des infirmeries dans certains établissements scolaires
- Présence des conseillers d'orientation dans les établissements scolaires (MINESEC, MINESUP)
- Existence d'un article de loi relatif à l'alternative à l'incarcération (injonction thérapeutique).

Coopération

- Adhésion de l'Etat du Cameroun aux conventions internationales relatives à la lutte contre le trafic des drogues ;
- Adhésion de l'Etat du Cameroun aux conventions régionales relatives à la lutte contre le trafic des drogues ;
- Existence d'un cadre de concertation avec les ONG, OSC locales et des leaders communautaires et religieux ;
- Implication des organisations internationales dans la lutte contre les drogues ;

Les Insuffisances :

Certaines faiblesses sont de nature à entraver l'efficacité de la lutte contre les drogues. Celles-ci devraient être corrigées au cours du prochain cycle programmatique.

Tableau 8: Les points faibles de la lutte contre les Drogues au Cameroun

Coordination de la lutte

- Insuffisances du cadre juridique ;
- Faible opérationnalité du cadre juridique existant ;
- Faible opérationnalité du cadre institutionnel ;
- Faible implication des CTD dans la lutte contre les drogues ;
- Absence de représentation de CTD au niveau du CNLD ;
- Non application systématique des textes de transfert de compétences aux communes en matière d'assistance et de réinsertion sociale ;
- Inexistence à date des décrets de transfert de compétence aux régions en matière d'affaires sociales ;
- Insuffisance d'un cadre de collaboration intersectoriel dans la lutte contre les drogues ;
- Faible recours aux injonctions thérapeutiques par les tribunaux ;
- Faible vulgarisation des journées commémoratives de lutte contre les drogues ;
- Faible disponibilité des données et des informations sur le phénomène
- Insuffisance des ressources allouées à la lutte contre les drogues en général et à la coordination en particulier ;
- Absence des unités régionales de coordination de lutte contre la drogue et de la réponse sanitaire connexe en lien avec la décentralisation ;
- Collaboration et coordination insuffisantes des structures et acteurs de lutte contre la drogue ;
- Faible capacité de soutien et d'appui aux OSC et acteurs de terrain dans le cadre de la lutte contre les drogues ;
- Obsolescence des textes du CNLD ;
- Faible coordination dans la collecte et la centralisation des données ;
- La non tenue régulière des sessions du CNLD ;
- Faible maîtrise des ressources engagées par l'Etat dans la lutte contre les drogues.

Offre des drogues

- Tendance à l'incarcération systématique des consommateurs des drogues
- Faible capacité du système de réinsertion sociale
- Défaillance du système sécuritaire des prisons, établissements scolaire et universitaire qui favorise l'infiltration des drogues
- Faible capacité du pays à lutter contre la production, la contrebande, le trafic, la distribution et la vente de drogues illicites
- Plateau technique insuffisant (kits de détection des drogues etc...) au sein des forces de maintien de l'ordre
- Coordination insuffisante entre les services répressifs au niveau stratégique et opérationnel
- Faible capacité du pays à lutter contre le médicament de la rue
- Faible capacité des forces publiques à lutter contre les détournements des précurseurs et pré-précurseurs de drogue ainsi que d'autres substances chimiques essentielles utilisées dans la fabrication illicite de drogues
- Faible résilience du cadre juridique face aux nouvelles tendances et technologies liées au trafic illicite des drogues
- Absence d'une réglementation organisant la circulation des produits nicotiniques à risques réduits (PNRR).
- Insuffisance du mécanisme de surveillance du phénomène de culture et de fabrication locale des drogues
- Absence des programmes d'appui et de reconversion des acteurs impliqués dans la culture et/ou le trafic des drogues
- communication générique sur les drogues
- Faible capacité du système scolaire/éducatif à anticiper et à riposter contre le problème de consommation des drogues en milieu scolaire
- Insuffisance des effectifs de répression pour améliorer le contrôle en milieu scolaire, culturel, artistique et sportif
- Faible implication des CTD, des populations et des leaders communautaires dans les activités de réduction de l'offre notamment la dénonciation
- Coordination insuffisante entre les services répressifs au niveau stratégique et opérationnel

Demande des drogues

- Insuffisance dans la coordination et le suivi des actions de répression
- Faible capitalisation de l'expertise des associations des anciens consommateurs de drogues dans la riposte
- Faible éducation des parents/familles sur les manifestations, les dangers liés à la drogue et à sa prise en charge ;
- Faible mise à contribution des leaders et acteurs religieux dans la communication autour de la drogue et la prise en charge des cas
- Insuffisance des conseillers et des structures d'écoutes pour réduire la demande en milieu scolaire
- Inexistence d'une stratégie de prévention de drogue
- Inexistence d'un plan de plaidoyer spécifique pour une meilleure considération des usagers de drogues (en communauté, dans les médias, en entreprise, dans le milieu éducatif, dans les secteurs et dans les formations sanitaires)
- Inexistence d'une stratégie de réduction de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des usagers de drogues
- Faible mobilisation communautaire autour de la lutte pour éviter ou retarder le premier contact avec les drogues
- Faible implication des institutions universitaires, de recherche, et des enseignements secondaires dans les actions de prévention
- Absence d'une stratégie nationale de communication sur les drogues
- Absence de plan de communication intégré de lutte contre les drogues
- Faible encadrement fiscal du trafic des drogues licites
- Faible encadrement des publicités et de communication qui incitent à la consommation des drogues licites
- Faiblesses au niveau du marquage des drogues licites
- Faible prise en compte de la morale et des interventions de lutte contre les drogues dans les curricula de formation

Prise en charge des cas et Réduction des risques

- Plateaux techniques des structures de prise en charge insuffisants (Insuffisance des personnes formées en addictologie ; des équipements, les espaces et salles dédiées etc.);
- Faible prise en compte de la recherche scientifique
- Faible niveau de fonctionnalité des CSAPA ;
- Les acteurs de prise en charge ne sont pas suffisamment informés et formés sur le vocabulaire approprié et les attitudes à tenir pour éviter la stigmatisation des patients
- Faible interaction entre le personnel de prise en charge et les usagers de drogues et les sites de consommation.
- Faible connaissance et utilisation des CSAPA par les populations
- Stigmatisation des CSAPA par les usagers de drogues qui ne veulent pas être confondus aux personnes souffrant de troubles mentaux ;
- Faible intégration des leaders religieux, traditionnels et communautaires dans la prise en charge des cas
- Faible intégration des services de prise en charge des cas (cas de comorbidité qui nécessite plusieurs interventions)
- Inexistence d'un protocole de prise en charge national validé
- Faiblesse des mécanismes de réinsertion socioéconomique des cas
- Absence de système formalisé pour la référence et la contre référence
- Faible exploitation des alternatives de la pharmacopée traditionnelle pour assurer la prise en charge des cas
- Faible disponibilité des professionnels de santé et de santé mentale en matière de prise en charge des cas et de prévention
- Faible disponibilité dans les milieux sportifs, scolaires, et le milieu du transport des pairs éducateurs formés
- Coût élevé de la prise en charge des cas
- Absence d'une politique claire pour la lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues
- Faiblesse du dispositif national de réduction des risques
- Inexistence d'une politique nationale de réduction des risques et dommages en lien avec l'usage des drogues
- Insuffisance du dispositif de réinsertion sociale des cas
- Faible collaboration des différents sectoriels et autres acteurs et disciplines
- Faible mise en œuvre de campagnes de dépistage précoce de la présence des substances
- Faible disponibilité de services juridiques de protection des droits des personnes qui utilisent les drogues
- Absence d'un module de spécialisation sur la formation en addictologie
- Collaboration entre les familles (parents) et les services de prise en charge insuffisante
- Faible disponibilité des cellules de prévention et prise en charge dans les milieux de travail (publics et privés)
- Insuffisance de collaboration entre les milieux scolaires et les acteurs impliqués dans la prise en charge
- Faible disponibilité des médicaments de substitution aux opiacés
- Insuffisance des programmes pour la réinsertion sociale des consommateurs et des anciens consommateurs de drogues
- Faible mise en application de l'article de loi relatif à l'alternative à l'incarcération (injonction thérapeutique) ;
- Absence d'une réglementation autorisant la circulation des produits nicotiques à risques réduits (PNRR).

Coopération

Coopération Internationale

- Faible implémentation des stratégies de lutte sous régionale partagée ;
- Faible collaboration avec l'ONUSD ;
- Faible prise en compte des problèmes liés à la drogue dans le cadre de la coopération transfrontalière entre les CTD ;
- Faible représentation de l'ONUSD au Cameroun ;
- Faible respect des engagements internationaux ;
- Insuffisance d'appropriation des expériences étrangères ;
- Faible engagement des PTF dans la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles en général ;
- Représentation marginale des organismes internationaux intervenant dans la lutte ;
- Implication insuffisante des parties prenantes et acteurs clés pour représenter le pays lors des réunions et conférences internationales.

Coopération nationale

- Faible collaboration entre les structures étatiques entre elles ;
- Faible collaboration entre les structures étatiques et les Organisations De La Société Civile autour de la problématique ;
- Faible collaboration entre les structures étatiques et les CTD ;
- Absence d'un document de référence pour encadrer les actions de lutte ;
- Faible collaboration entre les OSC elles-mêmes ;
- Faible mise à contribution des leaders communautaires, religieux et les chefs traditionnels dans le cadre de la coopération et de la mobilisation sociale.

Facteurs externes significatifs

Certains facteurs externes sont capables d'influencer positivement la lutte contre les drogues et favoriser l'évolution vers les objectifs qui seront fixés. Il s'agit des opportunités à saisir ou des leviers sur lesquels le système pourrait s'appuyer pour accélérer la réalisation des résultats. Par contre, certaines pesanteurs et contraintes sont également à prendre en compte pour maximiser les chances de réussite de ce plan. Il s'agit des menaces qui pourraient entraver la réalisation des objectifs fixés.

Tableau 9: Récapitulatif des facteurs externes significatifs

OPPORTUNITES
• Disponibilité de la Convention Médicrime • Disponibilité de nombreux partenaires intervenant dans le domaine de la lutte contre les drogues • Disponibilité des Technologies de l'information et de la communication qui peuvent favoriser la communication et la mobilisation sociale • Effectivité de la décentralisation • Existence des institutions du niveau supérieur capables d'assurer la formation des experts en addictologie • Adoption de la politique de réduction des risques dans plusieurs pays qui pourrait faciliter la prise en charge des cas et favoriser les succès thérapeutiques • Existence des plateformes et des mécanismes de lutte contre le blanchiment d'argent qui pourrait faciliter le démantèlement des cartels de trafic de drogues illicites • Existence des journées commémoratives de lutte contre l'abus et le trafic illicite des drogues ou d'autres luttes connexes qui pourraient favoriser le plaidoyer ou la mobilisation sociale • Disponibilité d'un mécanisme de contrôle transfrontalier et de coopération judiciaire contre le trafic et la circulation des drogues • Engagement politique perceptible dans les discours du chef de l'Etat à la Jeunesse • Une étude en cours IBBS sur les usagers de drogues et la prévalence du VIH. • Existence des cadres d'échanges sur la drogue dans la sous-région Afrique Centrale • Existence d'OSC qui travaillent avec les UD afin d'offrir des services sanitaires et sociaux ; • Disponibilité de PTF engagés dans le soutien des programmes de riposte aux maladies en lien avec la drogue • Existence au niveau de l'ONUDC des manuels de formation sur la prévention primaire des drogues pouvant être adapté au contexte local • Existence des protocoles clairs au niveau de l'OMS sur les normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation des drogues • Existences de programmes de prise en charge au niveau de la région, pouvant inspirer la création d'un programme national de prise en charge
MENACES
• Taux de chômage élevé • Travail Indécent • Démission des parents et des familles au suivi des enfants • Carence affective des enfants • Crise sécuritaire dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et une partie de l'Extrême-Nord • Développement de la culture du cannabis dans les campagnes pour assurer la protection leurs cultures (cacao, café, tomate, etc.) • Faible pouvoir d'achat des populations qui limite l'accès financier aux soins • Détournement des précurseurs chimiques (éphédrine et autres) à des fins de fabrication de drogues de synthèse (amphétamines, méthamphétamine) • Faible réglementation de certains pays qui favorise le transit des drogues • Environnement social stigmatisant et marginalisation sociale et familiale des usagers de drogue • Corruption qui favorise le commerce illicite • Utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) pour la distribution illicite des drogues • Faible contrôle de la distribution des drogues en milieu jeune

2.2.3. Synthèse de la problématique :

La problématique de consommation des drogues s'explique à quatre niveaux :

- 1- Les populations sont fortement exposées aux drogues licites et illicites du fait des insuffisances du cadre réglementaire et de son application ;
- 2- Il existe une tendance à la hausse de la demande et de la consommation des drogues à cause des faiblesses en matière de prévention et de prise en charge des cas ;
- 3- Le mécanisme de réponse est insuffisant principalement à cause d'un document de référence qui permet de fédérer les efforts des acteurs de lutte à tous les niveaux ;
- 4- La faible capacité du système à contenir ce phénomène a de graves répercussions sur d'autres problèmes de santé publique notamment le VIH, la tuberculose, les hépatites virales.

CHAPITRE 3

CADRE STRATEGIQUE

CHAPITRE 3 : CADRE STRATEGIQUE

3.1 ORIENTATIONS MAJEURES FIXEES PAR LES CADRES DE REFERENCE

Au niveau international

Au niveau du système des Nations Unies, le « Document final de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue⁸ » de 2016 comporte un engagement commun des États membres à s'attaquer au problème mondial de la drogue et les recommandations pratiques qui y sont formulées sont tout à fait pertinentes en ce qui concerne le Cameroun. En outre, les résolutions des 60^{ème} et 61^{ème} sessions de la Commission des stupéfiants des Nations Unies (CND) de 2017 et 2018, respectivement, mettent en lumière les jalons sur lesquels les orientations stratégiques de ce document se sont appuyées.

Au niveau de l'UA, la « Position africaine commune arrêtée pour la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (SEAGNU) sur le problème consiste en l'amélioration de la santé, la protection, la sécurité et le bien-être socio-économique des personnes par la réduction de la consommation de drogue et les dangers qui y sont liés et le trafic illicite de drogues et les crimes connexes », et que « ...les politiques anti-drogues centrées entièrement ou de manière démesurée sur la répression, l'incarcération et la sanction n'ont pas réussi à éliminer l'offre, la demande et les effets néfastes du trafic illicite de drogue sur le continent ».

Au niveau national

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030 s'aligne sur la SND30 laquelle, est une opérationnalisation du premier cycle de la Vision 2035. La SSS qui est le document de référence du secteur santé prend également en compte les cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD) n°3, 6 et 13. La vision formulée dans la SSS est : « **Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035 avec la pleine participation des communautés** ».

Le Plan Stratégique National de Lutte contre les Drogues est un effort consenti par le secteur santé pour contribuer à la réalisation de la vision sus-évoquée. C'est à cet effet que le but recherché dans le cadre de la mise en œuvre de ce document est de « **contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable** ». Ce qui est par ailleurs l'objectif général de la SSS 2020-2030 et l'orientation assignée au secteur santé par la SND30.

VISION ET OBJECTIFS

➤ Vision

La vision est celle d'un Cameroun émergeant où les drogues sont éradiquées à l'horizon 2035.

➤ Objectif Global

Réduire significativement l'offre, la demande et les conséquences de l'usage des drogues au Cameroun d'ici 2030.

➤ Objectifs stratégiques:

- Réduire l'exposition des populations aux drogues ;
- Amener les populations à réduire leur consommation des drogues ;
- Réduire les risques liés à la consommation des drogues ;
- Améliorer la performance de la réponse institutionnelle.

3.3. DESCRIPTION DE LA LOGIQUE D'INTERVENTION :

La stratégie de lutte est articulée autour de quatre axes stratégiques : (i) Réduction de l'offre des drogues ; (ii)

Réduction de la demande des drogues ; (iii) Réduction des risques liés à la drogue ; (iv) Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte.

3.3.1. AXE STRATÉGIQUE 1 : RÉDUCTION DE L'OFFRE DES DROGUES

Résumé de l'analyse situationnelle

Les populations sont fortement exposées aux drogues licites et illicites du fait que très peu d'initiatives sont prises en amont pour limiter leur disponibilité. Il existe un cadre réglementaire qui pourrait permettre d'en assurer le contrôle, mais celui-ci est non seulement inadapté à certains produits en circulation, notamment les PNRR mais aussi faiblement mis en œuvre.

Orientations stratégiques

Les activités retenues dans cet axe stratégique devront permettre de renforcer la mise en œuvre des mesures d'anticipation nécessaires pour un meilleur contrôle de la production et de la circulation des drogues. Il s'agira d'une part d'intervenir suffisamment en amont de manière prospective pour éviter la disponibilité des drogues illicites sur le marché ; et d'autre part, d'optimiser l'application du cadre réglementaire en vue d'une meilleure maîtrise des drogues licites en circulation.

Autrement dit, il sera question dans un premier temps de mettre en place tous les mécanismes nécessaires pour mettre fin au trafic des drogues illicites, le démantèlement des groupes relevant de la criminalité organisée qui sont impliqués dans la production et le trafic de drogue, le recours efficace à la justice pénale, une répression efficace reposant sur le renseignement et l'échange accru des informations.

Sur le plan juridique, des efforts supplémentaires seront orientés vers le développement des mécanismes permettant d'éviter la récidive et de renforcer l'efficacité de la justice pénale tout en veillant à la proportionnalité. Dans un second temps, les interventions à ce niveau seront de nature à veiller à ce que les mesures restrictives et de contrôle des drogues licites soient entièrement mises en œuvre.

Objectif stratégique de l'axe

Réduire l'exposition des populations aux drogues.

Objectifs spécifiques

- Réduire l'offre des drogues illicites sur le territoire national
- Améliorer le contrôle des drogues licites

Interventions retenues

- 1.1. Actualisation du cadre réglementaire ;
- 1.2. Intégration de l'approche santé et droits humains dans les stratégies et politiques de lutte contre les drogues ;
- 1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux ;
- 1.4. Développement des mécanismes de lutte contre la précarité des ménages et de reconversion des personnes impliquées dans le trafic des drogues illicites ;
- 1.5. Amélioration du contrôle et de l'accès aux médicaments/intrants contenant des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales.

3.3.2. AXE STRATÉGIQUE 2 : RÉDUCTION DE LA DEMANDE DES DROGUES

Résumé de l'analyse situationnelle

La consommation des drogues licites et illicites a atteint la côte d'alerte. La faible capacité des acteurs de lutte à assurer la prévention et la gestion des cas de troubles liés à l'usage des drogues en est l'une des principales raisons.

Orientations stratégiques

Dans le cadre de ce plan stratégique, sera considérée comme faisant partie du domaine de la réduction de la demande, toute activité qui vise la diminution du désir ou du besoin de consommer ou d'abuser de toute substance psychoactive ou conduite addictive par un individu ou par un groupe d'individus. Une emphase particulière sera mise sur l'anticipation de la propagation du VIH/SIDA et des problèmes connexes du fait de la consommation des drogues.

Objectif stratégique de l'axe

Amener les populations à réduire leur consommation des drogues

Objectif spécifique de l'axe :

- Améliorer la prévention des troubles liés à l'usage des drogues
- Améliorer la gestion des cas

Interventions

2.

2.1. Renforcement des capacités de prévention à tous les niveaux ;

2.2. Développement des mécanismes de prises en charge directes et indirectes des cas;

2.3. Organisation de la réinsertion des cas.

3.3.3. AXE STRATÉGIQUE 3 : RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIÉS À LA CONSOMMATION DES DROGUES

Résumé de l'analyse situationnelle

La prévalence du VIH reste élevée dans la population usagère de drogue au Cameroun. On estime la prévalence de séropositivité du VIH à environ 10% chez les UD de la ville de Douala et de 5% à Yaoundé. Pourtant, dans les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), moins de 35% de patients déclarent avoir fait un test de dépistage du VIH. Les jeunes désœuvrés et ceux qui vivent dans des zones d'urbanisation rapide, courent un risque accru de développer des troubles liés à la consommation de drogues et des problèmes de santé associés tels que le VIH/SIDA, la tuberculose et les hépatites virales. Le développement d'un programme de réduction des risques permettra de prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose et les dommages sociaux et psychologiques liés à l'usage et la dépendance aux drogues. On constate également l'absence d'une réglementation spécifique concernant l'utilisation et la vente de produits à risques réduits.

Orientations stratégiques

Parallèlement aux efforts de réduction de l'offre et de la demande, la réduction des risques fait partie intégrante d'une riposte nationale en matière de lutte contre les drogues. Ainsi, la prise en charge sanitaire et sociale des cas comprendra des mesures visant à mitiger les risques liés à l'usage des drogues, notamment les maladies liées à la consommation du tabac, la transmission des maladies telles que le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les cancers etc.

Les politiques, stratégies et programmes dédiées à la prévention, le traitement et la prise en charge des principales maladies transmissibles (VIH/SIDA, Tuberculose, Hépatites Virales, etc.) ne sont pas adaptés aux problèmes spécifiques des usagers des drogues. Cette situation entraîne une forte prévalence de ces pathologies dans ce groupe de population. Le problème se pose davantage chez les personnes qui consomment et s'injectent des drogues et celles qui sont en milieu carcéral. Cette situation entrave les efforts visant à mettre fin à ces pathologies notamment l'épidémie de VIH/SIDA.

En ce qui concerne la lutte contre les principales maladies transmissibles du pays, il est donc nécessaire de développer des paquets d'interventions spécifiques aux usagers de drogues. Cette précaution permet de faciliter l'accès à un ensemble complet et essentiel de services de prévention du VIH, de la tuberculose et autres problèmes sociaux et de santé publiques auxquels elles sont fortement exposées. La mise en œuvre de ces interventions sera effectuée en luttant contre la discrimination et la stigmatisation qui sont des facteurs entravant l'accessibilité de ce groupe cible à ces services.

Objectif stratégique de l'axe

Améliorer la prévention et la prise en charge des cas de VIH, Tuberculose, IST et Hépatites virales et autres maladies associées à la consommation des drogues.

Objectif spécifique de l'axe

- Réduire les nouvelles infections de VIH et d'hépatites virales attribuables à la consommation des drogues

Interventions

3.

- 3.1. Renforcement de la communication sur les risques liés à la consommation des drogues et l'engagement communautaire (CREC) ;
- 3.2. Développement des mécanismes de réduction des risques de propagation d'IST, VIH/SIDA, tuberculose et hépatites virales par les UD ;
- 3.3. Elaborer et mettre en œuvre le mécanisme de prévention des overdoses.

3.3.4. AXE STRATÉGIQUE 4 : RÉORGANISATION DE LA RÉPONSE INSTITUTIONNELLE DE LA LUTTE

Résumé de l'analyse situationnelle

La réponse institutionnelle est insuffisante et faiblement coordonnée. La principale raison étant la faible capacité du CNLD à fédérer les acteurs de lutte autour d'un cadre de référence commun. A cela s'ajoute la coopération et la collaboration insuffisante entre les acteurs de lutte sur le plan national et international.

Orientations stratégiques

Plusieurs acteurs sont fortement concernés par la problématique. Pour plus d'efficacité dans cette lutte, il est nécessaire de réorganiser la réponse institutionnelle. Cette réorganisation passera nécessairement par un renforcement du CNLD, l'élaboration d'un cadre de référence commun qui permettra de fédérer les efforts de lutte pour plus d'efficacité.

Objectif stratégique de l'axe :

Améliorer la performance de la réponse institutionnelle

Objectif spécifique de l'axe :

- Améliorer l'effectivité de la mise en œuvre du PSNLD
- Améliorer l'efficacité de la lutte à tous les niveaux

Interventions

4.

- 4.1. Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire de la lutte ;
- 4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux ;
- 4.3. Décentralisation de la lutte contre les drogues ;
- 4.4. Renforcement de la coordination et le suivi-évaluation multisectoriel des interventions de lutte ;
- 4.5. Renforcement des mécanismes de financement de la lutte contre les drogues ;
- 4.6. Renforcement de la coopération internationale ;
- 4.7. Renforcement de la recherche sur la lutte contre les drogues ;
- 4.8. Renforcement de la surveillance épidémiologique nationale sur la consommation, la production et le trafic des drogues.

3.4 DU CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION :

La logique d'intervention décrite ci-dessus est synthétisée dans le cadre logique d'intervention ci-après

Tableau 10 : Cadre logique d'interventions

BUT : «contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable»

OBJECTIF GLOBAL : Réduire significativement l'offre, la demande et les conséquences de l'usage des drogues au Cameroun d'ici 2030

AXES STRATEGIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEUR	VALEUR DE BASE	CIBLE 2030	MOYEN DE VERIFICATION
REDUCTION DE L'OFFRE	Réduire l'exposition des populations aux drogues	Réduire l'offre des drogues illicites sur le territoire national	Quantité de drogues contrôlées saisies	Cocaïne : 14Kg Héroïne : 5Kg Métamphétamine : 178 Kg	Augmentation de plus de 25%	Rapports DGSN, SED et DOUANES
				(Valeurs de 2019 selon le Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances)		
		Améliorer le contrôle des drogues licites	Superficie des champs des drogues illicites détruits	20 Hectares (Valeurs de 2019 selon le Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances)	Augmentation de plus de 25%	Rapports DGSN, SED et DOUANES
			Proportion des dispositions réglementaires clés adoptées ¹	1/5 en 2023 (Rapport de la commission multisectorielle antitabac)	5/5	Revue documentaire

¹ Les dispositions réglementaires clés sont : engagements souscrits à l'OMS en faveur de la lutte contre le tabac et l'abus de l'alcool (la loi antitabac ; taxation des produits du tabac ; arrêté conjoint sur le marquage sanitaire des produits du tabac ; dispositions juridiques sur la traçabilité des produits du tabac et les boissons alcoolisées ; etc.)

AXES STRATEGIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEUR	VALEUR DE BASE	CIBLE 2030	MOYEN DE VERIFICATION
REDUCTION DE LA DEMANDE	Amener les populations à réduire leur consommation des drogues	Améliorer la prévention des troubles liés à l'usage des drogues	Age moyen du premier contact avec les drogues (alcool exclu)	11 ans en 2014 (Etude Cartographique du problème de drogue et de toxicomanie au Cameroun)	30 ans	Enquête / Etude
		Améliorer la gestion des cas	% de patients dont la réinsertion sociale est réussie	A déterminer	100%	Données de routine MINAS, MINJEC
			% de cas de rechutes	A déterminer	20%	Données de routine des CSAPA
REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIES A LA CONSOMMATION DES DROGUES	Améliorer la prévention, et la prise en charge des cas de VIH, Tuberculose et Hépatites virales associés à la consommation des drogues	Réduire les nouvelles infections de VIH et d'hépatites virales attribuables à la consommation des drogues	Incidence du VIH chez les UD	5%	2,5%	
			Incidence des hépatites virales chez les UDI	12,5%	7%	
			% de réunions statutaires du CNLD tenues	0% en 2023	100%	Revue documentaire
REORGANISATION DE LA REPONSE INSTITUTIONNELLE	Améliorer la performance de la réponse institutionnelle	Améliorer l'efficacité de la mise en œuvre du PSNLD	Proportion d'activités du plan de lutte contre les drogues qui ont été mises en œuvre	0% en 2023	100%	Rapport de revue du PSNLD
		Améliorer l'efficacité de la lutte à tous les niveaux	Taux de réalisation des cibles projetées dans le plan	0% en 2023	100%	Rapport de revue du PSNLD

CHAPITRE 4

DISPOSITITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION

CHAPITRE 4 : DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION

4.1. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DU PSN DE LUTTE CONTRE LES DROGUES

De nombreux acteurs seront impliqués dans la mise en œuvre de cette stratégie. Par conséquent, le suivi de la mise en œuvre de ce plan sera effectué par le Ministère en charge de la Santé Publique en collaboration avec d'autres administrations partenaires clés, y compris les partenaires non-étatiques intervenant dans la stratégie. Deux points majeurs sont à considérer pour donner de meilleures chances de réussite au suivi de la mise en œuvre de ce plan. Il s'agit : (i) des réformes nécessaires et de la (ii) définition des rôles, des responsabilités et des modalités de suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

4.1.1. DISPOSITIF ACTUEL DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-ÉVALUATION

Le CNLD est la structure en charge de la coordination de la lutte contre les drogues au Cameroun. Il est composé d'un secrétariat permanent et de 06 sous-comités. A ces structures l'on ajoute la Commission Multisectorielle Antitabac dont la mission est exclusive à la question du tabac.

4.1.1.1. Le Secrétariat Permanent du CNLD

D'après les dispositions du texte l'arrêté N° 0116/MSP du 22 décembre 1995, portant création et fixant les modalités de fonctionnement des organes de travail du Comité National de Lutte contre la Drogue, le Secrétariat Permanent est placé sous la coordination d'un Secrétaire permanent qui est assisté par le : (i) le Directeur de la pharmacie et du Médicament ; (ii) le Sous-Directeur de la Santé Mentale ; et le (iii) le Chef de la Cellule Juridique. La mission de cette structure est de :

- Suivre l'exécution des résolutions du Comité ;
- Préparer les réunions du Comité ;
- Conserver et diffuser les documents ;
- Assurer le secrétariat des réunions du Comité ;
- Créer et gérer une banque de données.

4.1.1.2. Les sous-comités du CNLD

Pour réaliser ses missions, le Secrétariat Permanent s'appuiera sur les 06 sous-comités que sont :

1. Sous-comité de la prévention :

Présidé par le représentant du Ministre en charge de la jeunesse et des sports, ce comité se réunit une fois par trimestre. Les membres qui composent ce comité sont les représentants des ministères chargés:

- des affaires sociales et de la condition féminine
- de l'éducation nationale ;
- de la communication ;

- du travail et de la prévoyance sociale ;
- de la culture ;
- l'administration territoriale ;
- de la santé publique.

Le sous-comité est chargé de la mise au point des méthodes et des systèmes permettant de déterminer la fréquence de l'abus des drogues, à ce titre, il organise :

- l'évaluation de l'incidence de l'usage impropre et de l'abus des drogues ;
- les systèmes généraux de collecte et d'évaluation des données ;
- la prévention de l'usage des drogues sur les lieux ainsi qu'en milieux scolaire et extra-scolaire ;
- les communautés, les organismes de détection et de répression, les services de santé, les services sociaux et les services d'enseignement dans les programmes conjoints de lutte, de prévention de l'abus de drogue ;
- la création des activités de loisirs au service de la campagne continue contre l'abus des drogues ;
- l'implication active des médias dans les campagnes et actions de prévention ;
- une banque des données sur la prévention.

2. Sous-comité du contrôle de l'offre et de la demande

Présidé par le représentant du Ministre en charge de la santé publique, ce comité se réunit trimestriellement. Les membres qui le constituent sont les représentants du Ministère chargé :

- de la défense ;
- de l'agriculture ;
- de l'environnement et des forêts ;
- des douanes ;
- du développement industriel et commercial
- des relations extérieures ;
- de l'administration territoriale ;
- des transports ;
- de la communication ;
- du secrétariat d'Etat à la Sécurité Intérieure.

La mission assignée à ce sous-comité est de veiller au contrôle national des stupéfiants conformément à la convention de 1971 telle que modifiée par le protocole de 1972. A ce titre, il est chargé :

- de veiller au renforcement du système international de contrôle des drogues ;
- de contrôler l'usage rationnel des produits pharmaceutiques contenant des stupéfiants ou des substances psychotropes ;
- de collaborer activement au renforcement du contrôle des mouvements internationaux de substances psychotropes ;
- de réactualiser la liste des substances psychotropes sous contrôle circulant sur le territoire ;
- de contrôler le mouvement commercial des précurseurs, des produits chimiques essentiels et des équipements destinés à la fabrication des dérivés ;
- de contrôler les analogues des substances sous contrôle international ;
- de localiser la culture illicite de plantes servant à fabriquer des stupéfiants ;
- de supprimer les plantes illicites, tout en respectant les aspects socio-culturels et la pharmacopée traditionnelle ;

- d'initier des projets de reconversion de zones antérieurement consacrées à la culture de la drogue ;
- de créer et de gérer une banque des données sur l'offre et la demande.

3. Sous-comité de la législation et de la répression

Présidé par le Représentant du Ministre en charge de la Justice, il se réunit trimestriellement. Sa mission est de promouvoir une législation nationale en harmonie avec les traités internationaux et de veiller à leur application. Ce Sous-comité est également chargé de déterminer les modalités de mise en œuvre de la politique nationale de répression contre le trafic des drogues. Les membres qui le constituent sont les représentants du Ministère chargé :

- de la défense ;
- des douanes ;
- de l'administration territoriale ;
- de la communication ;
- du Secrétariat d'Etat à la Sécurité Intérieure ;
- des relations extérieures.

4. Sous-comité du traitement

Le sous-comité traitement est présidé par le représentant du Ministre chargé de la santé publique et doit se réunir une fois par trimestre. Les membres qui constituent ce comité sont : notamment : les Représentant du Ministère chargé:

- des affaires sociales et de la condition féminine,
- de l'enseignement supérieur ;
- de l'éducation nationale ;
- de la jeunesse et des sports ;
- de la communication

Ce sous-comité a été mis en place afin d'assurer la mise en œuvre des interventions suivantes :

- proposer une politique adaptée au contexte culturel et tenant compte des dispositions internationales en vue du traitement des toxicomanes ;
- faire le choix du programme de traitement adapté ;
- faire l'inventaire des méthodes et techniques de traitement disponibles ;
- former le personnel s'occupant des toxicomanes ;
- réduire l'incidence des maladies et infections qui en résultent ;
- organiser les soins à dispenser aux toxicomanes délinquants dans le système judiciaire et pénitentiaire ;
- mettre au point une stratégie de dépistage ;
- intégrer les soins des toxicomanes dans l'ensemble des systèmes de soins physique et mentale à l'instar des soins de santé primaires ;
- collaborer avec les organismes non gouvernementaux dans les programmes de traitements
- mettre au point des traitements à cout réduit en évitant l'utilisation des drogues ;

- créer et gérer une banque des données

5. Sous-comité de la réadaptation

Sous la présidence du représentant du Ministre en charge des affaires sociales, ce sous-comité se réunit trimestriellement. Il est constitué des Représentants du Ministère chargé :

- de la jeunesse et des sports ;
- du travail et de la prévoyance sociale ;
- de la santé publique ;
- de la culture ;
- de la communication ;
- de l'agriculture ;
- du développement industriel et commercial ;
- l'administration territoriale ;
- de l'éducation nationale ;
- de l'enseignement supérieur ;
- des relations extérieures.

Son rôle est de Faire l'inventaire des méthodes et techniques de réadaptation disponibles ;

- former les éducateurs et travailleurs sociaux chargés de s'occuper de la réinsertion des toxicomanes ;
- de participer à la prise en charge des toxicomanes délinquants des systèmes judiciaire et pénitentiaire au cours des projets de réadaptation ;
- d'organiser la réadaptation sociale des personnes auxquelles ont été appliqués des programmes de traitement et de réadaptation en collaboration avec les équipes de santé ;
- de se mettre en contact avec les réseaux internationaux de programme de réadaptation ;
- de mettre au point des mécanismes d'appui à l'individu et à la famille pour empêcher les récidives ;
- d'adapter la réinsertion ou la réadaptation au contexte socioculturel ;
- de collaborer avec les organisations non gouvernementales impliquées dans la réadaptation ;
- de créer et de gérer une banque de données.

6. Sous-comité de la coopération internationale

Le MINREX préside le Sous-comité chargé de la coopération internationale. Il se réunit trimestriellement avec les membres représentant les Ministères en charge :

- des affaires sociales ;
- de la justice ;
- de la santé publique ;
- du développement industriel et commercial ;
- de la communication ;
- de l'environnement et des forêts ;
- de l'économie et des finances ;
- du Secrétariat d'Etat à la Sécurité Intérieure

Le rôle de ce comité est de rechercher et d'exploiter toutes les informations ou rapports ayant trait à la coopération bilatérale et multilatérale sur la circulation mondiale de la drogue. A ce titre, il est appelé :

- à suivre le processus d'élaboration et de ratification des différentes conventions internationales ;
- à vulgariser les recommandations et les décisions des Nations Unies dans la lutte contre la drogue ;
- à maintenir une liaison suivie avec les organismes ou réseaux internationaux spécialisés dans la lutte contre la drogue ;
- à coordonner l'usage des aides négociées auprès des Etats et Organismes Internationaux.

Tableau 11: Vue synoptique des rôles et responsabilités des organes de coordination à différents niveaux

N°	Structure	Membres	Missions	Périodicités des réunions	Président ou responsable	observations
1	Secrétariat permanent	Assisté par le : - Directeur de la pharmacie et du Médicament ; - Sous-Directeur de la Santé Mentale ; - Chef de la Cellule Juridique	- Suivre l'exécution des résolutions du Comité ; - Préparer les réunions du Comité ; - Conserver et diffuser les documents ; - Assurer le secrétariat des réunions du Comité - Créer et gérer une banque de données	Permanent	Secrétaire permanent	Peut s'adjoindre en tant que de besoin d'autres personnes de nationalité camerounaise ou étrangère
1	Sous-comité de la prévention	Représentants des Ministères chargés : - des affaires sociales et de la condition féminine - de l'éducation nationale ; - de la communication ; - du travail et de la prévoyance sociale ; - de la culture ; - l'administration territoriale ; - de la santé publique	Le sous-comité est chargé de la mise au point des méthodes et des systèmes permettant de déterminer la fréquence de l'abus des drogues, à ce titre, il organise : - l'évaluation de l'incidence de l'usage impropre et de l'abus des drogues ; - les systèmes généraux de collecte et d'évaluation des données ; - la prévention de l'usage des drogues sur les lieux ainsi qu'en milieux scolaire et extra-scolaire ; - les communautés, les organismes de détection et de répression, les services de santé, les services sociaux et les services d'enseignement dans les programmes conjoints de lutte, de prévention de l'abus de drogue ; - la création des activités de loisirs au service de la campagne continue contre l'abus des drogues ; - l'implication active des médias dans les campagnes et actions de prévention ; - une banque des données sur la prévention.	Une fois par trimestre	Représentant du ministre chargé de la jeunesse et des sports	Les PV des réunions sont transmis par le président du sous-comité au président du comité au plus tard quinze (15) jours après la réunion

2	Sous-comité du contrôle de l'offre et de la demande	Représentants des Ministères chargés: - de la défense ; - de l'agriculture ; - de l'environnement et des forêts ; - des douanes ; - du développement industriel et commercial - des relations extérieures ; - de l'administration territoriale ; - des transports ; - de la communication ; - du secrétariat d'Etat à la Sécurité Intérieure	veiller au contrôle national des stupéfiants conformément à la convention de 1971 telle que modifiée par le protocole de 1972. A ce titre, il est chargé : - de veiller au renforcement du système international de contrôle des drogues ; - de contrôler l'usage rationnel des produits pharmaceutiques contenant des stupéfiants ou des substances psychotropes ; - de collaborer activement au renforcement du contrôle des mouvements internationaux de substances psychotropes ; - de réactualiser la liste des substances psychotropes sous contrôle circulant sur le territoire ; - de contrôler le mouvement commercial des précurseurs, des produits chimiques essentiels et des équipements destinés à la fabrication des dérivés ; - de contrôler les analogues des substances sous contrôle international ; - De localiser la culture illicite de plantes servant à fabriquer des stupéfiants ; - De supprimer les plantes illicites, tout en respectant les aspects socio-culturels et la pharmacopée traditionnelle ; - D'initier des projets de reconversion de zones antérieurement consacrées à la culture de la drogue ; - De créer et de gérer une banque des données sur l'offre et la demande.	Une fois par trimestre	Représentant du ministre chargé de la santé publique	Les PV des réunions sont transmis par le président du sous-comité au président du comité au plus tard quinze (15) jours après la réunion
---	---	--	---	------------------------	--	--

3	Sous-comité de la législation et de la répression	R e p r é s e n t a n t s des Ministères chargés: - de la défense ; - des douanes ; - de l'administration territoriale ; - de la communication ; - du Secrétariat d'Etat à la Sécurité Intérieure ; - des relations extérieures.	- Promouvoir une législation nationale en harmonie avec les traités internationaux et de veiller à leur application ; - Déterminer les modalités de mise en œuvre de la politique nationale de répression contre le trafic des drogues.	Une fois par trimestre	Représentant du ministre chargé de la justice	Les PV des réunions sont transmis par le président du sous-comité au président du comité au plus tard quinze (15) jours après la réunion
4	Sous-comité du traitement	R e p r é s e n t a n t s des Ministères chargés: - des affaires sociales et de la condition féminine, - de l'enseignement supérieur ; - de l'éducation nationale ; - de la jeunesse et des sports ; - de la communication	- proposer une politique adaptée au contexte culturel et tenant compte des dispositions internationales en vue du traitement des toxicomanes ; - faire le choix du programme de traitement adapté ; - faire l'inventaire des méthodes et techniques de traitement disponibles ; - former le personnel s'occupant des toxicomanes ; - réduire l'incidence des maladies et infections qui en résultent ; - organiser les soins à dispenser aux toxicomanes délinquants dans le système judiciaire et pénitentiaire ; - mettre au point une stratégie de dépistage ; - intégrer les soins des toxicomanes dans l'ensemble des systèmes de soins physique et mentale à l'instar des soins de santé primaires ; - collaborer avec les organismes non gouvernementaux dans les programmes de traitements ; - mettre au point des traitements à cout réduit en évitant l'utilisation des drogues ; - créer et gérer une banque des données	Une fois par trimestre	Représentant du ministre chargé de la santé publique	

5	Sous-comité de la réadaptation	R e p r é s e n t a n t s des Ministères chargés: - de la jeunesse et des sports ; - du travail et de la prévoyance sociale ; - de la santé publique ; - de la culture ; - de la communication ; - de l'agriculture ; - du développement industriel et commercial ; - de l'administration territoriale ; - de l'éducation nationale ; - de l'enseignement supérieur ; - des relations extérieures.	- faire l'inventaire des méthodes et techniques de réadaptation disponibles ; - former les éducateurs et travailleurs sociaux chargés de s'occuper de la réinsertion des toxicomanes ; - de participer à la prise en charge des toxicomanes délinquants des systèmes judiciaire et pénitentiaire au cours des projets de réadaptation ; - d'organiser la réadaptation sociale des personnes auxquelles ont été appliqués des programmes de traitement et de réadaptation en collaboration avec les équipes de santé ; - de se mettre en contact avec les réseaux internationaux de programme de réadaptation ; - de mettre au point des mécanismes d'appui à l'individu et à la famille pour empêcher les récidives ; - d'adapter la réinsertion ou la réadaptation au contexte socioculturel ; - de collaborer avec les organisations non gouvernementales impliquées dans la réadaptation ; - de créer et de gérer une banque de données.	Une fois par trimestre	Représentant du ministre chargé des affaires sociales	Les PV des réunions sont transmis par le président du sous-comité au président du comité au plus tard quinze (15) jours après la réunion
---	--------------------------------	---	---	------------------------	---	--

6	Sous-comité de la coopération internationale	R e p r é s e n t a n t s des Ministères chargés: - des affaires sociales ; - de la justice ; - de la santé publique ; - du développement industriel et commercial ; - de la communication ; - de l'environnement et des forêts ; - de l'économie et des finances ; - du Secrétariat d'Etat à la Sécurité Intérieure	Chargé de rechercher et d'exploiter toutes les informations ou rapports ayant trait à la coopération bilatérale et multilatérale sur la circulation mondiale de la drogue. A ce titre, il est appelé : - à suivre le processus d'élaboration et de ratification des différentes conventions internationales ; - à vulgariser les recommandations et les décisions des Nations Unies dans la lutte contre la drogue ; - à maintenir une liaison suivie avec les organismes ou réseaux internationaux spécialisés dans la lutte contre la drogue ; - à coordonner l'usage des aides négociées auprès des Etats et Organismes Internationaux.	Une fois par trimestre	Représentant du ministre chargé des relations extérieures	Les PV des réunions sont transmis par le président du sous-comité au président du comité au plus tard quinze (15) jours après la réunion
7	Commission Multisectoriel Antitabac	- SPM - Finances ; - Commerces ; - Economie et planification ; - Jeunesse - Sport ; - Emploi t formation professionnelle ; - Communication ; - Agriculture et développement rural ; - Santé publique ; - Justice ; - Affaires sociales ; - Administration territoriale ; - Relations extérieures ; - Arts et culture ; - Tourisme et loisir ; - Environnement ; - Transports ; - Enseignements supérieur ; - Education de base ; - Enseignement secondaires ; - Promotion de la femme et de la famille ; - Travail et sécurité sociale ; - oms ; - réseau parlementaire pour la lutte antitabac ; - C3T	- Réduire la demande de tabac et des produits de tabac ; - Réduire l'offre de tabac et des produits du tabac ; - Développer les législations et réglementations antitabac - Promouvoir la coopération scientifique et technique en matière de recherche, de communication et d'échange d'informations	Par convocation du ministre en charge de la santé	<u>Président</u> : MINSANTE <u>Coordonnateur</u> : DPS <u>Secrétariat technique</u> : SP/CNLD	

8	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	FOSA de 2° et 3° catégories	Mise en œuvre des mesures antitabac en application des dispositions de la Convention Cadre de l'OMS pour la lutte Antitabac et notamment celles visant à : - La Surveillance de l'épidémie d'abus de drogues ou de toute autre substance psychoactive ; - La prévention des toxicomanies et autres comportements d'addiction ; - La prise en charge globale des personnes ayant une relation de dépendance à l'égard de toute substance ou pratique addictive ; - La prévention des addictions sans substance	permanent	Sous-comité de traitement du CNLD	
---	--	-----------------------------	--	-----------	-----------------------------------	--

4.1.2. RÉFORMES NÉCESSAIRES

Chaque administration impliquée ainsi que les autres parties prenantes auront chacun un rôle spécifique à jouer qu'il convient de préciser. Les rôles des différents acteurs clés se trouvent résumés dans le tableau ci-après. Pour une plus grande efficacité, la réforme majeure à envisager est la mise à jour des textes portant création et mise en place du CNLD. Il sera principalement question de l'adapter au nouveau contexte et d'assurer la prise en compte des thématiques émergentes dans le domaine.

Tableau 12 : Rôles des différents acteurs clés

STRUCTURES	ROLES MAJEURS
MINSANTE	- L'élaboration/l'actualisation de la législation et de la réglementation; - L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale; - de la recherche et de la constatation des infractions à la législation sur l'exercice de la pharmacie; - Mener les actions de communication dans le cadre de la lutte.
MINJUSTICE	- Coordonner les interventions de lutte aux niveaux déconcentrés (régional et opérationnel); - Engager systématiquement les poursuites judiciaires pour les infractions avérées - Ordonner la destruction des produits saisis/illicites.
MINIFI/DOUANES	- Contrôler l'importation et l'exportation des produits; - Saisir les substances illicites aux postes de contrôle - Traduire systématiquement les contrebandiers en Justice.
DGSN/SED	- Mener les opérations coup de poing ; - Interpeller systématiquement les vendeurs de drogues illicites; - Veiller au respect de la réglementation en matière de commercialisation des drogues licites ; - Traduire systématiquement les mises en cause en Justice; - Démanteler les réseaux de trafic illicite de produits pharmaceutiques.
MINAT	- Fermer les structures illicites/clandestines; - Faciliter les opérations de communication et de sensibilisation prévues dans le plan; - Accompagner les acteurs de la lutte.

STRUCTURES	ROLES MAJEURS
MINCOMMERCE	- Réguler la commercialisation des produits dont l'homologation des prix des produits pharmaceutiques; - Réglementer la commercialisation des PNRR - Participer aux opérations de saisie.
MINFI et MINEPAT	- Accompagner le processus de programmation budgétaire; - Mettre à disposition les fonds nécessaires à la lutte.
MINDEVEL et RE-PRESENTANTS DES EXECUTIFS REGIONAL et COMMUNAL	- Organiser la veille citoyenne - Veiller au respect de la réglementation en matière de la commercialisation des drogues licites - Mettre systématiquement les propriétaires d'étals, de magasins, illicites de produits pharmaceutiques à la disposition de la Justice ; - Faciliter l'installation des professionnels du médicament notamment dans les déserts pharmaceutiques.
PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	- Accompagner le Gouvernement dans la lutte; - Faciliter les actions de coopération sous régionale et internationale dans le domaine de la lutte.

4.2. MODALITES DE SUIVI-EVALUATION

Le suivi-évaluation a pour objectif de donner une vision globale des performances dans la mise en œuvre du plan et d'informer les organes de pilotage sur les décisions à prendre en vue d'une mise en œuvre optimale.

Dans cette optique, le dispositif de suivi-évaluation est fortement lié au plan opérationnel où les interventions ont été déclinées en activités et en tâches. Les indicateurs de suivi et d'effets arrêtés serviront à mesurer la progression effective des performances vers les cibles fixées. Pour renseigner ces indicateurs, un mécanisme de remontée de l'information sera mis en place en s'appuyant sur les outils disponibles dans les différentes administrations impliquées dans la lutte. Un plan opérationnel sera élaboré pour faciliter une mise en œuvre cohérente des interventions de lutte. Celui-ci sera assorti d'un plan de suivi-évaluation détaillé.

4.2.1. LE SUIVI

Deux principales modalités seront retenues pour le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique à savoir : les réunions multisectorielles de coordination et les supervisions.

4.2.1.1. Les réunions multisectorielles de coordination

Les réunions multisectorielles de coordination seront organisées au niveau central tous les semestres pour servir de cadre de réflexion stratégique et veiller à l'efficacité de la mise en œuvre des activités retenues. Autrement dit, elles constitueront des lieux pour débattre et trouver des solutions aux éventuels problèmes et lacunes rencontrés dans la mise en œuvre des activités. Les réunions de coordination seront aussi des opportunités pour parer aux difficultés rencontrées et suivre les progrès réalisés.

De même, au niveau régional et périphérique, des réunions se tiendront trimestriellement et mensuellement respectivement, pour l'opérationnalisation du plan et l'organisation pratique des activités programmées.

4.2.1.2. Les supervisions

Les administrations impliquées dans la lutte effectueront à tous les niveaux, des supervisions périodiques intégrées avec des outils élaborés à cet effet. Ce qui permettra de suivre la mise en œuvre des activités planifiées. Ces supervisions seront effectuées par des cadres techniquement compétents d'un niveau supérieur vers les niveaux inférieurs dans le but de s'assurer que les activités sont menées conformément aux procédures mises en place.

Les niveaux centraux superviseront semestriellement les niveaux régionaux, qui à leur tour superviseront trimestriellement les structures du niveau opérationnel. Les superviseurs seront tenus de vérifier les informations à tous les niveaux pour s'assurer de la qualité des données.

4.2.1.3. Les outils de suivi

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du Plan, les outils suivants seront utilisés :

- **le tableau de bord des indicateurs** contenus dans le cadre opérationnel : ce tableau contient tous les indicateurs clés de suivi avec les méthodes de leur calcul ainsi que les modalités pour les renseigner ;
- **les fiches de suivi de réalisation des activités** : elles renseignent sur le calendrier des activités, le niveau d'exécution des différentes tâches ; le taux de consommation des ressources financières ; les difficultés éventuelles rencontrées et les ajustements opérés ;
- **les rapports d'activités** : le rapport d'activité global sera principalement alimenté par les rapports d'activités de différentes structures membres du CNLD.

4.2.2. L'ÉVALUATION

L'évaluation du plan sera réalisée à travers les 03 modalités suivantes : la surveillance de la mise en œuvre des interventions, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale. Aussi, une évaluation à mi-parcours n'a-t-elle pas été jugée nécessaire au vu de la brièveté de la période prévue pour l'exécution du plan.

4.2.2.1. Surveillance de la mise en œuvre des interventions

La surveillance de la mise en œuvre des interventions se fera tous les 6 mois et permettra d'apprécier les tendances des performances réalisées pour ajuster au besoin les interventions planifiées. Pendant cette surveillance, les évaluations internes seront réalisées sur la base : (i) des rapports d'exécution du plan au niveau de chaque administration impliquée ; (ii) des rapports de supervisions périodiques effectuées au niveau de chaque administration ; (iii) des audits techniques financiers et comptables.

4.2.2.2. Évaluations à mi-parcours et finale

Des évaluations à mi-parcours et à la fin de la mise en œuvre de la stratégie seront réalisées respectivement en 2026 et en 2030. L'évaluation à mi-parcours sera effectuée pour déterminer des actions correctives nécessaires pour orienter la mise en œuvre de la stratégie. L'évaluation finale sera faite à l'issue de la mise en œuvre du plan en 2030. Elle appréciera l'efficacité du plan et permettra en outre de tirer des leçons pour l'élaboration du prochain plan de lutte qui couvrira le prochain cycle programmatique. Selon les moyens disponibles, il sera possible de recourir à des structures externes pour éliminer tout biais de subjectivité lors de ces évaluations.

CHAPITRE 5

MECANISME DE FINANCEMENT DU PLAN

CHAPITRE 5 : MECANISME DE FINANCEMENT DU PLAN

5.1. STRATEGIE DE FINANCEMENT DU PLAN

Le principal défi lié au financement efficace des plans multisectoriels consiste à trouver un mécanisme permettant de mutualiser les ressources des différentes administrations impliquées. Bien des fois, les activités planifiées dans les plans stratégiques n'ont pas été implémentées parce qu'elles n'étaient pas toujours en phase avec les cadres stratégiques de performance des administrations concernées par la mise en œuvre. De ce fait, les structures de mise en œuvre ne les programmaient pas souvent dans leur Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) respectifs. Bien au contraire, les acteurs de mise en œuvre avaient plutôt tendance à attendre des financements émanant du ministère chef de file ou alors des partenaires au développement.

Pour pallier cette faiblesse, les administrations concernées par la mise en œuvre du PSN ont convenu de la nécessité de proposer des activités qui sont en phase avec leurs cadres stratégiques de performances respectifs. Cette approche a permis de proposer deux types d'activités à savoir : (i) celles jugées pertinentes pour la lutte contre les drogues et qui bénéficient déjà d'une provision budgétaire dans les Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) ; et (ii) celles jugées pertinentes pour la lutte contre les drogues mais qui ne bénéficient d'une provision budgétaire.

5.1.1. LES ACTIVITÉS BÉNÉFICIAIRES D'UNE PROVISION BUDGÉTAIRE DANS LES CDMT

L'examen des CDMT a permis d'identifier les activités et les tâches qui concourent à la lutte contre les drogues, le but étant de déceler celles qui sont régulièrement financées et mises en œuvre par chaque administration. Cette précaution permet de s'accorder un minimum d'assurance sur l'effectivité de la mise en œuvre du PSN au cours du triennat 2024-2026. Dans le cadre de ce document, ces activités ont été marquées par le sigle **LR** qui signifie « **ligne de référence** ».

5.1.2. LES ACTIVITÉS NON INSCRITES DANS LE CDMT

Les activités jugées pertinentes mais qui ne sont pas encore prises en compte dans les CDMT ont été marquées par le sigle **MN** qui signifie « **Mesure Nouvelle** ». Il s'agit des activités qui feront l'objet d'un plaidoyer pour leur inscription dans les CDMT, lesquels sont élaborés annuellement. Il convient, également de rappeler que les programmes, les actions et les activités auxquels les **MN** se raccordent ont été identifiées. La stratégie de financement prévoit également que les « **Mesures Nouvelles** » soient consignées dans un document de plaidoyer qui sera régulièrement soumis à l'attention des partenaires au développement.

5.2. COUT DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN POUR LE TRIENNAT 2024-2026

5.2.1. RÉPARTITION DU COÛT PAR TYPE D'ACTIVITÉS

L'estimation du coût de la mise en œuvre du plan a été effectuée pour la période 2024-2026 qui renvoie à la première phase de mise en œuvre. Tels que l'illustrent les tableaux ci-après, le coût global de la mise en œuvre du plan a été estimé à **CFA 92 236 955 815**. Dans l'ensemble, la proportion de financement quasi certaine d'être disponible (LR) représente les 60% du budget alors que la proportion à rechercher soit à travers le plaidoyer auprès des partenaires soit à travers l'introduction dans les prochains CDMT représente les 40% restants.

Il convient également de remarquer qu'à l'exception du MINSANTE, la majorité des activités déjà référencées (LR) proposées par les administrations partenaires sont constituées de coûts indirects. Autrement dit, il s'agit d'activités qui ne participent pas exclusivement à la lutte contre les drogues.

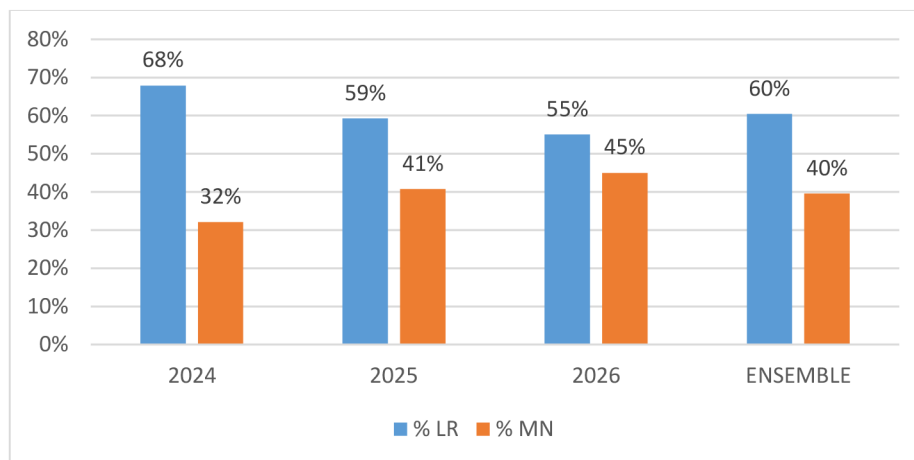


Figure 9 : Répartition du coût de mise en œuvre par type d'activités

5.2.2. RÉPARTITION DU COÛT PAR AXES ET SOUS AXES STRATÉGIQUES

Le coût de mise en œuvre est réparti par axes stratégiques dans le tableau 13. Il permet de montrer que le coût est équitablement réparti entre les différents axes bien que l'axe stratégique 3 soit le moins coûteux avec 14, 18% du budget tandis que l'axe stratégique 4 est celui qui concentre le plus de ressources avec une proportion de 31, 08% du coût global.

Tableau 13 : Répartition du coût de mise en œuvre par axes stratégiques (en millions de FCFA)

	Année 2024	Année 2025	Année 2026	TOTAL	%
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	7 992 179 031	6 652 582 412	8 820 461 022	23 465 222 465	25,44%
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	5 687 064 000	11 768 188 928	9 571 376 838	27 026 629 766	29,30%
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	4 264 925 000	4 347 542 800	4 467 558 525	13 080 026 325	14,18%
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	9 921 181 498	10 354 474 585	8 389 421 176	28 665 077 259	31,08%
TOTAL GENERAL	27 865 349 529	33 122 788 725	31 248 817 561	92 236 955 815	100%

Le tableau 14 quant à lui permet de mettre en évidence la répartition du coût de mise en œuvre par an et par sous axes. Il en ressort que le coût est relativement équitablement réparti entre les années, bien que la 3^{ème} année soit légèrement plus coûteuse que les deux précédentes.

Tableau 14 : Répartition du coût de mise en oeuvre par axes et Interventions (*en millions de FCFA*)

	Année 2024	Année 2025	Année 2026	TOTAL
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	7 992 179 031	6 652 582 412	8 820 461 022	23 465 222 465
1.1. Actualisation du cadre réglementaire	235 623 000	211 937 781	165 365 760	612 926 541
1.2. Intégration de l'approche droits humains dans les stratégies et politiques de lutte contre les drogues	675 703 000	566 840 120	742 091 616	1 984 634 736
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	4 994 910 000	3 776 629 280	5 832 133 314	14 603 672 594
1.4. Développement des mécanismes de lutte contre la précarité des ménages et de reconversions des personnes impliquées dans le trafic des drogues illicites	245 860 000	254 173 440	254 187 740	754 221 180
1.5. Amélioration du contrôle et de l'accès aux médicaments/intrants contenant des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales	1 840 083 031	1 843 001 791	1 826 682 592	5 509 767 414
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	5 687 064 000	11 768 188 928	9 571 376 838	27 026 629 766
2.1. Prévention de l'usage des drogues	3 557 489 000	9 690 901 000	3 306 439 864	16 554 829 864
2.2. Développement des mécanismes de prises en charge directes et indirectes des cas	759 235 000	627 330 648	4 743 362 908	6 129 928 556
2.3. Organisation de la réinsertion sociale des cas	863 590 000	885 570 480	885 869 711	2 635 030 191
2.4. Prévention et prise en charge des cas de VIH/SIDA chez les toxicomanes	506 750 000	564 386 800	635 704 355	1 706 841 155
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	4 264 925 000	4 347 542 800	4 467 558 525	13 080 026 325
3.1. Renforcement de la communication sur les risques liés à la consommation des drogues et l'engagement communautaire (CREC)	3 243 175 000	3 406 280 200	3 500 194 413	10 149 649 613
3.2. Développement des mécanismes de réduction des risques de propagation d'IST, VIH/SIDA, tuberculose et hépatites virales par les UD	1 021 750 000	941 262 600	967 364 112	2 930 376 712
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	9 921 181 498	10 354 474 585	8 389 421 176	28 665 077 259
4.1. Renforcement du cadre institutionnel de la lutte	101 490 000	27 830 240	28 011 375	157 331 615
4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux	6 330 488 498	6 162 978 225	4 181 272 262	16 674 738 985
4.3. Décentralisation de la lutte contre les drogues	320 463 000	321 662 200	322 689 189	964 814 389

	Année 2024	Année 2025	Année 2026	TOTAL
4.4. Renforcement de la coordination multisectorielle des interventions de lutte	194 120 000	162 455 600	167 053 828	523 629 428
4.5. Renforcement des mécanismes de financement de la lutte contre les drogues	1 385 993 000	2 061 028 000	1 917 448 208	5 364 469 208
4.6. Amélioration de la coopération internationale	903 627 000	867 978 240	888 827 460	2 660 432 700
4.7. Renforcement de la recherche sur la lutte contre les drogues	69 280 000	69 280 000	137 280 000	275 840 000
4.8. Renforcement de la surveillance épidémiologique nationale sur la consommation, la production et le trafic des drogues	615 720 000	681 262 080	746 838 853	2 043 820 933
TOTAL GENERAL	27 865 349 529	33 122 788 725	31 248 817 561	92 236 955 815

5.2.3. RÉPARTITION DU COÛT DE MISE EN ŒUVRE PAR ADMINISTRATION

La répartition du coût de mise en œuvre pour la période 2024-2026 par administration montre que certaines n'ont pas eu à planifier de mesures nouvelles. Les interventions de ces structures seront dans ce cas capitalisées dans la mise en œuvre du PSN. Il en ressort aussi que certaines n'ont planifié que des « mesures nouvelles » c'est le cas notamment du MINDDEVEL, du MINAC et du MINJUSTICE.

Tableau 15 : Répartition du coût de mise en œuvre du PSN par administration

STRUCTURE	Année 2024	Année 2025	Année 2026	TOTAL
CDHC	758 470 000	656 403 280	830 173 890	2 245 047 170
LR	684 800 000	578 018 400	746 772 378	2 009 590 778
MN	73 670 000	78 384 880	83 401 512	235 456 392
DGSN	1 700 064 980	1 667 537 980	1 273 987 980	4 641 590 940
LR	1 700 064 980	1 667 537 980	1 273 987 980	4 641 590 940
MINAC	171 790 000	182 784 560	194 482 772	549 057 332
MN	171 790 000	182 784 560	194 482 772	549 057 332
MINAS	216 190 000	263 190 000	323 190 000	802 570 000
LR	216 190 000	263 190 000	323 190 000	802 570 000
MINAT	1 519 925 000	1 524 925 000	1 524 925 000	4 569 775 000
LR	1 519 925 000	1 524 925 000	1 524 925 000	4 569 775 000
MINCOMMERCE	1 749 397 549	1 769 046 156	1 770 786 793	5 289 230 498
LR	1 724 397 549	1 742 446 156	1 742 484 393	5 209 328 098
MN	25 000 000	26 600 000	28 302 400	79 902 400
MINDDEVEL	88 520 000	92 520 000	95 520 000	276 560 000
MN	88 520 000	92 520 000	95 520 000	276 560 000
MINDEF	12 444 353 000	11 791 375 000	12 113 882 000	36 349 610 000
LR	7 805 173 000	8 428 070 000	6 250 582 000	22 483 825 000
MN	4 639 180 000	3 363 305 000	5 863 300 000	13 865 785 000
MINEDUB	99 140 000	105 484 960	112 235 997	316 860 957

STRUCTURE	Année 2024	Année 2025	Année 2026	TOTAL
MN	99 140 000	105 484 960	112 235 997	316 860 957
MINESEC	1 749 400 000	1 889 609 600	1 815 614 374	5 454 623 974
LR	1 168 000 000	1 271 000 000	1 179 000 000	3 618 000 000
MN	581 400 000	618 609 600	636 614 374	1 836 623 974
MINESUP	194 680 000	196 787 520	201 901 921	593 369 441
LR	194 680 000	196 787 520	201 901 921	593 369 441
MINFI	250 940 000	272 189 200	273 216 189	796 345 389
LR	234 390 000	254 580 000	254 480 000	743 450 000
MN	16 550 000	17 609 200	18 736 189	52 895 389
MINJEC	329 350 000	341 028 400	348 134 218	1 018 512 618
LR	229 200 000	234 468 800	234 754 803	698 423 603
MN	100 150 000	106 559 600	113 379 414	320 089 014
MINJUSTICE	1 207 823 000	7 218 447 229	956 488 248	9 382 758 477
MN	1 207 823 000	7 218 447 229	956 488 248	9 382 758 477
MINMIDT	77 000 000	84 000 000	74 000 000	235 000 000
LR	77 000 000	84 000 000	74 000 000	235 000 000
MINREX	200 812 000	206 994 400	213 572 474	621 378 874
LR	104 212 000	104 212 000	104 212 000	312 636 000
MN	96 600 000	102 782 400	109 360 474	308 742 874
MINSANTE	2 350 594 000	2 114 095 440	6 369 805 705	10 834 495 145
LR	504 311 000	528 723 800	531 163 019	1 564 197 819
MN	1 846 283 000	1 585 371 640	5 838 642 686	9 270 297 326
MINSEP	2 756 900 000	2 746 370 000	2 756 900 000	8 260 170 000
LR	2 756 900 000	2 746 370 000	2 756 900 000	8 260 170 000
TOTAL GENERAL	27 865 349 529	33 122 788 725	31 248 817 561	92 236 955 815

La figure 10 ci-dessous montre la répartition globale du coût de mise en œuvre par administration pour les années 2024, 2025 et 2026. Il en ressort que le MINDEF, le MINSANTE et le MINJUSTICE sont les structures qui auront le plus besoin de ressources dans le cadre de cette lutte. Ces structures concentrent à elles seules l'essentiel du budget nécessaire pour mettre en œuvre les interventions retenues pour la période 2024-2026.

Figure 10 : Répartition des budgets annuels par administration

5.2.4. COÛT DES INTERVENTIONS PAR AXE STRATÉGIQUE ET EN FONCTION DES STRUCTURES DE MISE EN ŒUVRE

Le Plan Stratégique National de lutte contre les drogues sera mis en œuvre par plusieurs acteurs qui ont déjà identifié les axes et les interventions qui relèvent de leurs missions. Une budgétisation sur le triennat 2024-2026 a été effectuée par chacune d'entre elles en conséquent. Les tableaux ci-après font une synthèse des financements nécessaires pour mettre en œuvre les activités et tâches au niveau chacune de ces interventions. Un plan opérationnel a été élaboré pour le triennat 2024-2026. Celui-ci détaille pour chaque intervention les activités et les tâches qui seront mises en œuvre au cours de cette période.

Synthèse des interventions de la CDHC

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	748 870 000	646 803 280	820 573 890
1.1. Actualisation du cadre règlementaire	76 000 000	76 000 000	76 000 000
1.2. Intégration de l'approche droits humains dans les stratégies et politiques de lutte contre les drogues	621 870 000	511 503 280	685 273 890
1.4. Développement des mécanismes de lutte contre la précarité des ménages et de reconversion des personnes impliquées dans le trafic des drogues illicites	51 000 000	59 300 000	59 300 000
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	9 600 000	9 600 000	9 600 000
4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux	9 600 000	9 600 000	9 600 000
TOTAL GENERAL	758 470 000	656 403 280	830 173 890

Synthèse des interventions de la DGSN

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	433 900 000	442 900 000	37 500 000
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	432 400 000	441 400 000	36 000 000
1.5. Amélioration du contrôle et de l'accès aux médicaments/intrants contenant des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales	1 500 000	1 500 000	1 500 000
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	1 266 164 980	1 224 637 980	1 236 487 980
4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux	347 601 980	347 101 980	344 401 980
4.6. Amélioration de la coopération internationale	679 363 000	638 336 000	652 886 000
4.8. Renforcement de la surveillance épidémiologique nationale sur la consommation, la production et le trafic des drogues	239 200 000	239 200 000	239 200 000
TOTAL GENERAL	1 700 064 980	1 667 537 980	1 273 987 980

Synthèse des interventions du MINAC

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	171 790 000	182 784 560	194 482 772
2.1. Prévention de l'usage des drogues	171 790 000	182 784 560	194 482 772
TOTAL GENERAL	171 790 000	182 784 560	194 482 772

Synthèse des interventions du MINAS

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	187 000 000	234 000 000	294 000 000
2.1. Prévention de l'usage des drogues	17 500 000	17 500 000	17 500 000
2.4. Prévention et prise en charge des cas de VIH/SIDA chez les toxicomanes	169 500 000	216 500 000	276 500 000
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	25 000 000	25 000 000	25 000 000
3.1. Renforcement de la communication sur les risques liés à la consommation des drogues et l'engagement communautaire (CREC)	25 000 000	25 000 000	25 000 000
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	4 190 000	4 190 000	4 190 000
4.3. Décentralisation de la lutte contre les drogues	4 190 000	4 190 000	4 190 000
TOTAL GENERAL	216 190 000	263 190 000	323 190 000

Synthèse des interventions du MINAT

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	11 000 000	11 000 000	11 000 000
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	7 000 000	7 000 000	7 000 000
1.4. Développement des mécanismes de lutte contre la précarité des ménages et de reconversion des personnes impliquées dans le trafic des drogues illicites	4 000 000	4 000 000	4 000 000
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	1 165 425 000	1 165 425 000	1 165 425 000
2.1. Prévention de l'usage des drogues	1 165 425 000	1 165 425 000	1 165 425 000
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	343 500 000	348 500 000	348 500 000
4.4. Renforcement de la coordination multisectorielle des interventions de lutte	41 000 000	46 000 000	46 000 000
4.8. Renforcement de la surveillance épidémiologique nationale sur la consommation, la production et le trafic des drogues	302 500 000	302 500 000	302 500 000
TOTAL GENERAL	1 519 925 000	1 524 925 000	1 524 925 000

Synthèse des interventions du MINCOMMERCE

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	1 721 670 031	1 739 670 031	1 739 670 031
1.1. Actualisation du cadre réglementaire	-	8 000 000	8 000 000
1.4. Développement des mécanismes de lutte contre la précarité des ménages et de reconversion des personnes impliquées dans le trafic des drogues illicites	170 650 000	170 650 000	170 650 000
1.5. Amélioration du contrôle et de l'accès aux médicaments/intrants contenant des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales	1 551 020 031	1 561 020 031	1 561 020 031
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	27 727 518	29 376 125	31 116 762
4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux	27 727 518	29 376 125	31 116 762
TOTAL GENERAL	1 749 397 549	1 769 046 156	1 770 786 793

Synthèse des interventions du MINDDEVEL

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	27 520 000	27 520 000	30 520 000
1.1. Actualisation du cadre réglementaire	13 500 000	13 500 000	16 500 000
1.2. Intégration de l'approche droits humains dans les stratégies et politiques de lutte contre les drogues	14 020 000	14 020 000	14 020 000
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	19 000 000	23 000 000	23 000 000
3.1. Renforcement de la communication sur les risques liés à la consommation des drogues et l'engagement communautaire (CREC)	19 000 000	23 000 000	23 000 000
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	42 000 000	42 000 000	42 000 000
4.3. Décentralisation de la lutte contre les drogues	42 000 000	42 000 000	42 000 000
TOTAL GENERAL	88 520 000	92 520 000	95 520 000

Synthèse des interventions du MINDEF

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	4 355 330 000	3 105 330 000	5 590 430 000
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	4 296 330 000	3 046 330 000	5 531 430 000
1.5. Amélioration du contrôle et de l'accès aux médicaments/intrants contenant des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales	59 000 000	59 000 000	59 000 000
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	1 117 284 000	984 200 000	984 200 000

2.1. Prévention de l'usage des drogues	406 084 000	273 000 000	273 000 000
2.3. Organisation de la réinsertion sociale des cas	540 150 000	540 150 000	540 150 000
2.4. Prévention et prise en charge des cas de VIH/SIDA chez les toxicomanes	171 050 000	171 050 000	171 050 000
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	565 100 000	539 505 000	554 400 000
3.1. Renforcement de la communication sur les risques liés à la consommation des drogues et l'engagement communautaire (CREC)	199 600 000	184 705 000	199 600 000
3.2. Développement des mécanismes de réduction des risques de propagation d'IST, VIH/SIDA, tuberculose et hépatites virales par les UD	365 500 000	354 800 000	354 800 000
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	6 406 639 000	7 162 340 000	4 984 852 000
4.1. Renforcement du cadre institutionnel de la lutte	280 000	-	-
4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux	4 796 284 000	4 878 702 000	2 846 360 000
4.3. Décentralisation de la lutte contre les drogues	200 200 000	200 200 000	200 200 000
4.4. Renforcement de la coordination multisectorielle des interventions de lutte	19 000 000	19 000 000	19 000 000
4.5. Renforcement des mécanismes de financement de la lutte contre les drogues	1 349 045 000	2 022 608 000	1 877 462 000
4.7. Renforcement de la recherche sur la lutte contre les drogues	25 280 000	25 280 000	25 280 000
4.8. Renforcement de la surveillance épidémiologique nationale sur la consommation, la production et le trafic des drogues	16 550 000	16 550 000	16 550 000
TOTAL GENERAL	12 444 353 000	11 791 375 000	12 113 882 000

Synthèse des interventions du MINEDUB

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	11 120 000	11 831 680	12 588 908
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	11 120 000	11 831 680	12 588 908
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	88 020 000	93 653 280	99 647 090
2.1. Prévention de l'usage des drogues	17 000 000	18 088 000	19 245 632
2.2. Développement des mécanismes de prise en charge directes et indirectes des cas	54 770 000	58 275 280	62 004 898
2.3. Organisation de la réinsertion sociale des cas	16 250 000	17 290 000	18 396 560
TOTAL GENERAL	99 140 000	105 484 960	112 235 997

Synthèse des interventions du MINESEC

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	1 382 300 000	1 412 703 200	1 273 593 965
2.1. Prévention de l'usage des drogues	989 550 000	1 008 257 200	856 703 421
2.3. Organisation de la réinsertion sociale des cas	226 550 000	227 609 200	228 736 189
2.4. Prévention et prise en charge des cas de VIH/SIDA chez les toxicomanes	166 200 000	176 836 800	188 154 355
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	325 100 000	432 218 400	494 472 378
3.1. Renforcement de la communication sur les risques liés à la consommation des drogues et l'engagement communautaire (CREC)	325 100 000	432 218 400	494 472 378
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	42 000 000	44 688 000	47 548 032
4.4. Renforcement de la coordination multisectorielle des interventions de lutte	42 000 000	44 688 000	47 548 032
TOTAL GENERAL	1 749 400 000	1 889 609 600	1 815 614 374

Synthèse des interventions du MINESUP

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	10 000 000	10 000 000	10 000 000
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	10 000 000	10 000 000	10 000 000
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	113 000 000	125 000 000	120 000 000
2.1. Prévention de l'usage des drogues	90 000 000	85 000 000	85 000 000
2.3. Organisation de la réinsertion sociale des cas	23 000 000	40 000 000	35 000 000
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	70 000 000	60 000 000	70 000 000
3.2. Développement des mécanismes de réduction des risques de propagation d'IST, VIH/SIDA, tuberculose et hépatites virales par les UD	70 000 000	60 000 000	70 000 000
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	1 680 000	1 787 520	1 901 921
4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux	1 680 000	1 787 520	1 901 921
TOTAL GENERAL	194 680 000	196 787 520	201 901 921

Synthèse des interventions du MINFI

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	141 000 000	161 000 000	161 000 000

1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	121 000 000	141 000 000	141 000 000
1.4. Développement des mécanismes de lutte contre la précarité des ménages et de reconversions des personnes impliquées dans le trafic des drogues illicites	20 000 000	20 000 000	20 000 000
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	109 940 000	111 189 200	112 216 189
4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux	65 970 000	66 020 000	66 020 000
4.3. Décentralisation de la lutte contre les drogues	43 970 000	45 169 200	46 196 189
TOTAL GENERAL	250 940 000	272 189 200	273 216 189

Synthèse des interventions du MINJEC

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	57 210 000	65 871 440	69 767 212
1.2. Intégration de l'approche droits humains dans les stratégies et politiques de lutte contre les drogues	18 810 000	20 013 840	21 294 726
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	38 400 000	45 857 600	48 472 486
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	244 600 000	245 854 400	247 189 082
2.1. Prévention de l'usage des drogues	244 600 000	245 854 400	247 189 082
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	26 700 000	28 408 800	30 226 963
3.1. Renforcement de la communication sur les risques liés à la consommation des drogues et l'engagement communautaire (CREC)	26 700 000	28 408 800	30 226 963
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	840 000	893 760	950 961
4.4. Renforcement de la coordination multisectorielle des interventions de lutte	840 000	893 760	950 961
TOTAL GENERAL	329 350 000	341 028 400	348 134 218

Synthèse des interventions du MINJUSTICE

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	71 783 000	67 127 509	32 921 120
1.1. Actualisation du cadre réglementaire	7 400 000	7 684 509	9 776 200
1.2. Intégration de l'approche droits humains dans les stratégies et politiques de lutte contre les drogues	3 000	303 000	503 000

1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	45 240 000	40 210 000	22 641 920
1.5. Amélioration du contrôle et de l'accès aux médicaments/intrants contenant des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales	19 140 000	18 930 000	-
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	193 540 000	6 445 839 120	190 527 864
2.1. Prévention de l'usage des drogues	135 900 000	6 385 317 840	126 940 902
2.3. Organisation de la réinsertion sociale des cas	57 640 000	60 521 280	63 586 962
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	172 500 000	184 120 600	178 312 224
3.2. Développement des mécanismes de réduction des risques de propagation d'IST, VIH/SIDA, tuberculose et hépatites virales par les UD	172 500 000	184 120 600	178 312 224
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	770 000 000	521 360 000	554 727 040
4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux	770 000 000	521 360 000	554 727 040
TOTAL GENERAL	1 207 823 000	7 218 447 229	956 488 248

Synthèse des interventions du MINMIDT

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	77 000 000	84 000 000	74 000 000
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	25 000 000	25 000 000	15 000 000
1.5. Amélioration du contrôle et de l'accès aux médicaments/intrants contenant des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales	52 000 000	59 000 000	59 000 000
TOTAL GENERAL	77 000 000	84 000 000	74 000 000

Synthèse des interventions du MINREX

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	200 812 000	206 994 400	213 572 474
4.5. Renforcement des mécanismes de financement de la lutte contre les drogues	13 948 000	13 948 000	13 948 000
4.6. Amélioration de la coopération internationale	186 864 000	193 046 400	199 624 474
TOTAL GENERAL	200 812 000	206 994 400	213 572 474

Synthèse des interventions du MINSANTE

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	312 776 000	266 528 472	217 489 861
1.1. Actualisation du cadre réglementaire	138 723 000	106 753 272	55 089 560
1.2. Intégration de l'approche droits humains dans les stratégies et politiques de lutte contre les drogues	16 000 000	16 000 000	16 000 000
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	420 000	-	-
1.4. Développement des mécanismes de lutte contre la précarité des ménages et de reconversions des personnes impliquées dans le trafic des drogues illicites	210 000	223 440	237 740
1.5. Amélioration du contrôle et de l'accès aux médicaments/intrants contenant des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales	157 423 000	143 551 760	146 162 561
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	804 605 000	669 759 368	4 782 811
2.1. Prévention de l'usage des drogues	100 140 000	100 704 000	101 453 056
2.2. Développement des mécanismes de prise en charge directes et indirectes des cas	704 465 000	569 055 368	4 681 358
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	582 125 000	575 890 000	612 746 960
3.1. Renforcement de la communication sur les risques liés à la consommation des drogues et l'engagement communautaire (CREC)	168 375 000	233 548 000	248 495 072
3.2. Développement des mécanismes de réduction des risques de propagation d'IST, VIH/SIDA, tuberculose et hépatites virales par les UD	413 750 000	342 342 000	364 251 888
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	651 088 000	601 917 600	756 757 818
4.1. Renforcement du cadre institutionnel de la lutte	101 210 000	27 830 240	28 011 375
4.2. Renforcement des capacités de lutte des acteurs à tous les niveaux	311 625 000	309 030 600	327 144 558
4.3. Décentralisation de la lutte contre les drogues	20 103 000	20 103 000	20 103 000
4.4. Renforcement de la coordination multisectorielle des interventions de lutte	56 280 000	16 873 840	18 554 836
4.5. Renforcement des mécanismes de financement de la lutte contre les drogues	23 000 000	24 472 000	26 038 208
4.6. Amélioration de la coopération internationale	37 400 000	36 595 840	36 316 987
4.7. Renforcement de la recherche sur la lutte contre les drogues	44 000 000	44 000 000	112 000 000
4.8. Renforcement de la surveillance épidémiologique nationale sur la consommation, la production et le trafic des drogues	57 470 000	123 012 080	188 588 853

TOTAL GENERAL	2 350 594 000	2 114 095 440	6 369 805
		705	

Synthèse des interventions du MINSEP

Intitulé	Budget 2024	Budget 2025	Budget 2026
Axe stratégique 1 : Réduction de l'offre des drogues	13 000 000	13 000 000	13 000 000
1.2. Intégration de l'approche droits humains dans les stratégies et politiques de lutte contre les drogues	5 000 000	5 000 000	5 000 000
1.3. Amélioration du contrôle et de la répression à tous les niveaux	8 000 000	8 000 000	8 000 000
Axe stratégique 2 : Réduction de la demande des drogues	219 500 000	208 970 000	219 500 000
2.1. Prévention de l'usage des drogues	219 500 000	208 970 000	219 500 000
Axe stratégique 3 : Réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues	2 479 400 000	2 479 400 000	2 479 400 000
3.1. Renforcement de la communication sur les risques liés à la consommation des drogues et l'engagement communautaire (CREC)	2 479 400 000	2 479 400 000	2 479 400 000
Axe stratégique 4 : Réorganisation de la réponse institutionnelle de la lutte	45 000 000	45 000 000	45 000 000
4.3. Décentralisation de la lutte contre les drogues	10 000 000	10 000 000	10 000 000
4.4. Renforcement de la coordination multisectorielle des interventions de lutte	35 000 000	35 000 000	35 000 000
TOTAL GENERAL	2 756 900 000	2 746 370 000	2 756 900 000

LISTE DES CONTRIBUTEURS

NOMS ET PRENOMS	STRUCTURE
PARTENAIRE TECHNIQUE ET FINANCIER	
Dr DOUBA EPEE Emmanuel	OMS
Mme DONGMO épse TSAGUE Helene	PNUD
Dr BACHA ABDELKADER	UNICEF
Dr KEUGOUNG Basile	UNICEF
M. KONTCHA Ibrahim	CEPS-BID
Dr BAHIIYA Christian Noel	CEPS-BID
M. LELE Hernandez	CEPS-BID
Mme KOTNA Christine	ONU DC
Dr SANOU Anselme Siméon	ONU DC
Dr BENG AMOUGOU Arsène	FONDS MONDIAL
Dr GAYOU Oscar	CARE CAMEROUN
Dr NGUEMNE Duplextine	CARE CAMEROUN
M. MBOLUEH Lawson	CARE CAMEROUN
Dr MBEBI ENONE Walter Freddy	CARE/TA
M. OBONO Jean Arsène	CARE CAMEROUN

Dr MEWOABI NGETCHOP Joel	FHI 360
Mme NATHALIE Rose	CONSULTANT
M. AMBAH EVINA Ida Kevin	AFFIRMATIVE ACTION
M. MEDJOU MBOUMO Romarique	AFFIRMATIVE ACTION
M. FEUJIO ZAMO Fidèle Thibaut	AFFIRMATIVE ACTION
M. OMBILITECK Jacques	AFFIRMATIVE ACTION
NANA Jean Jacques	AFFIRMATIVE ACTION
Mme NKONLA Jacqueline	PLAN CAMEROUN
Dr LIFANDA EBIAMA LIFANDA	USAID
OSC/OBC	
M. NGUENA Arnaud	Horizons Cultures
Mme CHEKUMO Judith	C3T
M. MBAMBA LINGOM Frédéric	Empower Cameroun
Mme ANGO Nelly	Actions for Gender
M. BABI KUSSANA Thomas	GRISE-D2
M. NEMI NGONO J.	COSADI/SDD
M. BELL MEYONG Benoît Stève	Empower Cameroun
M. ONDO OVONO Edie Michel	SADD
M. MOOH Alexandre	YDF
Mme BILOA MVONDO Justine	UYI/CROIX ROUGE
M. DJATCHE MIAFO Joël	UNIPSY
Mme AWOUMOU Julienne	Bring Light - Save Life
M. MPONDO EKON Prince	BHEBLA
M. MEGNIMO CHOUNNA Thierry	AJEVOH
M. MBONGO KALLA Yvan Landry	Centre EDIMAR
M. MBEKE NGOUME G.	ACTION DE CŒUR
Mme KENGNE née KAMUS Eléonore	AS. LYCEE MINBOMAN
Mme ATANGANA Olive	Personne Ressource
STRUCTURES DU MINSANTE	
Dr KOUAKAP Solange	IGSPL
Pr SOBNGWI Eugène	DOSTS
Dr YABA DANA Basil	DPML
Dr DEMA Fidèle	SDLMCNT/DLMEP
Mme BAGNEKEN Nadège	CSLT/TA/SDSM/DPS
NGEH FEJOI Linda	CELTRAD
M. FONKOUA Eric Jackson	DCOOP/CEA
M. BELA ZOMO Christian	CSPSMP/SDSM/DPS
Dr MBONO AKOUMA Arthur	DSF
Mme ISSOLA Andrée Gaëlle	SDPAC/DPS
M. BIDZOGO Johannes Jean Pierre	SDSM/DPS
Dr MAPA TASSOU Clarisse	SDLMCNT/DLMEP
Mme NGONO Odile	SDLMCNT/DLMEP
Dr MBELLA Maurice Rocher	DLMEP
Mme NDJATTE HEUYA Yvette	DLMEP

Mme DJAOSSO Christine	CIS
Dr Roger DJEL	CNLS
Mme NIRAKA Cécile Sandrine	CNLS
M. ESSONO MBENTI Yves Gautier	GTC/CNLS
Mme ENDOMO Jean Marie	PNLT
M. KONO AKONO Pierre	PNLT
Mme BEKALE Mirice	DPML
M. SIDA André Gilbert	DAJC
M. IBRAHIMA ABDOULAYE	DAJC
M. NGNANGA EDINGUELE Thomas	DAJC
Mme ENYEGUE Marthe	DAJC
M. TCHINDA Claudel	CELCOM
M. YOBNDOL Charles	CS
Mme AISSATOU ADDA-GAROU	CS
Mme MBALA ENONGO Joséphine Brigitte Pelagie	CS
M. TSAFACK NOUNDEM Etienne	CNLD
Mme ALABONG Josiane	DAJC
Dr EBA Simon Pierre Annicet	DPML
FORMATIONS SANITAIRES ET CSAPA	
Dr SIGNE Benjamin	SSD/Ebolowa
M. ETOUNDI Armand Joseph	Africa Genesic Health Center
Dr NGUILOUNG SYBIL	Fondation Chantal Biya
M. OWONO FOU DA Lazare Roland	SSD Cité-verte
Mme DJOUBE FOKOU Ghislaine	CSAPA – Ebolowa
ADMINISTRATIONS PARTENAIRES	
M. LITET François Gabriel	CM/PM
M. IHONG III	SCES/PM
Mme EYENGA Catherine Laure	SCES/PM
Mme PEMBOURA KENTOUA Seid	SCES/PM
Dr NSI Célestine	DSM/MINDEF
Dr GABALA Annie Jeannette	MINDEF
Dr NDJANGUELI Jeanine Renée	SED
Lt OTELE ETOUNDI Moise Aubin	GN/SED
Lt BODO Moise Guillaume	SED
Mme KONA BATCHANDJI Nathalie	MINAT
M. KEYANTIO Augustin	MINAT
M. NZANG NZIE Régis Daudet	MINEPAT
M. MBENDA KOMBO Ferdinand Joel Martin	MINEPAT
M. MBIPAN KWACHUH Gilbert	MINCOMMERCE
Mme KOUNA ELINGUI Sandrine Bibiane	MINCOMMERCE
M. KPOUMIE Marcel Francis	MINMIDT
M. MESSI Emile	MINESUP
Mme NGANDO NTU ELLO Béatrice	CDHC
Mme MVONDO Emilienne	CDHC

CD ASHU John	SDS/DPJ/DGSN
CD MAFANI WOLE Fritz	CSESU/DGSN
CD TAKANG EYONG Emmanuel	BCN-INTERPOL/DGSN
Dr MINKOA NGA Fabrice Honoré	MINJUSTICE
M. MBAGUE Serge Vivien	MINJEC
M. ENGOLO Bertrand	MINJEC
M. BILOA Antoine Bertrand	MINJEC
Dr NJOYA YONE Cédric	MINDDEVEL
M. ONANA ESSOMBA Pierre	MINDDEVEL
M. ATYI EYOMANE Arsene Martial	MINAS –SUD
Mme EBA'A Marie Chantale	MINPROFF
M. NTIGA BELLA Engelbert Placide	MINPROFF
Mme MBANG AMOUGOU Margaret	C/SPPFDE – MINPROFF SUD
M. AVELE Jean Claude	PRISON – EBOLOWA
M. EYEBE NNANGA Symphorien	DRPJ/SUD - EBOLOWA
M. ESSONO II Joel Placide	MINESEC
AWONO Pascal Magloire	MINESEC
ADAREYEL YOUSOUFA George	MINEDUB
Dr AMENGLE Ludovic	MINESUP
Dr DONBOU Bertrand Leopold	MINEPIA
Dr EYOUM DOUALLA Bruno	DSST/MINTSS
M. NCHOCNUNWE Clive FUEMEKA	CAAT
M. NKOA ANABA Alphonse	DGD/MINFI
M. NKOULOU OTTOU Guy Roger	SG/MINFI
M. MMAMBA Luc	MINAC
M. KONO BILEGUE Pierre	MINAS
M. TSADJIA Celestin Roger	MINREX
Mme PELE NOAH Georgette	DSM/MINDEF
Mme MOLO née NGO NDJEM Hermine Chantal	MINT
M. DOUMDASSOU BIKULE Jean	MINADER
Mme LONLA MAGUEPOUO Beatrice	MINSEP

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Stratégie et Plan d'Action National pour la Biodiversité Version II (SPANB) Décembre 2012.
- ² SND30 P.71
- ³ SND30 P.71
- ⁴ Ibid.
- ⁵ Institut National de la Statistique. Rapport du 3ème Recensement général de la population et de l'habitat (2010)
- ⁶ EDS 2018 P. 24
- ⁷ SND30 P.71
- ⁸ EDS 2018 P.100
- ⁹ SND30 P.24-25
- ¹⁰ SND30 P.25
- ¹¹ SND30 P.29
- ¹² SND30 P.29
- ¹³ CDMT MINDEF 2022-2024
- ¹⁴ SND30 P.31
- ¹⁵ Ibid.
- ¹⁶ Ibid.
- ¹⁷ EDS 2018, P.30
- ¹⁸ Ibid.
- ¹⁹ Ibid.
- ²⁰ EDS-MICS 2011 Page 4
- ²¹ Constitution de la République du Cameroun : Loi n° 96/06 du 18 Janvier 1996 portant révision de la constitution du 2 Juin 1972.
- ²² Ministère des Travaux Publics, 2012. Accessible à : <http://www.mintp.cm/fr/projets-realizations/presentation-du-reseau-routier>.
- ²³ CDMT MINISTERE DES TRANSPORTS 2022-2024
- ²⁴ MINT. Transtat 2013.
- ²⁵ Ministère des postes et télécommunications, *Annuaire Statistique Des Télécommunications et Tic Au Cameroun*, 2017.
- ²⁶ EDS 2018 P53-54
- ²⁷ EDS 2018 P53-54
- ²⁸ Programme National de Lutte contre le Paludisme. Enquête post campagne sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide a longue durée d'action. 2013.
- ²⁹ PNUD, Rapport sur le développement humain 2020
- ³⁰ PNUD, Rapport sur le développement humain 2020
- ³¹ EDS 2018, P.193
- ³² EDS 2018, P.174
- ³³ Carlos. Laidouni, Nouhad. Alvarez-Dardet, 'Public Health Lessons for Refugee Reception: The Example of Sidi Bulgayz: Table 1', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70 (2016) <<https://doi.org/10.1136/jech-2016-207277>>.
- ³⁴ Vision stratégique de l'ONUDC pour l'Afrique 2030
- ³⁵ https://ocindex.net/assets/downloads/french/ocindex_profile_cameroon.pdf consulté le 20 Aout 2023
- ³⁶ Indice Mondial du Crime Organisé. Données du Cameroun 2021. https://ocindex.net/assets/downloads/french/ocindex_profile_cameroon.pdf (consulté le 7 août 2023)
- ³⁷ Comité Inter Ministériel de Lutte contre la Culture du Cannabis, Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances de 2019
- ³⁸ ERA CAMEROUN, Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances
- ³⁹ ERA CAMEROUN, Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances
- ⁴⁰ ERA CAMEROUN, Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances
- ⁴¹ Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances
- ⁴² <https://www.investiraucameroun.com/gestion-publique/2704-19297-commerce-exterieur-le-cameroun-importe-des-vins-pour-22-6milliards-de-fcfa-en-2022-en-hausse-de-7-2> consulté le 20 Aout 2023

- ⁴³ MINSANTE 2014, Rapport sur la mise en œuvre de la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
- ⁴⁴ <https://dpml.cm> consulté le 31 Janvier 2023
- ⁴⁵ <https://caphavet.com>
- ⁴⁶ World Drug Report 2023. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2023. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html> (consulté le 7 août 2023)
- ⁴⁷ Rapport mondial de la drogue, 2021
- ⁴⁸ EDS 2018
- ⁴⁹ WHO. Alcohol consumption: levels and patterns. 2014.
- ⁵⁰ OMS 2022. Rapport de la 72^{ème} session du Comité Régional pour Afrique de l'OMS tenue du 22 au 26 Aout 2022 à Lomé.
- ⁵¹ <https://www.vaticannews.va/fr/afrique/news/2022-10/au-cameroun-la-lutte-contre-les-stupefiants-en-milieu-scolaire.html>
- ⁵² ERA CAMEROUN, **Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances**
- ⁵³ Rapport d'enquête sur la consommation de la drogue en milieu scolaire à Yaoundé : Cas de deux établissements secondaires confessionnels. https://www.spm.gov.cm/site/sites/default/files/GT_stupefiant.pdf (consulté le 9 août 2023)
- ⁵⁴ Metuge CE, Dzudie A, Ebasone PV, Assob JCN, Ngowe MN, Njang E, et al. Prevalence and factors associated with substance use among students in tertiary institutions in Buea, Cameroon. Pan Afr Med J. 2022 Feb 4;41:103
- ⁵⁵ ERA CAMEROUN, **Rapport de l'étude sur la cartographie nationale sur la culture, le trafic et la consommation du cannabis et autres substances**
- ⁵⁶ Exposé présenté par Monsieur Bikele Noah Lambert, Magistrat, Membre représentant du Minjustice au secretariat technique du comité de lutte contre la culture et le trafic du cannabis, Yaoundé, le 23 aout 2017
- ⁵⁷ Exposé présenté par Monsieur Bikele Noah Lambert, Magistrat, Membre représentant du Minjustice au secretariat technique du comité de lutte contre la culture et le trafic du cannabis, Yaoundé, le 23 aout 2017
- ⁵⁸ Enquête IBBS 2023

