SA 14493
53/5/4/11/5

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone : 517 700 Fax : 517844

الاجتماع الأول للجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات

أديس أبابا، إثيوبيا، 13-17 أبريل 2015

STC/EXP/DC/2(I)

الموضوع: تحديات الوصول الشامل والعالمي"

تقرير مرحلي

عن تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات (2013-2017)

للفترة 2013-2014

المحتويات:

الملخص التنفيذي 2
تقرير مرحلي عن تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات (2013–2017)

1. مقدمة.....4
1.1 الخلفية 4
2.1 سياق العمل والتحديات 6

2. التقدم في تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات (2013–2017)...12
1.2 تحسين الإدارة والرقابة ورفع التقارير وتقييم خطة عمل الاتحاد الأفريقي على المستويات القارية والإقليمية والوطنية.....13
2.2 تحسين الخدمات القائمة على الأدلة لمجابهة الآثار الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات في الدول الأعضاء.....17
3.2 مكافحة الاتجار المخدرات والتحديات المتعلقة بالأمن البشري 25
4.2 تحسين بناء القدرة على البحث وجمع البيانات 29

3. الثغرات في التنفيذ والتحديات.....35
4. الاستنتاجات والتوصيات.....36

الملخص التنفيذي:

هذا هو التقرير الأول عن التقدم المحرز في تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات (2013–2017). ويشمل التقرير الفترة 2013–2014 ويستند إلى أحدث المعلومات التي قدمتها الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والشركاء وعلى الأخص مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة إلى مفوضية الاتحاد الأفريقي. ويستمد بدرجة كبيرة من تحليل الردود على الاستبيان المرسل إلى جميع الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي. وتم تلقي ما مجموعه أربعة وثلاثون (34) رداً في وقت تجميع هذا التقرير من بين 54 استبياناً تم إرساله إلى جميع الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي. وهذا يشكل نسبة رد تبلغ ثلاثة وستين (63) بالمائة. وتم تلقي الردود من البلدان التالية: الجزائر، أنجولا، بنين، بوتسوانا، بوركينا فاسو، بوروندي، الرأس الأخضر، جزر القمر، كوت ديفوار، مصر، إرتريا، الجابون، جامبيا، غانا، كينيا، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريشيوس، موزمبيق، ناميبيا، النيجر، نيجيريا، رواندا، السنغال، سيشيل، جنوب أفريقيا، السودان، سوازيلاند، تنزانيا، توجو، زامبيا وزيمبابوي. وتم أيضاً استخدام مصادر أخرى من قبيل التقارير الواردة من مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ولجنة غرب أفريقيا لمكافحة المخدرات والجريمة.

وُضعت خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات (2013–2017) في سياق تفشي الاتجار بالمخدرات والجريمة المنظمة وتعاطي المخدرات في القارة، وهي إطار استراتيجي وشامل يُسترشد به في وضع سياسة المخدرات في القارة، وتوطيد التعاون بين الدول الأعضاء على المستويات الوطنية والإقليمية والدولية لمواجهة مشكلة المخدرات على مدى فترة الخمس سنوات المقبلة. أقامت المفوضية، بروح من المسئولية المشتركة، شراكات واسعة النطاق بأدوار مختلفة من أجل تيسير تنفيذها، وأحرزت خطة العمل تقدما ملحوظا في جميع المجالات ذات الأولوية التالية:

- تعزيز قدرات التنسيق في الاتحاد الأفريقي وعلى مستوى المجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء مع تحسين قاعدة المعرفة.
- وضع حد أدنى لمعايير قارية لجودة علاج الاعتماد على المخدرات (الإدمان) في القارة تتبناها الآن الدول الأعضاء الساعية إلى الوقاية من الإدمان وتحسين الحصول على العلاج والرعاية أثناء النقاهة بطريقة شاملة ومدعومة بالأدلة وأخلاقية وتحترم حقوق الإنسان.
- تأسيس أطر قانونية وسياسات لمكافحة تجارة المخدرات وتحديات الأمن البشري المتعلقة بها في كثير من البلدان رغم وجود الحاجة إلى التحديث من أجل التصدي الشامل لتجارة المخدرات والتعامل مع الأشكال الجديدة من الجرائم المنظمة العابرة للحدود الوطنية. علاوة على ذلك، تم تقديم دعم واسع النطاق للدول الأعضاء لتعزيز قدرات أنظمة العدالة الجنائية في مجالات التحقيق والملاحقة ووضع إجراءات محاصرة الجرائم المرتبطة بالمخدرات. تم إحراز تقدم جيد في إزالة الحواجز التي تحد من توفير العقاقير الخاضعة للرقابة الدولية والمستخدمة في الأغراض الطبية والعلمية وخاصة عن طريق الموقف المشترك لمفوضية الاتحاد الأفريقي حيال أدوية معالجة الألم التي تنتشر على نطاق واسع والذي اعتمده مؤتمر الاتحاد الأفريقي لوزراء الصحة خلال السادسة المنعقدة في ابريل 2013.
- تعزيز نهج متوازن وشامل لمكافحة المخدرات يركز على الحد من الطلب على المخدرات وإمدادها وكذلك ضمان توفر المواد الخاضعة للرقابة والمستخدمة للأغراض الطبية والعلمية، بما في ذلك في حالات الطوارئ والنزاعات، مع تقليل الاستخدام غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية.

تقرير مرحلي عن تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي

لمكافحة المخدرات (2013-2017)

1. مقدمة:

1.1 الخلفية:

1. أتم إطلاق خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات (2013-2017) في يناير 2013 استجابة للتحديات الجديدة المرتبطة بمكافحة المخدرات، وهي إطار استراتيجي وشامل يُسترشد به في وضع سياسة المخدرات في القارة، وتوطيد التعاون بين الدول الأعضاء على المستويات الوطنية والإقليمية والدولية لمواجهة مشكلة المخدرات على مدى فترة خمس سنوات.
2. تمثل خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات (2013-2017) خطة العمل الرابعة التي يضعها الاتحاد الأفريقي استجابة للتحديات الجديدة المرتبطة بمكافحة المخدرات، وتعتمد، ضمن أشياء أخرى على ثلاث اتفاقيات دولية لمكافحة المخدرات وعلى الإعلانات والمقررات السابقة الصادرة عن مؤتمر الاتحاد الأفريقي للوزراء المعنيين بمكافحة المخدرات مع أخذ المسئولية المتبادلة والمشتركة في الاعتبار.
3. يتمثل الهدف الأساسي لخطة العمل هذه في تحسين الصحة والأمن والرفاهية الاجتماعية والاقتصادية للشعوب الأفريقية بالحد من استعمال المخدرات غير المشروعة والاتجار بها والجرائم المرتبطة بها، وهي تتبع مقاربة متوازنة ومتكاملة لمكافحة المخدرات وتقدم إطارا صلبا لتخفيض كل من العرض والطلب بالإجراءات المناسبة وكذلك توفر المواد الخاضعة للرقابة والمستخدمة للأغراض الطبية والعلمية.

4. تحدد خطة العمل المجالات الرئيسية الأربعة (4) ذات الأولوية التالية:

(أ) الإدارة والرقابة ورفع التقارير والتقييم على مستوى القارة: تقوية قدرة الاتحاد الأفريقي على تنفيذ خطة العمل بنجاح.

(ب) مواجهة الآثار الصحية والاجتماعية السلبية للمخدرات غير المشروعة: دعم الدول الأعضاء في تنفيذ تدخلات شاملة ملتزمة بحقوق الإنسان في استعمال المخدرات والوقاية من سوء استخدامها ومن نتائجها الصحية والاجتماعية بما في ذلك معالجة الإدمان واستخدام العقاقير المرتبطة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ومعالجة المصابين ورعايتهم.

(ج) مكافحة الاتجار بالمخدرات والتحديات المرتبطة بها فيما يتعلق بالأمن البشري: دعم الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية في الحد من الاتجاهات نحو التجارة غير المشروعة وخفض العرض طبقا لمبادئ حقوق الإنسان الأساسية وسيادة القانون.

(د) بناء قدرات المؤسسات والآليات القارية والإقليمية والوطنية: تقوية قدرات المؤسسات القارية والإقليمية والوطنية على التصدي بفاعلية للتحديات التي تفرضها المخدرات غير المشروعة بما في ذلك تقوية أداء مؤسسات العدالة الجنائية.

5. حدد المجلس التنفيذي للاتحاد الأفريقي في مقرره رقم (EX.CL/DEC.743(XXII)) الصادر في يناير 2013. وهو ينظر في المجالات الأربعة ذات الأولوية خمسة أنشطة رئيسية يجب القيام بها خلال السنتان الأوليين من تنفيذ الخطة وهي: تنفيذ الموقف الأفريقي الموحد من المخدرات الخاضعة للرقابة والحصول على أدوية معالجة الألم، وتنفيذ الحد الأدنى القاري لمعايير جودة علاج الإدمان، واعتماد سياسات تهدف إلى توجيه العائد من المخدرات المصادرة في الجرائم إلى برامج الحد من الطلب على المخدرات وعلاج الإدمان، وتقوية بحوث المكافحة والرقابة

وسوء استخدام المخدرات والاتجار بها، وتيسير التدريب على معالجة الإدمان في القارة.

2.1 سياق العمل والتحديات[1]:

6. لا تزال آثار الاتجار في المخدرات والبشر والأسلحة وكذلك الجريمة المنظمة تعيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية في كثير من أجزاء أفريقيا، ويتفاقم هذا الوضع إجراء عوامل كثيرة منها الحروب، والنزاعات الداخلية، والثورات مثل تلك التي شهدها شمال أفريقيا وأوجه الضعف في الأنظمة الاجتماعية ونظم العدالة الجنائية الوطنية، والفساد، ومحدودية فرص الشباب، والتباين في مستويات الدخل، وكلها عوامل تهيئ الوضع لانتشار أنشطة الجريمة المنظمة في المنطقة. علاوة على ذلك، كانت شبكات تجارة المخدرات الدولية تستخدم أفريقيا خلال السنوات القليلة الماضية معبراً لنقل المخدرات وتخزينها على نطاق واسع. تتمتع عصابات الجريمة المنظمة هذه بمرونة وابتكارات كبيرة في عمليات الإنتاج والتوزيع،

7. فضلا عن ذلك، توجد في أفريقيا أسواق جديدة للمنشطات الأمفيتامينية بدليل الزيادة في تنوع السلائف والمصادرات وتصنيع المنشطات الأمفيتامينية في جميع المناطق رغم أن نيجيريا هي الدولة الوحيدة التي أعلنت رسميا تصنيع المنشطات الميثأمفيتامينية بطريقة مشروعة. في الواقع هناك زيادة في الاتجار بالسلائف وخاصة الإيفيدرين في أفريقيا وقد صودرت كميات منها في بنين وبتسوانا وكوت ديفوار وجمهورية الكونغو الديمقراطية وغينيا وناميبيا ونيجيريا وزيمبابوي[2]. وفقاً للمعلومات المقدمة عن طريق نظام اتصال حالات السلائف، تم تحديد البلدان التالية بأنها منخرطة في حالات تم الإبلاغ عنها منذ ديسمبر 2013: إثيوبيا،

[1] ليس المقصود من هذا الجزء أن يكون تحليلا شاملا لموقف الاتجار بالمخدرات وسوء استعمالها بل المقصود هو تسليط الضوء على الاتجاهات الهامة.
[2] تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB (2013)

كينيا، ملاوي، موزمبيق، نيجيريا، جنوب أفريقيا، جمهورية تنزانيا المتحدة وزيمبابوي، مع ذكر إثيوبيا وملاوي وجنوب أفريقيا بأنها هي بلدان الوصول لشحنات الإيفيديرين وشبيه الإيفيديرين التي منشأها الهند.

8. يعتبر الربح الدافع الأساسي لتجارة المخدرات، وتقدر عائدات تجارة المخدرات العالمية بحوالي 322 مليار دولار أمريكي وهذه المبالغ تستدعي وجود نموذج فعال لإدارة الأعمال والتمويل يضمن استمرارية القيام بتلبية الطلب غير المشروع[3]. وقد انضمت أفريقيا[4] بصفة متزايدة إلى ما يسمى أكبر خمسة طرق فائقة السرعة للمخدرات وأصبحت الطريق السادس فائق السرعة لنقل المخدرات من دول المصدر إلى دول المقصد لأن المنتجين في أمريكا الوسطى يستغلون الدول الضعيفة والحروب الأهلية لشق طرق جديدة لتجارة المخدرات عبر غرب أفريقيا والساحل إلى أوروبا. أدى ذلك إلى ظهور شبكات معقدة ومتغيرة من المتمردين والسياسات المحلية والإقليمية والجريمة المنظمة بما فيها الفساد والإرهاب حيث تمثل الأرباح من تجارة المخدرات الركيزة الأساسية، وأدى بالتالي إلى إلحاق ضرر كبير بالأمن والصحة وسيادة القانون وجهود التنمية على المستويات الوطنية والإقليمية والقارية في الحقيقة يتجلى الأثر الأكبر لأعمال الجريمة المنظمة تفتيت الأوساط الاجتماعية والاقتصادية حيث يسعى المواطن العادي إلى كسب عيشه وبالتالي تنخفض فرصه الحياتية بصفة عامة[5].

9. يبدو كذلك أن هناك زيادة كبيرة في تعاطي المخدرات على المستوى المحلي وخاصة مخدر القنب بمعدل 7,5 بالمائة من السكان (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 إلى 64) مقارنة بالمعدل العالمي البالغ 3,8 بالمائة. وقُدرت أيضاً مستويات استهلاك مماثلة أو أدنى من المعدل العالمي بالنسبة لمادة الأفيون (0,3

3 مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2011: تقدير التدفقات المالية غير المشروعة من تجارة المخدرات والجرائم المنظمة الأخرى العابرة للحدود الوطنية ، تقرير بحثي.

[4] http://www.globalinitiative.net/rights-and-reforms-new-voices-join-the-drug-policy-debate/

[5] مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2014: تقييم شامل للتحديات الاجتماعية والاقتصادية والأمنية لتجارة المخدرات والجريمة المنظمة المرتبطة بها في غرب ووسط أفريقيا.

بالمائة)، والمواد الأفيونية (0,3 بالمائة)، والكوكايين (0,4 بالمائة) والمنشطات الشبيهة بالأمفيثامين، باستثناء "اكستاسي" (0,9 بالمائة)، والمنشطات الشبيهة بالأمفيثامين، وإلى حد ما، المؤثرات العقلية الجديدة، مع إبلاغ 11 بلداً عن استخدام تلك المواد في الفترة 2008 و2013. وأبلغت مصر عن أكبر عدد وهو (20)، ويشمل المواد المخدرة الاصطناعية، والمواد النباتية والبيبيرازين. وبالإضافة إلى ذلك، ظل القات الذي يعتبر من المؤثرات العقلية الجديدة والذي يُتعاطى في بعض أجزاء أفريقيا مثار قلق. أسيء استخدام الأدوية التي يصفها الأطباء، مع إبلاغ الجزائر عن تعاطي المهدئات والمسكنات، وإبلاغ نيجيريا عن إساءة استعمال المواد الأفيونية التي يصفها الأطباء والتي تعتبر أعلى حتى من الهيروين، في حين أن مصر وليبيا وموريشيوس وتوجو أبلغت عن إساءة استعمال المخدرات الأفيونية الاصطناعية.[6]

غرب ووسط أفريقيا

10. في عالم شديد الترابط أصبحت منطقة غرب أفريقيا طريقا جذابا لتجارة المخدرات، وتتعاون كارتيلات المخدرات مع شركاء محليين لتحويل المنطقة إلى طريق مهم لعبور المخدرات التي تنتج بطريقة غير مشروعة في أمريكا الجنوبية وآسيا إلى أوروبا وأمريكا الشمالية. كانت منطقة غرب أفريقيا تنتج القنب منذ مدة طويلة للاستهلاك المحلي غالبا ولكنها أصبحت الآن منطقة منتجة وموردة للمخدرات الاصطناعية مثل المنشطات الأمفيتامينية[7].

11. كانت هناك زيادة ملحوظة خلال السنوات القليلة الماضية في عبور الهيروين عن طريق غرب أفريقيا، وقد وصل متوسط كمية الهيروين التي صودرت فيما بين 2009 و 2013 إلى حوالي 250 كجم. ضبطت بينين وغانا وكوت ديفوار

[6] تقرير ---------- ، 2014

7 لجنة غرب أفريقيا المعنية بالمخدرات، 2013: ليس العبور فقط: المخدرات والدولة والمجتمع في غرب أفريقيا.

والكاميرون وليبيريا خلال نفس المدة أكبر كمية من الهيروين في المنطقة بعد نيجيريا[8]. وفقا للمعلومات الواردة من دول غرب ووسط أفريقيا كان هناك انخفاض طفيف في كميات الهيروين المضبوطة سنة 2013 بالمقارنة مع تلك المضبوطة في سنة 2012. وقد أصبحت منطقة غرب أفريقيا من أكبر مناطق تجارة عبور الكوكايين من أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي إلى أوروبا، ومع زيادة أنشطة الملاحقة في أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي يحاول المهربون إيجاد طرق جديدة لشحن المخدرات إلى أسواق المستهلكين. يتم شحن الكوكايين إلى أوروبا والمقاصد الأخرى عن طريق البحر أو عن طريق الجو. وفي 2013 صادرت سلطات غرب ووسط أفريقيا حوالي 1,4 طنا من الكوكايين أي بانخفاض 180% عن 2012 وتم ضبط 63% من الكوكايين المضبوط في المنطقة سنة 2013 في غانا.

12. كذلك اشتهرت منطقة غرب أفريقيا بإنتاج المنشطات الأمفيتامينية والاتجار بها وخاصة مع شرق وجنوب شرق آسيا وجنوب أفريقيا وأوقيانوسيا. وفي 2013 تم تفكيك ثلاثة معامل لمنشطات الميثاأمفيتامين في نيجيريا في لاجوس وولاية أنامبرا. وتعتبر نيجيريا الدولة الوحيدة في غرب أفريقيا حتى الآن التي أبلغت عن تصنيع منشطات الميثامفيتامين فيها، إلا أن بعض دول غرب أفريقيا تبلغ بانتظام عن مصادرة مخدرات تؤثر على العقل منها بينين وبوركينافاسو والرأس الأخضر وتشاد وكوت ديفوار وجامبيا وغانا ومالي والنيجر والسنغال وتوجو، ولكن ليست الكميات المصادرة معروفة على وجه التحديد. ويبدو أن هناك زيادة في تعاطي المخدرات وخاصة القنب على المستوى المحلي وهناك أيضا زيادة في تعاطي الكوكايين والهيروين والمنشطات الأمفيتامينية.

8 تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2013

شرق أفريقيا

11. تدل مصادرة كميات كبيرة من الهيروين في البر والبحر في شرق أفريقيا على وجود تهديدات كبيرة على الأمن والصحة العامة، وتشهد عدة دول في المنطقة زيادة كبيرة في تعاطي الهيروين وخاصة عن طريق الحقن وانتشار العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الوبائي بين النساء والشباب. وعلاوة على ذلك، تعتبر بعض دول شرق أفريقيا (وخاصة إثيوبيا وكينيا) من الدول المصنعة للمنشطات الأمفيتامينية[9] ومن دول العبور كما تم اكتشاف أنواع جديدة من المخدرات في تنزانيا غير مدرجة في الجدولين أ و ب من الاتفاقية الدولية حول المخدرات لسنة 1998. علاوة على ذلك، ارتفعت نسبة الإبلاغ عن ضبط الكوكايين، خلال الفترة 2010 و2012، في شرق أفريقيا بدرجة ملحوظة، وتحديداً في جمهورية تنزانيا المتحدة، ولكن السلطات أبلغت أنه منذ عام 2013، ظل مهربو المخدرات يهرّبون الكوكايين بمقادير أقل لتفادي الكشف.[10]

شمال أفريقيا

14. واصلت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تقوية عملية التغييرات السياسية حلال 2013 و 2014 وأصبحت المنطقة نتيجة لعدم الاستقرار محورا لتجارة المخدرات غير المشروعة. ونظرا لموقع المنطقة الاستراتيجي والضعف النسبي في إجراءات المكافحة الوطنية، اتسع نطاق تجارة المخدرات والأسلحة والاتجار بالبشر فيها وتحقق منظمات الجريمة الدولية والمحلية أرباحا طائلة من ذلك. وكذلك يتم تصنيع المنشطات الأمفيتامينية (وخاصة الميثامفيتامين والميثكاثينون) في شمال أفريقيا. وهناك ابلاغ عن حالات الاتجار بالمخدرات في ليبيا ومصر

[9] http://idpc.net/policy-advocacy/regional-work/sub-saharan-africa

[10] التقرير القطري الذي قدمته جمهورية تنزانيا المتحدة إلى الاجتماع الرابع والعشرين لرؤساء الوكالات الوطنية لإنفاذ قانون المخدرات، أفريقيا، والمنعقد في أديس أبابا من 15 إلى 19 سبتمبر 2014: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/V14/081/70/PDF/V1408170.pdf?OpenElement

ومصادرة كميات كبيرة من القنب في الجزائر والمغرب. أدت الاضطرابات السياسية في المنطقة إلى زيادة تجارة الأسلحة التي تستخدم في العمليات الإرهابية. وقد تصاعد الاتجار بالبشر بدرجة ملحوظة في منطقة القرن الأفريقي خلال السنوات القليلة الماضية. إلا أن ندرة بيانات وإحصائيات العدالة الجنائية تحول دون الوصول إلى تقديرات دقيقة لمدى وحجم الاتجار بالبشر وأنماطها واتجاهاتها في منطقة شمال أفريقيا وعبرها. فضلا عن ذلك فإن النقص في الدراسات المعمقة يجعل من الصعب تقييم نقطة التقاطع بين تهريب المهاجرين والاتجار بالبشر في شمال أفريقيا. يشمل الاتجار بالبشر، ضمن أشياء أخرى، الاستغلال الجنسي للنساء، والدعارة القسرية، والعمل القسري، ونقل أعضاء الجسم، والاحتيال على التوظيف خارج البلاد، والاسترقاق الجنسي، واستغلال الأطفال بما في ذلك الاتجار بالأطفال لاستخدامهم في سباق الإبل (جوكي) وزواج الأطفال القسري[11].

الجنوب الأفريقي

15. يعد الجنوب الأفريقي نقطة رئيسية للاتجار في الفئة (أ) من المخدرات والمؤثرات العقلية ونقلها إلى دول الاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية وكندا واستراليا وآسيا. تستخدم البنية التحتية للنقل في المنطقة كوسيلة أساسية للاتجار بالمخدرات والبشر وكذلك لتهريب المهاجرين. تم الإبلاغ سنة 2013 عن ضبط شحنات من الكوكايين والهيروين وعن الاتجار بمنشطات ميثا أمفيتامين مصنعة في المنطقة كانت في طريقها إلى آسيا والشرق الأوسط. كما تم الإبلاغ أيضا عن مصادرة كميات كبيرة من ميثاكوالون/ماندراكس وسلائفه من موزمبيق وجنوب أفريقيا. ويواصل المهربون محاولات استخدام الموانئ الجديدة مثل ميناء

[11] http://www.ungift.org/knowledgehub/about/north-africa.html

ناكورا والتوسعات في الموانئ الحالية مثل دوربان كنقاط محتملة لدخول المخدرات إلى الجنوب الأفريقي[12].

2. التقدم في تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات (2013-2017)

16. عقدت الدورة السادسة لمؤتمر الاتحاد الأفريقي للوزراء المسؤولين عن مكافحة المخدرات في أديس أبابا، إثيوبيا في أكتوبر 2014، لتقييم التقدم المحرز في تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي، وزيادة الدعوة لنهج قائم على الأدلة ومتوازن ومتكامل لمكافحة المخدرات وتشجيع التحول عن السياسات غير الفعالة. وأوصت الدورة ضمن جملة أمور أخرى بأن تعزز الدول الأعضاء وتزيد من مستوى الخدمات الشاملة والميسورة والمستنيرة بالأدلة والأخلاقية والقائمة على حقوق الإنسان لاستعمال الأدوية المخدرة، وخدمات المنع والإدمان والعلاج والرعاية بعد التعاطي، ولاسيما، توسيع الخدمات الصحية والاجتماعية لأولئك الذين يعانون من الاستخدام المثير للمشاكل بإنشاء وتعزيز مرافق العلاج الحالية، وضمان توفر العلاج ببدائل المخدرات والمكونات الأخرى للمجموعة الشاملة لتعاطي المخدرات المسبب للمشاكل؛ وتحسين قدرات البحث وجمع البيانات على مستوى مفوضية الاتحاد الأفريقي والدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية. ولا تتطلب شبكات المراقبة الإقليمية والوطنية خصوصا موارد كثيرة، ولكنها توفر بنفس القدر بيانات مفيدة تستخدم الوضع ومراجعة استراتيجيات مكافحة المخدرات الوطنية. وينبغي أن تنظر الدول الأعضاء في إمكانية دعم البلدان المنخرطة في شبكة غرب أفريقيا للأوبئة حول تعاطي المخدرات والمبادرات الوطنية الأخرى في بقية القارة. يعيق عدم وجود بيانات خط الأساس والمعلومات حول تعاطي المخدرات تقديم التقارير ووضع البرامج. توّجت

[12] تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2013

توصيات المؤتمر بإعلان أديس أبابا حول زيادة الاستجابات المتوازنة والمتكاملة نحو لمكافحة المخدرات في أفريقيا.

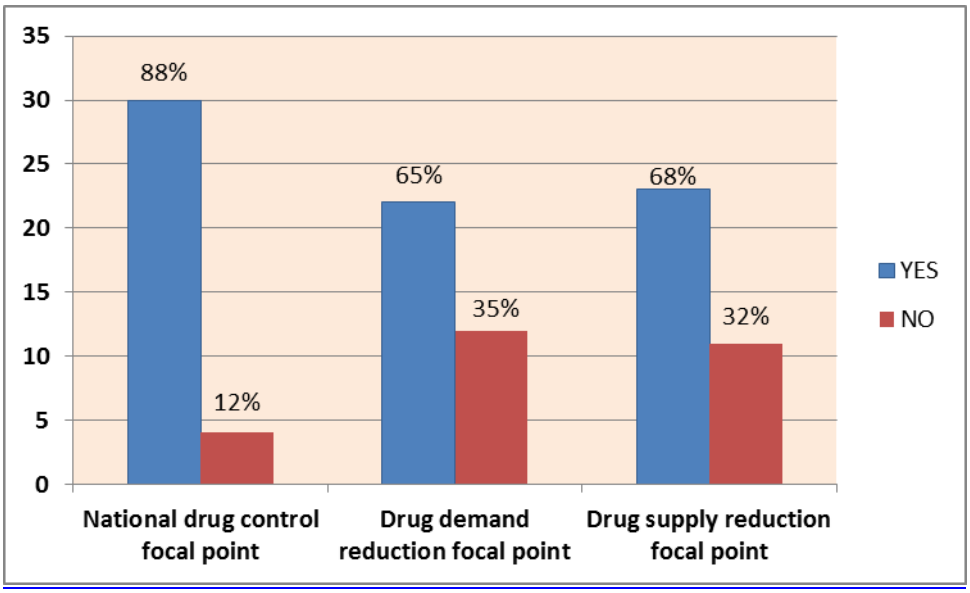
17. أقامت المفوضية شراكات واسعة النطاق ذات أدوار متباينة لتيسير تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات (2013–2017). إن المعلومات التي استند إليها التقرير مستمدة من تحليل التقارير التي تم الحصول عليها من الاستبيان الذي تم إرساله إلى جميع الدول الأعضاء عن تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي، وتقارير المجموعات الاقتصادية الإقليمية والشركاء وبخاصة مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. ورد أربعة وثلاثون (34) رداً من البلدان التالية : الجزائر، أنجولا، بنين، توتسوانا، بوركينافاسو، بوروندي، الرأس الأخضر، جزر القمر، كوت ديفوار، مصر، إرتريا، الجابون، جامبيا، غانا، كينيا، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريشيوس، موزمبيق، ناميبيا، النيجر، نيجيريا، رواندا، السنغال، سيشيل، جنوب أفريقيا، السودان، سوازيلاند، تنزانيا، توجو، زامبيا وزيمبابوي.وهذا يعكس نسبة استجابة تبلغ 63 بالمائة وسط الدول الأعضاء.

1.2 تحسين الإدارة والرقابة ورفع التقارير وتقييم خطة عمل الاتحاد الأفريقي على المستويات القارية والإقليمية والوطنية

تقوية مفوضية الاتحاد الأفريقي لإدارة تنفيذ خطة العمل:

18. عملت المفوضية بصورة مستمرة مع الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الاقليمية والشركاء لتقوية آليات تنسيق عملية تنفيذ خطة عمل الاتحاد الأفريقي ككل. يوجد فريق من الخبراء المتخصصين في مكافحة المخدرات على المستويات القارية والإقليمية والوطنية وعددهم آخذ في الزيادة. وعلى مستوى مفوضية الاتحاد الأفريقي توجد وحدة مكرسة لإدارة البرنامج تتكون من مدير وموظف واحد ومساعد وآلية للتنسيق بين الإدارات. وسوف يتم تعيين خبير في علم الأوبئة قبل نهاية عام 2015 لتعزيز وحدة إدارة برنامج مكافحة المخدرات.

أما على المستوى الإقليمي، توجد وحدة لمكافحة المخدرات في لجنة الجماعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا (الأكواس)، وعلى المستوى الوطني، أُنشئت في كثير من الدول الأعضاء مراكز اتصال لتنسيق مكافحة المخدرات في الدولة بصفة عامة ومراكز لتخفيض العرض والطلب على المخدرات. يبين الشكل رقم 1 أدناه أن أكثر من 88% من الدول التي ردت على الإستبيان لديها مراكز لتنسيق مكافحة المخدرات. بالإضافة إلى ذلك، تصدر مفوضية الاتحاد الأفريقي نشرة إخبارية ربع سنوية عن المخدرات في أفريقيا لتكون منبرا للحوار والمشاركة في الممارسات الجيدة لمكافحة المخدرات في أفريقيا.



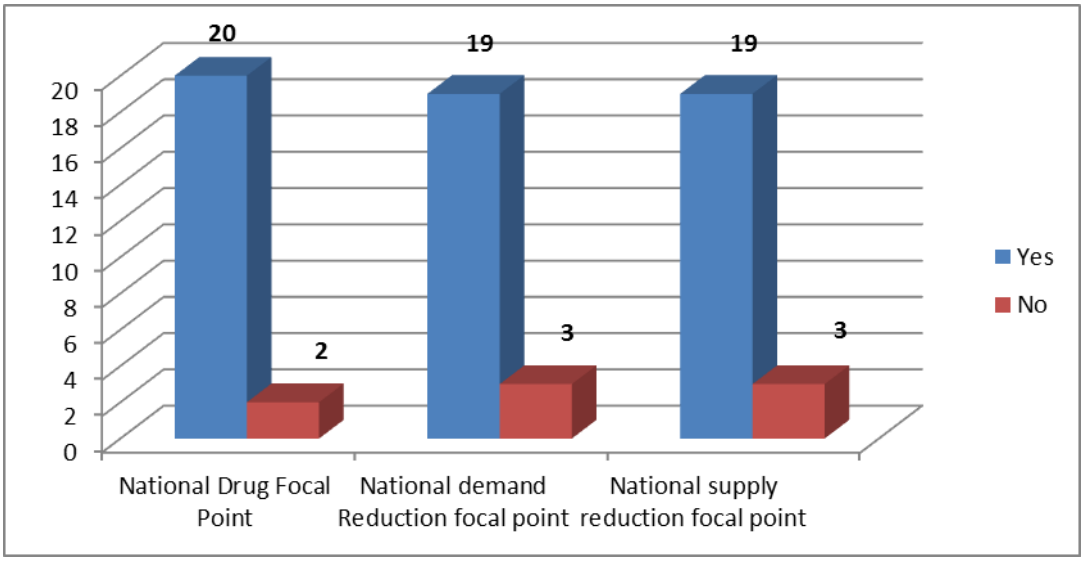
الشكل 1: جهات التنسيق الوطنية لمكافحة المخدرات

أنشطة محددة للبرنامج تم تطويرها بالاشتراك مع المجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء:

19. قامت مفوضية الاتحاد الأفريقي بتوسيع نطاق الشراكات لتقديم المساعدة الفنية في أنشطة الحد من الطلب على المخدرات التي نفذت على مستوى مفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء. عقد اجتماعان للتشاور والمراجعة والتخطيط للحد من الطلب واجتماع آخر حول الحد

من العرض على المخدرات خلال 2013 و 2014 على التوالي، وشاركت الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والشركاء الإنمائيون جميعاً في هذه الاجتماعات.

20. بالإضافة إلى ذلك قامت المجموعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا (الإيكواس) ومجموعة تنمية الجنوب الأفريقي (السادك) وجامعة الدول العربية بوضع برامج إقليمية مشتركة مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة توفر قدرات وطنية وإقليمية متكاملة وطويلة الأمد، وقامت دول كثيرة بوضع استراتيجيات لمكافحة المخدرات ومنع الجريمة والإرهاب. يضاف إلى ذلك أن الإيكواس قامت بوضع خطة عمل لمكافحة المخدرات (2015–2019) متسقة مع خطة عمل الاتحاد الأفريقي المعدلة (2013–2017).

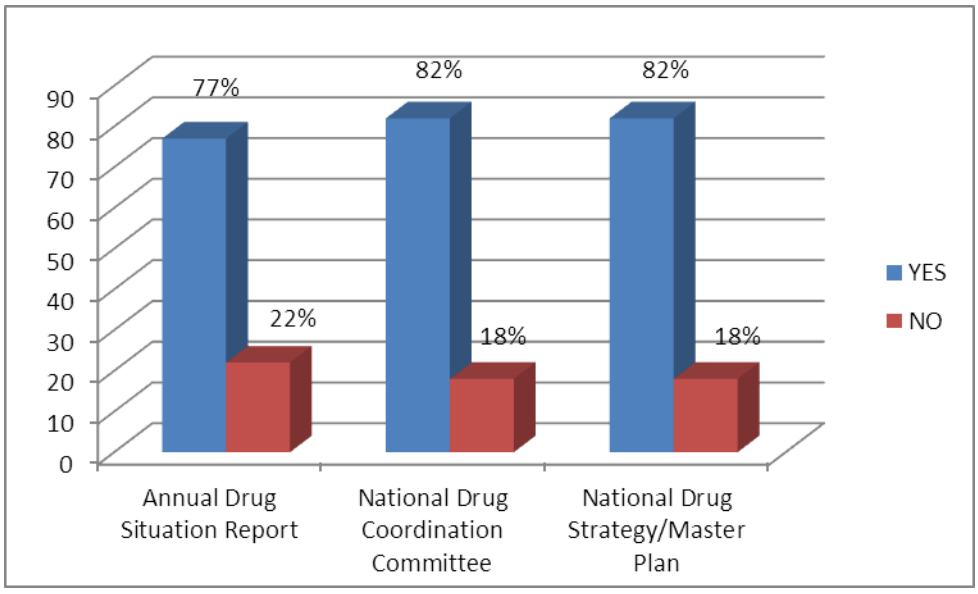


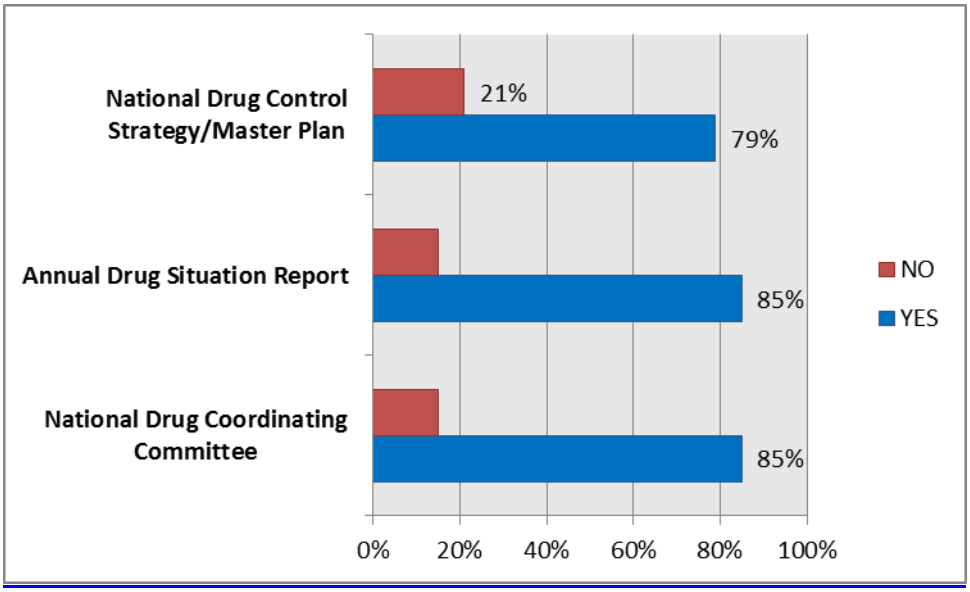
الشكل رقم 1: نقاط اتصال وطنية لمكافحة المخدرات

تقوية القدرة البحثية لجمع البيانات وتحليل الاتجاهات المتعلقة بالمخدرات وإنشاء لجان تنسيق وطنية متعددة القطاعات لمكافحة المخدرات

21. تم توفير دورات تدريب توجيهية في المتابعة والتقييم وخاصة جمع البيانات ورفع التقارير وملء بيانات استبيانات التقرير السنوي، ومع ذلك لا يوجد حتى الآن

نظام مستدام وتقاسم بيانات صحيحة وموثوق بها عن المخدرات، حيث أفادت دول كثيرة أن من أهم التحديات التي تواجهها عدم وجود قاعدة بيانات مركزية ومصاعب متعلقة بجمع المعلومات من جميع الخدمات المعنية بمكافحة المخدرات. وهناك عدد قليل من الدول القادرة على تقديم بيانات يمكن الاعتماد عليها حول المخدرات المصادرة والأعداد المضبوطة ومعدلات انتشار تعاطي المخدرات غير المشروعة. وقد أدت نصف البلدان الأربعة والثلاثين (34) فقط على الاستبيان وأجريت بحوث بشكل أو بآخر حول المخدرات في تلك البلدان لا تزيد في معظم الأحيان عن كونها عملية تقييم موقف سريعة لتعاطي المخدرات. من جهة أخرى، هناك تقدم جدير بالإشادة نحو إعداد تقارير سنوية عن تقييم وضع المخدرات، وإنشاء لجان تنسيق وطنية للمخدرات، ووضع استراتيجيات/خطط رئيسية وطنية كما هو مبين في الشكل رقم 2 أدناه.





الشكل رقم 2: آليات البحث والتنسيق

2.2 تحسين الخدمات القائمة على الأدلة لمجابهة الآثار الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات في الدول الأعضاء:

دراسات خط الأساس

22. على الرغم من أن أربعة وعشرين (24) من بين أربعة وثلاثين (34) دولة عضوا ردت على الاستبيان وقالت إنها أجرت نوعا من التقييم لتعاطي المخدرات، لا تزال البيانات المتوفرة محدودة حول تعاطي المخدرات بالنسبة لجميع الأقاليم. وبينما ظل القنب أكثر المخدرات غير المشروعة انتشارا، سواء بمفرده أو مع مواد أخرى، توجد زيادة في استعمال الكوكايين ومنتجات الأفيون (الهيروين أساسا) والمنشطات الأمفيتامينية (انظر الشكل رقم 3). وتشير تقارير المجلس الدولي لمراقبة المخدرات ومكتب الأمم المتحدة المعني بالجريمة والمخدرات كذلك إلى ظهور أنواع جديدة من المخدرات العقلية. ووفقا لتقييم أجراه مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، قد يكون أكثر من 2,4

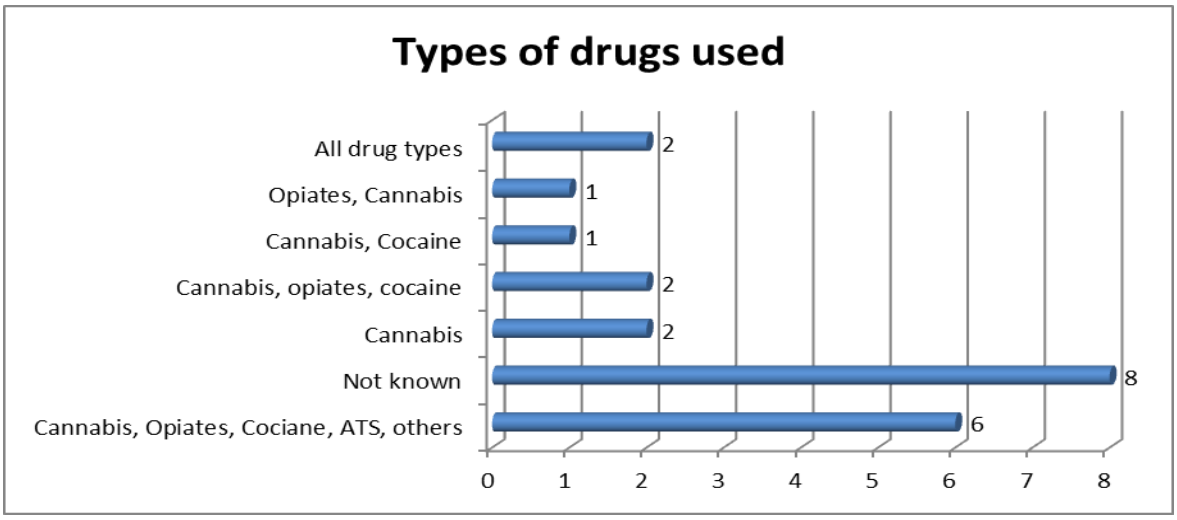
مليون شخص يتعاطون الكوكايين في غرب ووسط أفريقيا معظمهم في غرب أفريقيا بينما يوجد في المنطقة حوالي مليون شخص يتعاطون الأفيون (الهيروين غالبا).

23. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة يؤيد تقديرات معينة:

1) عمليات تقييم سريعة لتعاطي المخدرات والوقاية في جميع دول غرب أفريقيا،

2) عمليات تقييم موقف واحتياجات فيروس نقص المناعة البشرية في السجون في 8 دول هي: إثيوبيا وليسوتو وملاوي وناميبيا وموزمبيق وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا وزيمبابوي. ويعد تعاطي المخدرات من أحد العوامل الكثيرة التي تؤدي إلى ارتفاع نسبة العدوى في السجون، وقد أصبح هذا الموضوع قضية صحة عامة وسلامة بعد الزيادة الملحوظة في الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بسبب الحقن المستخدمة في تعاطي المخدرات.

أنواع المخدرات المستعملة



الشكل رقم 3: أنواع المخدرات حسب التقارير

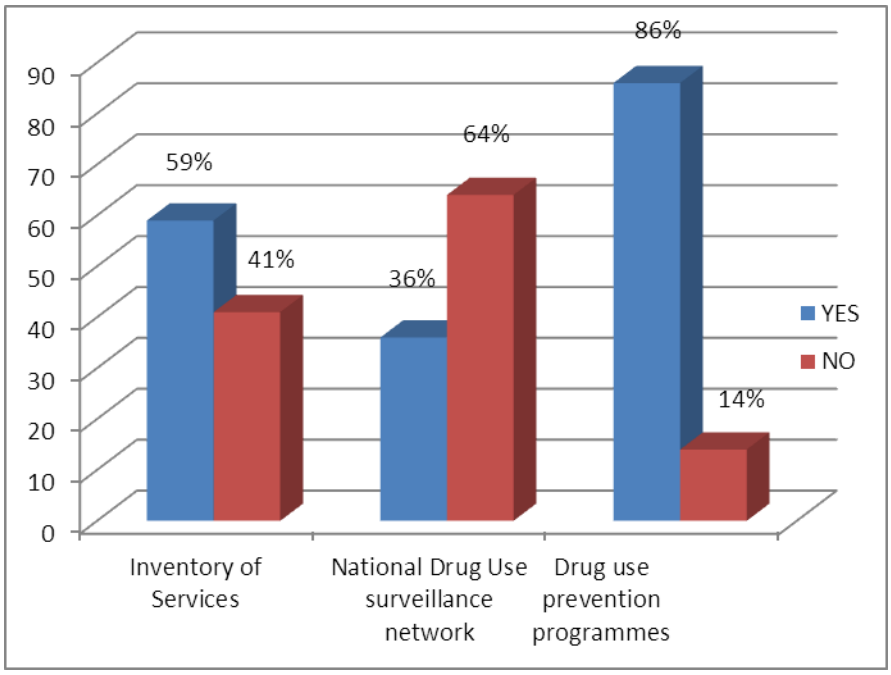
24. هناك حاجة ماسة إلى تعزيز الأدلة بمعلومات يمكن الاعتماد عليها وتترجم إلى أنواع من الخدمات وبرامج التدخل المتاحة لمعالجة تعاطي المخدرات.

جرد خدمات الوقاية من ومعالجة تعاطي المخدرات والمراقبة الوطنية لتعاطي المخدرات، والحد الأدنى القاري لمعايير جودة علاج الإدمان

25. يتبين من الشكل رقم 4 أن أكثر من نصف الدول الأعضاء التي ردت على استبيان الاتحاد الأفريقي، أشارت إلى وجود قائمة بالخدمات المتاحة لمن يبحث عن العلاج أو يرغب في المشاركة في أنشطة الوقاية. وقد تبنت أيضاً دول كثيرة الحد الأدنى القاري لمعايير جودة علاج الإدمان لنشر نظام المعالجة في الدول الأعضاء. أفادت الدول الأعضاء أن معظم برامج العلاج المتاحة موجودة في المناطق الحضرية. وقد تم نشر واعتماد الحد الأدنى القاري لمعايير جودة علاج الإدمان في معظم الدول كمعيار لبرامجها العلاجية نظرا لعدم وجود سياسات للمعالجة وأنظمة للمراقبة تنظم توفير الخدمات في هذه المرافق.

26. بينما أحرز تقدم محدود في إنشاء شبكات مراقبة تعاطي المخدرات في معظم مناطق الاتحاد الأفريقي قامت الإيكواس بإنشاء شبكة غرب أفريقيا الوبائية لتعاطي المخدرات التي تجمع معلومات عن اتجاهات المخدرات من أشخاص مدربين في نقاط المراقبة في دول غرب أفريقيا. يدعم مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة على وجه الخصوص إنشاء مراصد وطنية للمخدرات في السنغال ونيجيريا وكينيا لجمع وتحليل كل من البيانات الصحية وبيانات إنفاذ القانون، وتم نشر تقريرين عن ذلك حتى الآن.

27- تقوم المفوضية، بالشراكة مع الوكالة الدولية للمخدرات وإنفاذ القانون للولايات المتحدة، بعملية إنشاء شبكات وطنية وإقليمية لعلم الأوبئة حول تعاطي المخدرات على مدى السنتين المقبلتين مع التركيز الابتدائي على خمسة (5) بلدان عبر أقاليم الاتحاد الأفريقي الخمسة (5).



الشكل رقم 4: إطار خدمات العلاج

معلومات منشورة لصناع السياسة والجهات المهنية ومنظمات المجتمع المدني والجماعات الهشة والجمهور عن طريق الدعوة والحملات الإعلامية وحملات التوعية

28. قامت المفوضية بالدعوة والترويج لخطة عمل الاتحاد الأفريقي مع الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية وخلال الاجتماعات النظامية بين الاتحاد الأفريقي والأمم المتحدة والمنتديات ذات الصلة بمكافحة المخدرات والتغيرات المرتبطة بالأمن الاجتماعي والبشري، وأسفر ذلك بعد الدراسة والمعرفة عن قبول خطة العمل كإطار استراتيجي يرشد وضع سياسة المخدرات في أفريقيا:

- عقدت الدورة السادسة لمؤتمر الاتحاد الأفريقي لوزراء مكافحة المخدرات من 6 إلى 10 أكتوبر 2014 تحت موضوع "المخدرات تقتل ولكن السياسات السيئة أكثر قتلاً". وزادت المفوضية خلال الفترة من مستوى الدعوة إلى نهج قائم على الأدلة ومتوازن ومتكامل لمكافحة المخدرات مع تشجيع التحول عن

السياسات غير الفعالة. وتقوم المفوضية بالتالي بتيسير اعتماد موقف أفريقي موحد من الدورة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة حول مشكلة المخدرات العالمية، 19–21 أبريل 2016، وصياغة نهج متوازن على نحو موثق في إعلان أديس أبابا، الصادر في أكتوبر 2014.

- دعت المفوضية على مستوى عال لوضع سياسة وطنية للمخدرات خلال الدورة الـ 56 والدورة الـ 57 للجنة الأمم المتحدة للمخدرات. وتمت الدعوة لخطة العمل وإطلاقها في حدث جانبي رفيع المستوى خلال الدورة الـ 56 للجنة المخدرات في مارس 2013. تم تضمين خطة عمل الاتحاد الأفريقي في مناقشات لجنة المخدرات بالإشارة إلى خطة العمل بالتحديد وتوجيه الطلب إلى مفوضية الاتحاد الأفريقي في مقرر لجنة المخدرات حول "تعزيز التعاون الدولي لتقوية الجهود في غرب أفريقيا لمواجهة الاتجار غير المشروع بالمخدرات. طالب المقرر مفوضية الاتحاد الأفريقي بالتعاون وتقديم الدعم لتنفيذ خطة عمل الإيكواس الإقليمية "لمواجهة المشكلة المتنامية للاتجار غير المشروع بالمخدرات والجريمة المنظمة وتعاطي المخدرات في غرب أفريقيا".

- قدمت المفوضية خطة عمل الاتحاد الأفريقي خلال الاجتماعين الـ 21 والـ 22 لرؤساء هيئات إنفاذ قوانين المخدرات في أفريقيا المنعقدين في أديس أبابا وقدمت مفوضية الاتحاد الأفريقي في ذات الوقت التقدم المحرز في تنفيذ الإعلان السياسي وخطة العمل حول التعاون الدولي تجاه استراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية.

- عرضت مفوضية الاتحاد الأفريقي سياستها الخاصة بالمخدرات على المؤتمر السابع عشر للإيدز والأمراض المنقولة جنسيا في أفريقيا (ICASA 2013) وخاصة موضوع "**قم بالدعم ولا تضغط** ": **الحاجة إلى استجابات أفضل للعقاقير في أفريقيا** ".

- دعت المفوضية كذلك إلى نهج متوازن لمكافحة المخدرات خلال اجتماعات التشاور بين القارات الثلاث المنعقدة عامي 2013 و 2014.

تنفيذ خدمات شاملة وميسرة وقائمة على الأدلة وأخلاقية تراعي حقوق الإنسان للوقاية من تعاطي المخدرات ومن الإدمان وتقديم العلاج والرعاية بعد العلاج

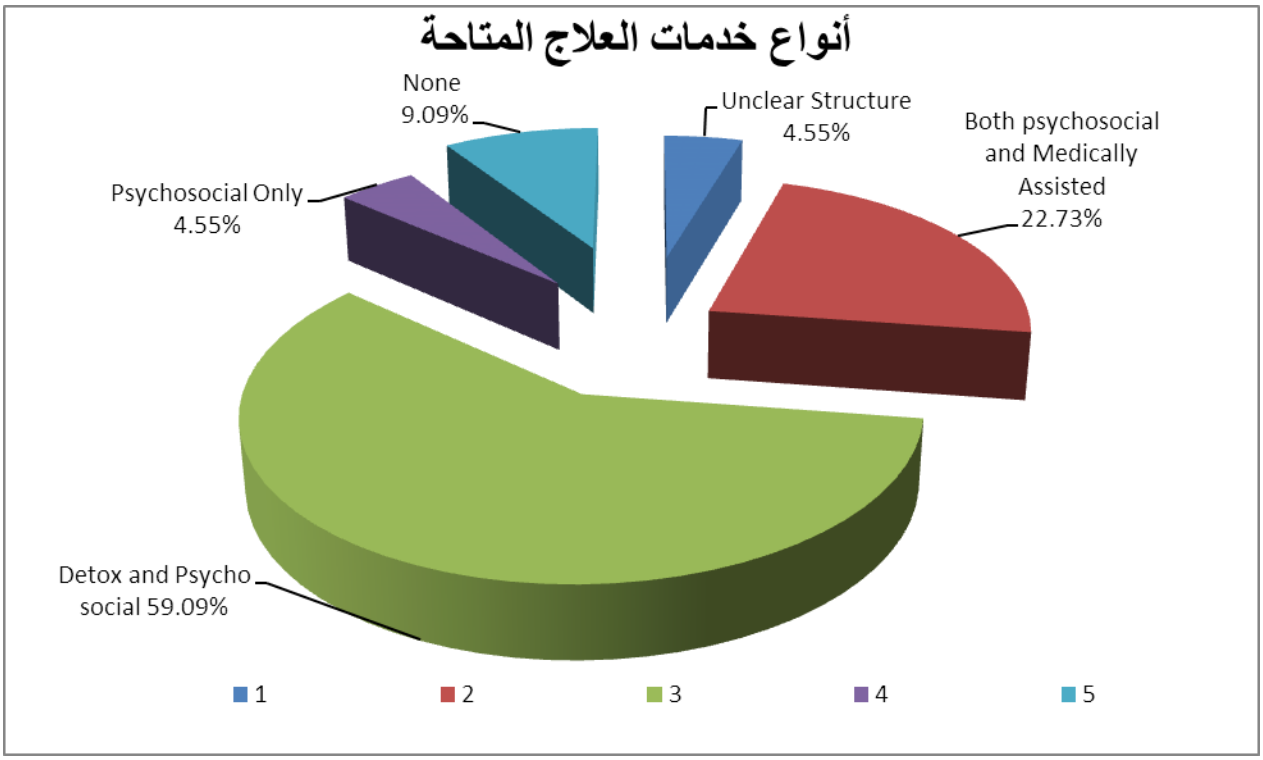
29. عقدت المفوضية اجتماعين للتشاور بين الخبراء عامي 2013 و2014 على التوالي لاستعراض هيكل العلاجات الحالية لتعاطي المخدرات والوقاية في الدول الأعضاء. تم وضع مصفوفة التنفيذ وأولويات التدخلات لكل دولة عضو وتم استعراض التقدم في جهود الحد من الطلب على المخدرات مع التأكيد على المتابعة والتقييم وجمع البيانات وتقديم التقارير كما تم وضع خريطة عامة لأدوات قدرة المعالجة.

30. في محاولة لتوسيع القوة العاملة للعلاج في الدول الأعضاء، بدأت الدورات التدريبية على مستوى الدراسات العليا للحد من الطلب على المخدرات باستخدام مناهج العلاج العالمية لاضطرابات الإدمان ويتم توفير الدورات التدريبية حاليا لممارسي العلاج من خلال خطة كولومبو. وتوجد أنواع مختلفة من الدورات التدريبية على الوقاية من المخدرات في كل من الجزائر والسودان ومصر وإثيوبيا وكينيا وسيشيل وجمهورية تنزانيا المتحدة وأوغندا ونيجيريا (تدريب صناع السياسة على المعايير الدولية للوقاية من تعاطي المخدرات) موريشيوس وسيشيل وجمهورية تنزانيا المتحدة وناميبيا وسوازيلاند وجنوب أفريقيا وزامبيا (جمعيتين (2) غير حكوميتين) وكوت ديفوار وغانا ونيجيريا (جمعيتين(2) غير حكوميتين) والسنغال وسيراليون وأوغندا (مبادرة للشباب) وكينيا وإثيوبيا (تجربة برامج لمهارات الأسرة).

31. ينفذ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة مشروع العلاج العالمي وبرنامج المكتب ومنظمة الصحة العالمية لعلاج الإدمان والرعاية في الدول التالية: بينين الرأس الأخضر وكوت ديفوار وكينيا وليبيريا وموزمبيق والسنغال وسيراليون وتنزانيا وتوجو وزامبيا.

32. فيما يتعلق بمعالجة الإدمان تركزت الأنشطة في الأساس على بناء قدرات وتدريب العمال في العلاج في شرق أفريقيا: إثيوبيا وكينيا وموريشيوس وجمهورية تنزانيا المتحدة وسيشيل، وتحسنت القدرات في بوروندي ومدغشقر وإرتريا. ومع ذلك، تعتبر الخدمات المتعلقة بالصحة وعلاجات المخدرات نادرة في غرب أفريقيا. والمستشفيات الخيرية هي التي توفر معظم الخدمات في المنطقة أو المعالجين التقليديين أو المرافق القائمة على العقيدة التي – حسب التقارير الواردة من أماكن كثيرة – لا تطبق الأساليب العلمية الصحيحة وتعتمد على أساليب خاطئة تتسم بالقسوة والوحشية. تفتقر المرافق المتاحة تفتقر إلى التمويل وقليل منها يحتوي على عدد كاف من العاملين ذوي المهارة والخبرة في التعامل مع اضطرابات تعاطي المخدرات[13]. ولا يزال الطلب على العلاج بعيد المنال في كثير من الدول، وحيثما تكون برامج العلاج متاحة فإن أغلبها يكون في مراكز حضرية. يبين الشكل رقم 5 أدناه يبين أن معظم العلاج ينصب على الجوانب النفسية والاجتماعية وإزالة السمية.

[13] لجنة غرب أفريقيا المعنية بالمخدرات، 2013: ليس العبور فقط: المخدرات والدولة والمجتمع في غرب أفريقيا.



الشكل رقم 5: أنواع خدمات العلاج المتاحة

33. تقدم20% فقط من الدول بعض أشكال العلاج بالمساعدة الطبية التي تشمل علاجات بديلة. والبرامج الحكومية لتبادل الإبرة والمحقنة متاحة في كل من موريشيوس وجمهورية تنزانيا المتحدة التي ذكرت بالإضافة إلى كينيا تقليل الضرر في سياسات المخدرات الوطنية. وتخطط كينيا لبدء برنامج علاج الميثادون لمتعاطي المخدرات الأفيونية بنهاية عام 2014.

برامج الوقاية

34. خلال اجتماع استشاري قاري نظمته المفوضية في فبراير 2013 في كمبالا، أوغندا تم إطلاق المعايير الدولية لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات

والجريمة بشأن الوقاية من تعاطي المخدرات وتم نشرها في الدول الأعضاء ومن المتوقع أن تستخدم الدول الأعضاء في وضع برامج الوقاية.

إضفاء الطابع المؤسسي على برامج التحول لمتعاطي المخدرات التي تتعارض مع القانون وخاصة بدائل التعامل مع الجرائم الصغيرة

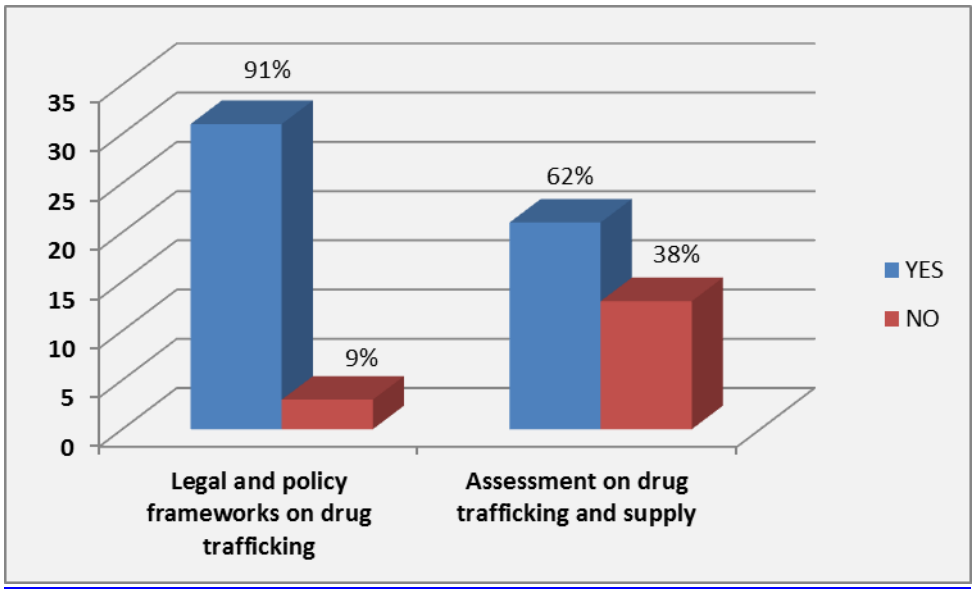
35. لم تشر أي دولة إلى استخدام بدائل للحجز. علاوة على ذلك، توجد ثغرة لا بد من سدها لإدماج متعاطي المخدرات كمستفيدين من برامج الحماية الاجتماعية الوطنية. إلا أن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة قدم مساعدة فنية على أساس معايير وأعراف الأمم المتحدة في منع الجريمة والعدالة الجنائية لنظام العقوبات في بعض الدول كما يلي: إصلاح الشرطة في كينيا، وبدائل حبس الأحداث في جنوب السودان، وبرامج شاملة تغطي سلسلة نظام العقوبات بالكامل في نيجيريا وإثيوبيا.

3.2 مكافحة الاتجار بالمخدرات والتحديات المرتبطة بالنسبة للأمن البشري:

36. عُقد اجتماع استشاري في هراري، زيمبابوي من 15 إلى 17 أكتوبر 2013 مع الخبراء حول الحد من العرض من الدول الأعضاء لتحديد مجالات التدخل ذات الأولوية. تم تنظيم التشاور القاري لوضع وتحسين الاستجابات لمكافحة تجارة المخدرات والتحديات الأخرى المتعلقة بالأمن البشري. حدد الخبراء البرامج ذات الأولوية لكل دولة عضو ووضعوا إطارا للمتابعة ومعيارا قاريا لصيغة رفع التقارير السنوية عن مكافحة المخدرات في الدول الأعضاء. شمل التقدم الملحوظ في تحقيق النتائج ما يلي:

الأطر القانونية وأطر السياسات والمعلومات الاستراتيجية:

37. أفاد 91% من الدول أن لديها أطرا قانونية وسياسات، نفذت 62% شكلا واحدا من أشكال تقييم اتجاهات الاتجار والعرض (الشكل رقم 6). إلا أنه لوحظ أن كثيرا من الأطر القانونية تعتبر قديمة وتحتاج إلى تحديث حتى تواجه مشكلة الاتجار بالمخدرات بطريقة تشمل الأشكال الجديدة للجريمة المنظمة العابرة للحدود الوطنية.



الشكل 6: الأطر والمعلومات الاستراتيجية

38. أُجري عدد من الدراسات أثناء فترة التقرير:

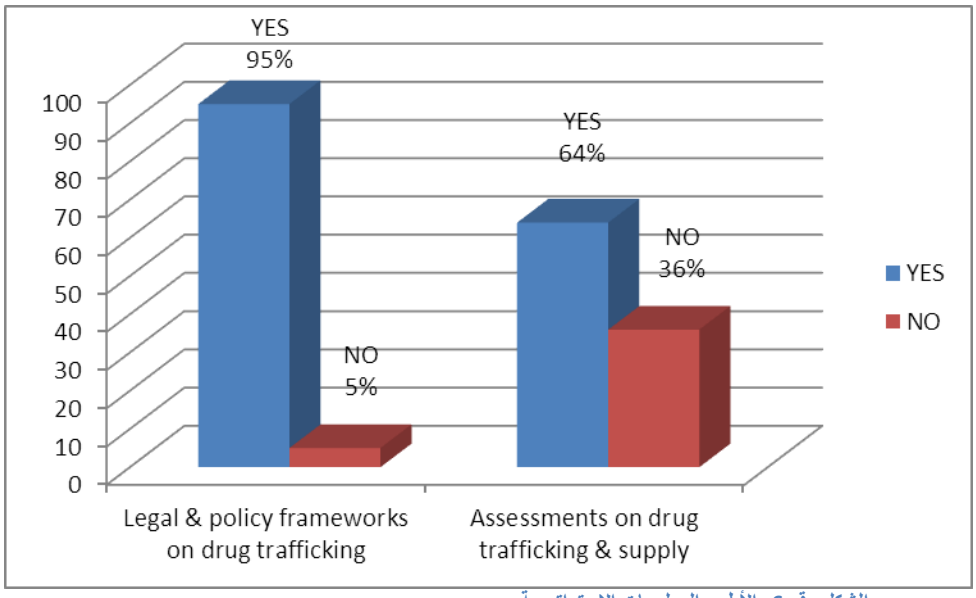
* "تقييم شامل للتحديات الاجتماعية والاقتصادية والأمنية لتجارة المخدرات المرتبطة بالجريمة المنظمة في غرب ووسط أفريقيا "، 2014 بواسطة مفوضية الاتحاد الأفريقي. التقرير الذي أطلق خلال الدورة السادسة لمؤتمر الاتحاد

الأفريقي للوزراء المعنيين بمكافحة المخدرات تم عرضه أيضاً على مجلس السلم والأمن للاتحاد الأفريقي في 24 يوليو 2014، ووجد المجلس أن التقرير مناسب وشامل وثري ودقيق في عرضه للمشكلة وأوصى المفوضية بتعبئة الجهود للتصدي لهذا التهديد والتحول من السياسات إلى العمل وتنفيذ جميع التوصيات وعلى وجه الخصوص ما يلي.

- تقييم التهديدات في باقي المناطق؛
- تشجيع التعاون المتقدم بين الدول الأفريقية والأطراف غير التابعة للدولة؛
- اتباع منهج قوي ومنسق ومتعدد القطاعات؛
- مواجهة المشاكل الاجتماعية والاقتصادية التي تجبر الناس على ارتكاب الجرائم بما في ذلك الفقر والتنمية الاجتماعية
- تبني مبادرات وقائية لحماية الدول التي لم تتأثر بعد؛
- التركيز على الجرائم العابرة للحدود واحترام وتنفيذ جميع الصكوك المتعلقة بذلك والتي تبنتها الدول الأعضاء؛
- وضع هيكل وتنسيق التكامل بين مختلف المبادرات؛
- تنظيم ورش عمل ومنتديات للحوار وطنيا وإقليميا؛
- الحاجة إلى تضافر جهود المفوضية ككل، بما في ذلك نظام الإنذار المبكر في مجلس السلم والأمن لتقديم معلومات عن المخدرات والجريمة المنظمة.

- " ليس العبور فقط: المخدرات والدولة والمجتمع في غرب أفريقيا " تقرير لجنة غرب أفريقيا المعنية بالمخدرات سنة 2014 .
- "الجريمة المنظمة العابرة للحدود الوطنية في شرق أفريقيا: تقييم التهديد "، 2013، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

- في 2013 أجرى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة تحليلا لاتجاهات الاتجار في أفريقيا في إطار برنامج الرصد العالمي للمخدرات الاصطناعية: التحليل والإبلاغ والاتجاهات (سمارت). يبين التحليل الأهمية المتنامية لتجارة المنشطات الميثامفيتامينية من غرب أفريقيا إلى آسيا، ويبين أن تصنيع المنشطات الميثامفيتامينية في غرب أفريقيا لتصديرها إلى مناطق أخرى يعتبر تهديدا جديدا يضاف إلى التهديدات الأخرى.



الشكل رقم 6: الأطر والمعلومات الاستراتيجية

الدعوة لوضع السياسات والقيام بتوعية عامة قائمة على الأدلة ومشاركة المجتمع المحلي

39. قامت المفوضية بالدعوة على مستوى عال كما جاء في الفقرة 28 وكذلك على مستوى مجلس السلم والأمن للاتحاد الأفريقي، وتبين الفقرة 38 نتيجة هذه الدعوة. وعلى الرغم من أن 91% من الدول الأعضاء أفادت بأنها وضعت

برامج للدعوة والتوعية ليس من الواضح ما إذا كان النوع والنطاق كافياً. وفي الحقيقة كان هناك عدد أكبر من برامج التوعية (التي تستهدف غالباً المدارس والجمهور) من برامج الدعوة التي يشارك فيها الزعماء السياسيون وصناع السياسة.

4.2 تحسين بناء القدرة على البحث وجمع البيانات

تحسين قدرات نظام العدالة الجنائية على التحقيق والملاحقة وكذلك الإجراءات الأخرى لاحتواء الجرائم المنظمة المرتبطة بها

40. قدم مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة دعما واسع النطاق إلى الدول الأعضاء لتحسين قدراتها على الوقاية والكشف والتحقيق في الفساد وملاحقتها كما يلي:

1. أنشطة كبيرة مع سلطات مكافحة الفساد في موزمبيق والنيجر؛
2. تقييم لجان مكافحة الفساد في إثيوبيا وجنوب السودان وبتسوانا وموزمبيق وجمهورية تنزانيا المتحدة ومصر وليبيا؛
3. وضع استراتيجيات وطنية لمكافحة الفساد في نيجيريا وجنوب السودان؛
4. تحديث نظام إعلان الدخل والأصول في جنوب السودان؛
5. تحسين الإطار فيما يتعلق بتضارب المصالح في مصر وتونس؛
6. دورات تدريبية للسلطات الوطنية المعنية على جوانب محددة لمنع ومكافحة الفساد تشمل الإعلان عن الأصول والتحقيق المالي في كوت ديفوار وجمهورية الكونغو الديمقراطية وإثيوبيا والجابون وليبيريا وليبيا والمغرب وموزمبيق ونيجيريا ورواندا وجنوب السودان وأوغندا وزامبيا؛
7. تقوية المحاسبة والاستقامة والشفافية ومراقبة مؤسسات العدالة الجنائية (بما فيها الشرطة والنيابة والقضاء) وخاصة عن طريق محاكمات

مصطنعة في بوتسوانا وتنزانيا وأوغندا، وتطوير خطة الاستقامة لوزارة داخلية الرأس الأخضر وورش عمل تدريبية في الصومال (بونت لاند / صوماليلاند). بدأ العمل لتحسين نظم إدارة القضايا في زيمبابوي وساو تومي وكذلك مدونة السلوك القضائي في مصر؛

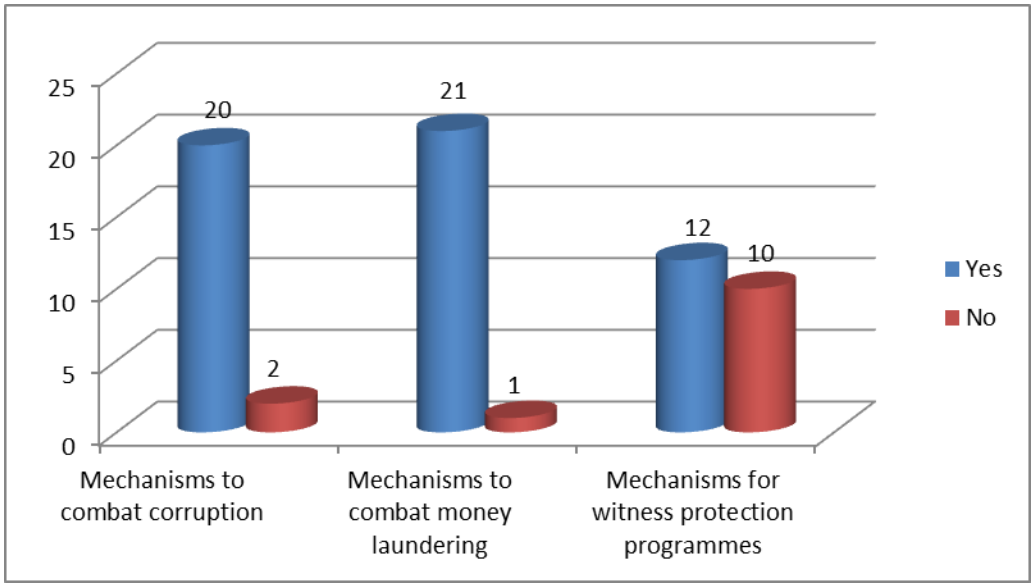
8. مساعدات معينة لتقوية القدرات لنجاح جهود استرداد الأصول المسلوبة في مصر وكينيا وليبيا والسنغال وجنوب السودان وجمهورية تنزانيا المتحدة وتونس وأوغندا من خلال مبادرة البنك الدولي ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لاستعادة الأصول المسروقة؛
9. إنشاء شبكة هيئات استرداد الأصول في شرق أفريقيا والاستمرار في دعم شبكة هيئات استرداد الأصول في الجنوب الأفريقي، سيتم وضع مبادرة مماثلة لغرب أفريقيا؛
10. يدعم البرنامج العالمي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لمكافحة غسل الأموال، وضع أطر قارية وإقليمية ووطنية تعكس توصيات ومنهجية فريق عمل الأعمال المالية. تشمل المساعدات الجارية معلمين اثنين خاصين بمكافحة غسل الأموال يعملان طوال الوقت في غرب وجنوب أفريقيا، وتنظيم دورات تدريبية على التحقيقات المالية لمتدربين من هيئات إنفاذ القانون ووحدات المخابرات المالية وهيئات النيابة والقضاء وإصدار فتاوى الخبراء ومساندة عملية وضع الأطر التشريعية والتنظيمية؛

11. دربت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ممثلين من 12 دولة من غرب أفريقيا (17–21 يونيو 2013 في أديس أبابا) لتعزيز قدراتها في

التعامل مع المواد الخاضعة للمراقبة والمستخدمة للأغراض الطبية والوفاء أيضا بالتزامات رفع التقارير وفقا للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

41. بالإضافة إلى ذلك، فإن المفوضية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة يقومان بعملية وضع برنامج مشترك لقادة العدل المستقبليين في شرق أفريقيا، والقرن الأفريقي والمحيط الهندي (2015–2018) ويُعالج الاتجار بالمخدرات والجرائم المنظمة الأخرى.

42. أفادت معظم الدول حقا أن لديها آليات لمكافحة الفساد وغسل الأموال (كلاهما بنسبة 91%). ولكن توجد لدى بضعة بلدان (44%) آليات لحماية الشهود (الشكل رقم 7). وهناك دول لا توجد لديها آليات محددة تستخدم أحكاما متعلقة بذلك حسب القانون الجنائي.

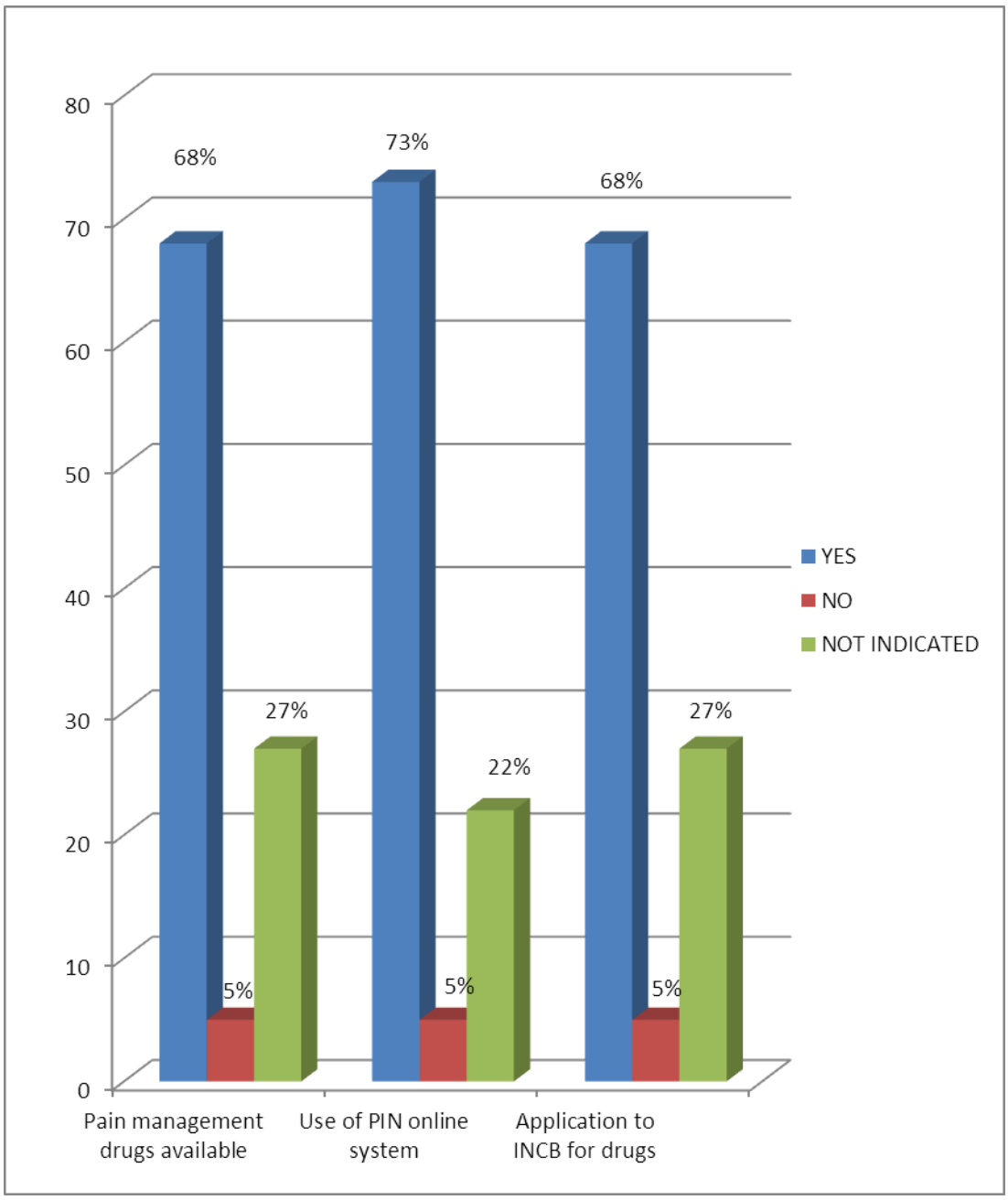


الشكل رم 7: قدرات العدالة الجنائية

إزالة الحواجز التي تحد من إتاحة المخدرات الخاضعة للمراقبة الدولية والمستخدمة للأغراض الطبية والعلمية:

43. كان الموقف الموحد لمفوضية الاتحاد الأفريقي حيال أدوية معالجة الألم واسع الانتشار واعتمده مؤتمر وزراء الصحية في دورته السادسة في ابريل 2013. وبينما أشارت دول كثيرة (70%) إلى توافر أدوية معالجة الألم كانت هناك مشكلة عامة تتعلق بتقدير كميات الأدوية المطلوبة ونفاد الكمية المخزونة أحيانا. أفادت دول كثيرة عن استخدام الإشعار الذي يسبق التصدير عن طريق الإنترنت (الشكل رقم 8) إلا أن توفر أدوية معالجة الألم في القارة برمتها ظل يشكل تحديا بسبب العوائق الكثيرة التي تشمل (أ) الخوف من الإدمان (ب) عدم كفاية تدريب المهنيين في الرعاية الطبية (ج) القوانين أو اللوائح التي تحد بطريقة غير متكافئة من تصنيع أو توزيع أو وصف أو صرف عقاقير الأفيون (د) التردد في وصف أو تخزين عقاقير الأفيون للتخوف من العقوبات القانونية(هـ) التردد في وصف أو تخزين عقاقير الأفيون للتخوف من السرقة أو النهب (و) العبء الإداري للشروط التنظيمية المتعلقة بالأفيون (ز) عدم كفاية الكمية المستوردة أو المصنعة من مواد الأفيون (ح) احتمال تحول الأفيون (ط) تكلفة أدوية الأفيون (ي) نقص موارد الرعاية الصحية من الأفراد والتسهيلات (ك) العبء الإداري لشروط الاستيراد والتصدير (ل) المشاكل المتعلقة بنظام توزيع أدوية الأفيون (م) عدم وجود سياسة أو إرشادات وطنية.[14]

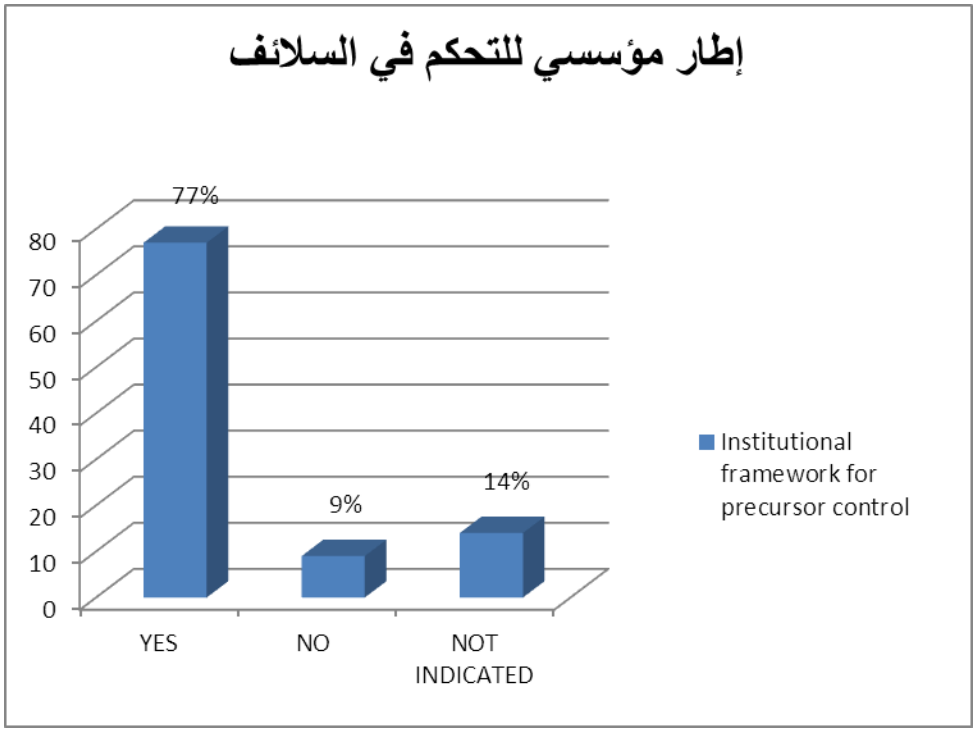
[14] تقرير المجلس الدولي لمراقبة المخدرات، 2013

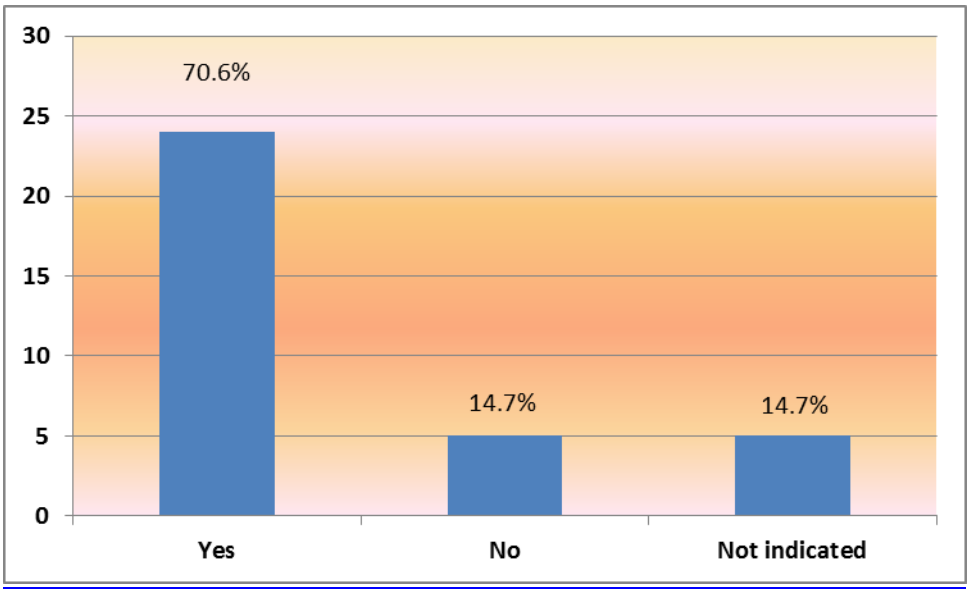


الشكل 8: إدارة الألم

قدرة الدول الأعضاء على التحكم في السلائف الكيميائية

44. توجد في كثير من الدول (68%) برامج للتحكم في السلائف (الشكل رقم 9). تطبق جنوب أفريقيا على وجه الخصوص برنامجا جيدا جدا للتحكم في السلائف الكيميائية ونجحت في تفكيك مختبرات لتصنيع منشطات ميثاكاثينون وميثامفيتامين رغم أنها ما تزال منتجة ومصدرة للمنشطات الأمفيتامينية. وقد نجحت في سنة 2012 وحدها في تفكيك 12 مختبرا، وارتفع هذا الرقم سنة 2013 إلى 33 مختبرا. ولم تبلغ أي دولة عضو أخرى عن تفكيك مختبرات سرية. أشارت نيجيريا أيضاً إلى تدميرها لسبعة (7) مختبرات سرية.





الشكل رقم 9: التحكم في السلائف

3. ثغرات التنفيذ والتحديات

45. في غياب أنظمة فعالة ومستدامة للبحث وجمع البيانات في معظم الدول الأعضاء في مناطق الاتحاد الأفريقي، يوجد نقص في البيانات التي يمكن الاعتماد عليها لتقدير حجم اقتصاد المخدرات غير المشروعة في أفريقيا بما فيها الكميات المصادرة أو المحجوزة أو الأصول المصادرة أو معدلات انتشار المخدرات غير المشروعة لغرض التعاطي.

46. هناك الكثير مما يجب عمله للوقاية من الإدمان وتحسين الحصول على العلاج والرعاية أثناء النقاهة بطريقة شاملة ومدعومة بالأدلة وأخلاقية وتراعي حقوق الإنسان. علاوة على ذلك ما تزال دول كثيرة بحاجة إلى التمييز بين تعاطي وامتلاك المخدرات، وتوسيع الخدمات الصحية والاجتماعية لأولئك الذين

يواجهون مشاكل التعاطي وبذل جهود أكبر في ملاحقة التجار. سيزيح هذا الكثير عن كاهل أنظمة العدالة الجنائية المثقلة بالقضايا.

47. هناك حاجة إلى تحسين التعاون والتنسيق الحدودي بين الدول الأعضاء . على الصعيد الوطني، يجب أن يكون هناك تعاون أوثق بين مؤسسات إنفاذ القانون المعنية مثل الشرطة والجوازات والهجرة والجمارك. وتتطلب التدخلات لمنع ومكافحة الإتجار غير المشروع والجريمة المنظمة سيطرة قوية وفعالة على طول الحدود الوطنية.

48. تعتبر كثيرا من الأطر القانونية الحالية قديمة وتحتاج إلى تحديث من أجل التصدي الشامل لتجارة المخدرات والتعامل مع الأشكال الجديدة من الجرائم المنظمة العابرة للحدود الوطنية.

49. تعد قدرات الطب الشرعي في الدول الأعضاء محدودة ولا تكفي لإجراء جميع التحاليل اللازمة للمخدرات المصادرة. يوجد نقص في التعاون الإقليمي اللازم بين الدول الأعضاء لمساعدة الآخرين في تحليل المخدرات التي يتم ضبطها ويزيد نقص أجهزة الكشف الوضع تفاقما.

50. لا تزال هناك أنظمة تحكم ضعيفة غير قادرة على تقييم وتنظيم وإدارة استعمال المخدرات والمواد المؤثرة عقليا للأغراض الطبية والعلمية.

4. الاستنتاجات والتوصيات

51. يتوقف النجاح في تنفيذ خطة العمل هذه على قوة الشراكات والتعاون الفني. هناك حاجة ماسة إلى التعاون المفيد بين جميع الأطراف وتحسين التعاون بصفة خاصة بين الحكومات والخدمات المتخصصة والمجتمع المدني في الدول المنتجة والناقلة والمستهلكة. ويستند النجاح أيضاً إلى التزام الدول الأعضاء في

الاتحاد الأفريقي باتخاذ تدابير عملية لتخصيص تمويل مناسب لتنفيذ جميع المجالات ذات الأولوية الأربعة لخطة العمل.

52. يجب أن تتواكب مبادرات التحكم في المخدرات مع البرامج الاجتماعية الاقتصادية والحكم الجيد واحترام القانون والجهود الأمنية ومطالب التكامل في المفوضية بل أيضا في المجموعات الاقتصادية الإقليمية وعلى مستوى الدول الأعضاء. من المعترف به بصفة متزايدة أنه لا بد في العملية التنموية من إبراز التحديات المرتبطة بعدم احترام القانون والصلة بين المخدرات والجريمة والسلام كاعتبارات لا بد أن تؤثر على مساعدة التنمية.

53. على أساس المسئولية العامة المشتركة، تحتاج الدول الأعضاء إلى تقوية جهود وضع نهج متوازن وشامل لمكافحة المخدرات يركز على الحد من الطلب على المخدرات وإمدادها وكذلك ضمان توفر المواد الخاضعة للرقابة والمستخدمة للأغراض الطبية والعلمية ، بما في ذلك في الأوضاع الطارئة والنزاعات، مع الحد من الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية. ويتم السعي أيضا إلى تحقيق هدف الموقف الأفريقي الموحد المقترح من الدورة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة حول مشكلة المخدرات العالمية، 19-21 أبريل 2016.

54. يؤكد البعد العابر للحدود الوطنية في تجارة المخدرات والجريمة المنظمة الحاجة إلى توطيد التعاون الإقليمي في هذا الشأن. يجب أن تشمل المجالات الرئيسية لتحسين التعاون زيادة تبادل المعلومات في المنطقة ومعالجة التدفقات النقدية المرتبطة بالاتجار بالمخدرات ومنع تحول السلائف الكيميائية التي تستخدم في تصنيع المخدرات.

55. من الضروري وضع نظام مستدام لجمع وتقاسم البيانات الصحيحة التي يمكن الاعتماد عليها عن تجارة المخدرات والجريمة المنظمة وتعاطي المخدرات بما في ذلك إنشاء وتقوية مراصد المخدرات وشبكات الأمراض الوبائية من أجل وضع استراتيجيات وتدخلات مناسبة. تحتاج مفوضية الاتحاد الأفريقي كلك إلى زيادة مواردها لإجراء تقييم شامل لتجارة المخدرات والجريمة المنظمة في شمال أفريقيا والجنوب والشرق الأفريقي.

56. في نفس الوقت، يجب تحسين الجهود لمنع سوء استعمال المخدرات والتصدي لعواقبها الاجتماعية والصحية عن طريق برامج شاملة تقوم على الأدلة وعلى حقوق الإنسان وتشمل منع تعاطي المخدرات ومعالجة الإدمان وتوفير خدمات الرعاية في فترة النقاهة والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، وعلاج ورعاية الذين يحقنون المخدرات وفقا لخطة العمل. لا تزال معظم الخدمات الصحية والعلاجية المتعلقة بالمخدرات محدودة في كثير من الدول.

57. يجب زيادة برامج تعاون الجنوب الجنوب وخاصة قصد تقوية إنفاذ القوانين الوطنية في البلدان الهشة والخارجة عن النزاعات والتي تكون أكثر تأثرا بتجارة المخدرات والجريمة المنظمة.