Évaluation des besoins pour la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en République Démocratique du Congo

Photo : L'équipe de la mission avec Dr Mukengeshayi Kupa, Secrétaire Général à la Santé Publique

Le Secrétariat de la Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac voudrait remercier le Gouvernement de la République Démocratique du Congo pour son invitation dans le cadre de l'évaluation des besoins

Secrétariat de la Convention
Août 2015

Supporté par :

La Convention-cadre de l'OMS

- La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (Convention-cadre de l'OMS) a été élaborée à la suite de la mondialisation de l'épidémie du tabagisme survenue au 20ème siècle.
- La Convention est un traité fondé sur les données factuelles, qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.
- Elle a pour objectif « de protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac ». La Convention affirme l'importance des stratégies de réduction de la demande au même titre que de réduction de l'offre pour atteindre ce but. En outre, les Parties sont également encouragées à appliquer des mesures allant au-delà des dispositions requises par le traité.
- La Conférence des Parties est l'organe décisionnel de la Convention. Le Secrétariat de la Convention a été établi en tant qu'organe permanent visant à soutenir la mise en œuvre de la Convention conformément à l'article 24 de la Convention-cadre de l'OMS.

L'exercice d'évaluation des besoins

- À sa première session (en février 2006), la Conférence des Parties a engagé les pays en développement et les économies en transition Parties à procéder à des évaluations des besoins à la lumière de leurs obligations d'ensemble relatives à la mise en œuvre de toutes les dispositions de la Convention et à faire part de leurs besoins prioritaires aux partenaires du développement (décision FCTC/COP1(13)).[1]
- L'évaluation des besoins est un exercice réalisé conjointement avec un gouvernement afin d'identifier les objectifs devant être atteints en vertu de la Convention-cadre de l'OMS, les ressources dont dispose la Partie concernée pour la mise en œuvre, et les lacunes eu égard à l'application de la Convention. Elle repose sur tous les principaux articles de la Convention-cadre de l'OMS afin de recenser les besoins fondamentaux.
- Les Parties qui ont mené une évaluation de leurs besoins ont bénéficié d'une assistance post-évaluation, basée sur les rapports et les priorités identifiées.
- Une équipe internationale composée par Dr Rigobert Mbuyu, Directeur – Programme National de Lutte contre les Toxicomanies et les substances toxiques – Ministère de la Santé, le, Dr Mwanza Fwelo, OMS Kinshasa, Dr Patrick Musavuli consultant, Ms Karina Rangel du Secrétariat de la CCLAT et dirigée par Dr Carmen Audera du Secrétariat de la CCLAT a conduit une mission d'évaluation des besoins du 17 à 21 août 2015 en la République Démocratique du Congo.

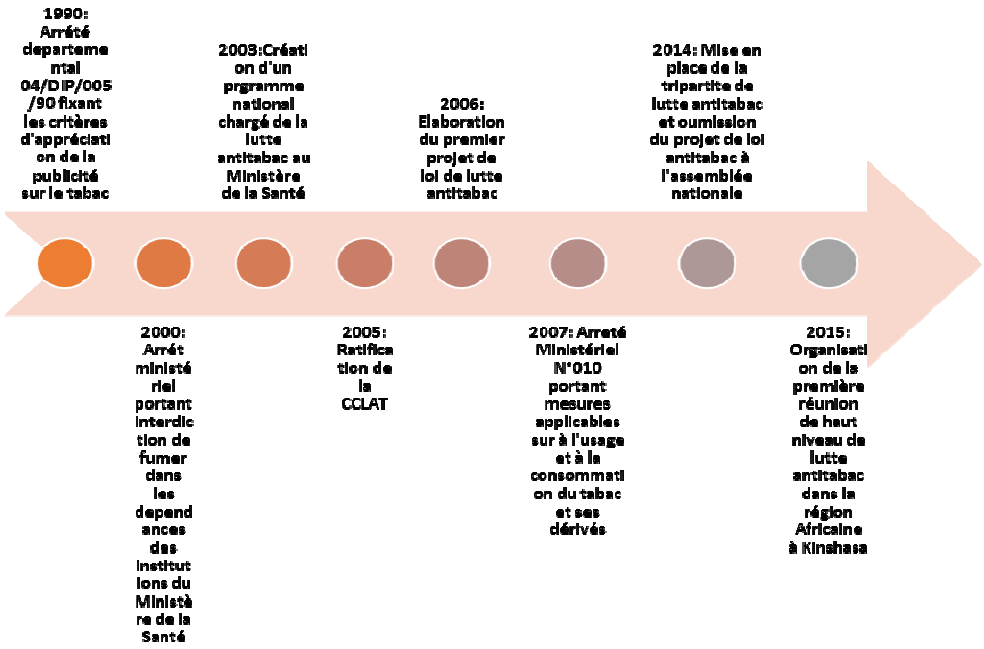
[1] Voir COP/1/2006/CD, *Décisions et documents auxiliaires*, disponibles à l'adresse suivante : http://apps.who.int/gb/fctc/F/F_cop1.htm.

Impact de la consommation du tabac sur la santé publique

Prévalence du tabagisme et mortalité liée au tabac en RDC:

- Les résultats de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS) réalisée en 2008 par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé dans le milieu scolaire à Kinshasa et à Lubumbashi auprès des élèves de 13 à 15 ans ont révélé que :
  - 19,5 % des élèves avaient déjà fumé la cigarette, dont 27,5 des garçons et 9 % des filles ;
  - 28,9 % utilisent actuellement d'autres produits du tabac, dont 29,3 % des garçons et 27,6% des filles ;
- La deuxième Enquête Démographique de la Santé (EDS-RDC II 2013-2014), réalisé par les Ministères du Plan et de la Santé publique, a révélé que :
  - près d'un homme de 15-49 ans sur cinq (19 %) a déclaré fumer des cigarettes.
  - 24 % d'hommes de 50-59 ans fument des cigarettes et,
  - 4 % de femmes ont déclaré consommer du tabac sous d'autres formes que la cigarette.
  - Près d'un quart des ménages (23 %) ont déclaré qu'on fumait tous les jours dans le logement.
- La dernière édition 2015 de l'Atlas du tabac a révélé que,
  - Chaque année, plus de 10.370 personnes sont tuées par la maladie causée par le tabac, tandis que plus de 324.000 enfants et plus de 3.078.000 adultes continuent à fumer chaque jour
  - En 2010, 151 hommes et 48 femmes sont décédés chaque semaine à cause du tabac
  - En 2013, 15,3% d'hommes et 1.3% des femmes fumaient quotidiennement alors 11,5% de garçons et 3,7% de filles fumaient quotidiennement.

Étapes clés dans la lutte antitabac en RDC (2002 - 2015)



Constats principaux de l'évaluation des besoins

- Faible prise de conscience des obligations légales de la RDC pour la mise en œuvre de la CCLAT afin de protéger les générations présentes et futures des effets dévastateurs de produits de tabac;
- La RDC n'a pas de loi de lutte antitabac;
- Il existe un projet de loi mais qui n'est pas encore adopté;
- Il existe des arrêtés ministériels mais qui sont incomplets par rapport aux dispositions de la Convention Cadre de Lutte Antitabac (CCLAT) et pas suffisamment mis en œuvre;
- La RDC n'a pas de plan stratégique de lutte antitabac, ni de ressources allouées à la lutte antitabac et à la mise en œuvre de la CCLAT;
- Bien qu'il existe une tripartite de lutte antitabac (MSP - OSC - OMS), Il n'existe pas de mécanisme de coordination multisectorielle impliquant tous les secteurs partenaires;
- La lutte antitabac et les MNT n'étaient pas inclus dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015), l'avant projet de loi cadre de la Santé, le Plan Stratégique National de Développement, ni dans les plans des autres secteurs partenaires;
- Les prix de produits de tabac sont bas et il n'existe pas un système efficace de taxation qui diminuerait l'accessibilité aux produits de tabac tout en augmentant les recettes du trésor public;
- Il existe en circulation sur le marché des produits de tabac issus de commerce illicite;

Recommandations principales de l'évaluation des besoins

- Doter urgemment la RDC d'une loi de lutte antitabac à l'instar des autres états parties à la CCLAT;
- Chaque secteur doit prendre de mesures réglementaires et administratives pour s'aligner aux obligations de la CCLAT;
- Développer les textes d'application pour la mise en œuvre de la loi une fois qu'elle sera adoptée;
- Mettre en place un mécanisme de coordination multisectorielle nationale et provinciale pour la lutte antitabac;
- Développer une stratégie nationale multisectorielle et un plan d'action de lutte antitabac;
- Allouer les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action de lutte antitabac;
- Intégrer la lutte antitabac et les MNT comme priorité dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020), l'avant projet de loi cadre de la Santé, le Plan Stratégique National de Développement (PNSD 2016-2020), et dans les plans des autres secteurs partenaires;
- Intégrer et désigner des points focaux de la lutte antitabac et MNT au niveau de divisions provinciales de santé (DPS) et inspections provinciales de la santé (IPS);
- Accélérer l'intégration des activités de lutte antitabac dans le paquet minimum des activités (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) dans les zones de santé;
- Le Ministère de finances en collaboration avec le Ministère de la Santé doit prendre de mesures en vue d'augmenter efficacement les taxes sur les produits de tabac;
- Ratifier le protocole contre le commerce illicite de produits de tabac et renforcer les mécanismes pour lutter contre le commerce illicite.

Résumé d'orientation

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT de l'OMS) est le premier traité de santé international négocié sous les auspices de l'OMS, négociée de 2000 à 2003 par un organe intergouvernementale à composition non limitée (INB), la CCLAT a été adoptée à l'unanimité par 192 Etats Membres de l'OMS, réunis à Genève à l'occasion de la 56ème Assemblée Mondiale de la Santé, le 21 mai 2003 à Genève. Avec 180 Parties à ce jour, la CCLAT est devenue depuis l'un des traités ayant remporté la plus rapide et la plus large adhésion dans l'histoire des Nations Unies. La République Démocratique du Congo a signé la CCLAT de l'OMS le 28 juin 2004 et l'a ratifiée le 28 octobre 2005.

Sur demande et invitation du Gouvernement de la République Démocratique d Congo, une évaluation des besoins pour la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS a été réalisée conjointement par le Gouvernement de la République Démocratique du Congo, le Secrétariat de la Convention et l'Organisation mondiale de la santé. Cet exercice d'évaluation comportait une analyse initiale de l'état de la mise en œuvre ainsi que des défis et besoins potentiels découlant du dernier rapport de mise en œuvre du pays et d'autres sources d'information.
Du 17 au 21 Août 2015, une équipe internationale, sous la houlette du Secrétariat de la Convention, avec la participation du bureau pays de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), du bureau pays du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), et du bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS-AFRO), a conduit une mission d'évaluation en collaboration avec des représentants du Gouvernement. Les agences et ministères concernés de la République Démocratique du Congo et plusieurs organisations non gouvernementales œuvrant pour la lutte antitabac (voir Annexe) ont contribué à l'évaluation.

Ce rapport d'évaluation des besoins présente une analyse article par article des progrès accomplis en République Démocratique du Congo dans la mise en œuvre de la CCLAT, des lacunes existantes et des mesures pouvant être prises pour les combler. Les principaux éléments à mettre en place pour permettre à la République Démocratique du Congo de remplir pleinement ses obligations dans le cadre de la Convention sont résumés ci-après. Le rapport fournit des informations plus détaillées.

Premièrement, la CCLAT de l'OMS est un traité international et, partant, une loi internationale. Ayant ratifié ce traité, la République Démocratique du Congo est tenue de transposer ses dispositions dans les lois, réglementations ou autres mesures nationales. Il est par conséquent important d'identifier toutes les obligations contenues dans les principaux articles de la Convention, d'impliquer les ministères et institutions concernés, d'obtenir les ressources nécessaires et de demander une assistance internationale, le cas échéant.

Deuxièmement, la Convention exige des Parties qu'elles élaborent, mettent en œuvre, actualisent et examinent périodiquement des stratégies et des plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac. Le Document de la Stratégie de la croissance et de réduction de la pauvreté de seconde génération (DSCRP II 2011-2015) n'a pas pris en compte la lutte antitabac et les maladies non transmissibles comme une priorité. Le DSCRP II a simplement noté la possibilité d'utiliser les taxes sur les produits de tabac pour financer la lutte contre le VIH/Sida. Dans le Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015), le tabagisme a été identifié comme étant l'un des facteurs de risques majeurs contribuant à la charge des maladies non transmissibles et une menace non négligeable à la santé des congolais, il souligne aussi l'absence de mesures prises pour la mise en application de la Convention Cadre de l'OMS de lutte antitabac (CCLAT) que le pays a ratifié ; le PNDS (2011-2015) souligne aussi la nécessité de mener des actions multisectorielles pour prévenir les MNT en agissant sur ses facteurs de risques.

La République Démocratique du Congo n'a pas élaboré de plan d'action national multisectoriel global pour mettre en œuvre la Convention. Il est recommandé d'élaborer un plan de ce type avec la participation de toutes les parties intéressées, qui définisse des missions et responsabilités claires et qui soit officiellement adopté et lancé. Il est aussi recommandé que la consommation de tabac et l'exposition à la fumée de tabac soient identifiées comme des facteurs de risques majeurs contribuant à la charge des maladies non transmissibles dans le Plan National de Développement Sanitaire (2016-2020) et le Plan National Stratégique de Développement (2016-2020).

Troisièmement, la Convention exige des Parties qu'elles mettent en place un dispositif de coordination nationale multisectorielle et qu'elle le dote de moyens financiers afin d'en coordonner la mise en œuvre. Le Directeur du programme national de lutte contre les toxicomanies et les substances toxiques (PNLCT) a été désigné comme point focal national pour la lutte antitabac. Les locaux affectés à la Direction nationale du PNLCT sont situés dans un hôpital de référence et le personnel affecté à la direction nationale n'est pas reparti de manière à avoir une unité ou division qui s'occupe spécifiquement de la lutte antitabac à côté d'autres unités qui s'occuperaient de l'alcool et autres toxicomanies et substances toxiques.
Le PNLCT est représenté uniquement dans 5 provinces sur 21 que compte actuellement la RDC ; l'essentiel des activités se passent à Kinshasa (la capitale), Lubumbashi (Province du Haut Katanga dans le Sud-Est), Mbuji Mayi (dans l'ancienne province du Kasaï Oriental), Kananga (dans l'ancienne province du Kasaï Occidental et Kisangani (dans l'ancienne Province Orientale dans Nord-Est du pays).
Le ministère de la Santé ne consacre pas non plus de poste budgétaire spécifique à la lutte antitabac et à la mise en œuvre de la Convention, ni au mécanisme de coordination.
Bien qu'il existe une tripartite de lutte antitabac (MSP - OSC - OMS), Il n'existe pas de mécanisme de coordination multisectorielle impliquant tous les secteurs partenaires.
Les autres agences et ministères concernés sont impliqués sporadiquement dans la mise en œuvre de la Convention et n'ont pas encore désigné officiellement des points focaux de lutte antitabac dans leurs secteurs respectifs.

Quatrièmement, aux termes de l'article 5.2(b) de la CCLAT de l'OMS, les Parties sont tenues d'élaborer et d'adopter une législation antitabac nationale afin de permettre l'application complète de la Convention. La RDC n'a pas de loi de lutte antitabac. Mais il faut noter que la RDC avait élaboré depuis 2006 un projet de loi antitabac qui fut actualisé et réactualisé respectivement en 2010 et en 2013 sans connaître des avancées. Finalement, soumis à la Tripartite de lutte antitabac (composée du PNLCT, de l'ACCT et de l'OMS) en février 2014, ce projet a été transformé en proposition de loi qui a été soumise au parlement mais qui n'est pas encore adoptée; cette proposition de loi est complète et couvre la plupart des articles de la Convention. Elle prévoit l'interdiction de l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique, des politiques d'interdiction de fumer dans les espaces publiques, des exigences relatives au conditionnement et à l'étiquetage, et des restrictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage du tabac, l'interdiction de la vente aux et par les mineurs. La priorité immédiate est d'adopter la Loi afin de permettre l'élaboration des réglementations et décrets nécessaires à sa mise en œuvre. En attendant l'adoption de la loi, il existe depuis 2007 des arrêtés ministériels mais qui sont incomplets par rapport aux dispositions de la Convention Cadre de Lutte Antitabac (CCLAT) et pas suffisamment mis en œuvre.

Cinquièmement, l'industrie du tabac a infiltré quelques réunions lors de l'élaboration du projet de loi nationale de lutte antitabac et appuyer plusieurs activités de responsabilité sociale pour interférer et retarder le processus législatif, mais aussi pour se donner une bonne image vis-à-vis de décideurs et de la population. Lors de la première révision du projet de loi en 2010, un infiltré de l'industrie surpris et invité à évacuer la salle avait déclaré que « cette loi ne passera pas ». La proposition de Loi prévoit l'interdiction l'ingérence de l'industrie du

tabac dans la politique nationale de contrôle du tabac ainsi que tout partenariat direct ou indirect avec l'industrie du tabac. Elle interdit toute subvention publique ou mesure incitative en faveur de la culture, de la production ou de la transformation du tabac. Une fois adoptée et promulguée, la Loi constituera une base juridique forte pour l'application de l'article 5.3 de la CCLAT et des directives le concernant. En outre, il existe un code de conduite de l'agent public de l'état, mais qui ne contient pas des aspects pouvant prévenir des interactions non nécessaires et non transparentes avec l'industrie du tabac. Il est recommandé d'élaborer des réglementations ou décrets détaillés ou encore de mettre à jour le code de conduite afin d'en renforcer encore davantage l'application de l'article 5.3 de la CCLAT.

Sixièmement, l'augmentation de la fiscalité du tabac est l'une des mesures de réduction de la demande les plus efficaces pour diminuer la consommation de tabac. Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo reconnaît l'importance des mesures financières et fiscales pour réaliser l'objectif de la Convention. Le système de taxation des droits d'accises en RD Congo est mixte. Il est subdivisé en taxation est spécifique (pour les droits d'accises) et taxation ad valorem (pour le droit d'accises spécial). Malgré cela, les prix de produits de tabac sont bas et il n'existe pas un système efficace de taxation qui diminuerait l'accessibilité aux produits de tabac tout en augmentant les recettes du trésor public; Il est par conséquent recommandé de renforcer la collaboration entre le Ministère de la Santé et le Ministère de finances en vue d'augmenter efficacement et régulièrement les taxes sur les produits de tabac en République Démocratique du Congo.

Septièmement, la République Démocratique du Congo a mené diverses activités d'éducation, de communication et de sensibilisation aux méfaits de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, auprès du grand public et de groupes ciblés, tels que les jeunes, les professionnels des médias et les parlementaires grâce principalement au financement obtenus par la société civile active dans la lutte antitabac et le PNLCT. Le soutien financier est insuffisant pour permettre la réalisation des activités coûteuses en ressources requises afin de satisfaire aux obligations du pays en vertu de l'article 12. Lors de l'évaluation des besoins, il a été convenu qu'il serait important pour le ministère de l'Éducation d'intégrer de leçons sur la lutte antitabac et les maladies non transmissibles dans le curricula de l'enseignement primaire et secondaire à l'instar du VIH et de la santé de la reproduction afin d'informer et sensibiliser les jeunes dès leurs bas âges. Mais aussi pour le Ministère de la Communication d'associer les médias à ses efforts afin de s'assurer de leur soutien actif aux campagnes de plaidoyer en faveur de la lutte antitabac. Il est par conséquent recommandé au ministère de la Santé de travailler en étroite collaboration avec le ministère de l'Éducation et celui de la Communication, ainsi qu'avec d'autres ministères et des organisations de la société civile, à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes d'éducation, de communication et de sensibilisation du public fondés sur des données factuelles. La radio et la télévision nationale devraient réserver du temps d'antenne gratuit à la diffusion de messages antitabac. Cependant, une telle démarche passerait difficilement en raison du mode de financement des médias publics.

Huitièmement, la République Démocratique du Congo a été l'un des premiers signataires du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Il est recommandé à la République Démocratique du Congo de ratifier le Protocole dès que possible.

Neuvièmement, le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) est le cadre programmatique stratégique convenu par le Gouvernement et le système des Nations Unies pour définir les priorités en matière de développement national. L'UNDAF actuel couvre la période 2013 à 2017. L'UNDAF appuie les principaux piliers du Document de Stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté deuxième génération (DSCRP 2) qui définit une liste de priorités pour la période 2011-2015. Malheureusement la lutte antitabac et celle contre les maladies non transmissibles ne sont pas spécifiquement mentionnées comme

des priorités dans ces deux importants documents. L'équipe internationale a rencontré le Coordonnateur résident du système des Nations Unies ainsi que l'Équipe-pays du système des Nations Unies. Ensemble, ils ont discuté de la possibilité de mettre en place une task force sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque dont le tabac.

Il est recommandé que le Ministère de la Santé puisse inclure la lutte antitabac et contre les maladies non transmissibles dans le Plan national de développement sanitaire (2016-2020) en cours d'élaboration pour qu'elles soient aussi inclues dans le plan national stratégique de développement (2016-2020) et dans le prochain Plan-cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (UNDAF). Il est aussi recommandé au Ministère de la Santé de faire le suivi avec le Représentant pays de l'Organisation Mondiale de la Santé, le coordinateur résident des nations unies et le Directeur Pays du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) d'inclure l'appui à la mise en œuvre de la CCLAT lors de la révision de l'UNDAF. Il est recommandé au bureau pays de l'OMS de travailler avec le coordinateur résident pour mettre en place un groupe de travail sur les maladies non transmissibles et ses facteurs de risques dont le tabac ou d'envisager l'intégration de ce point dans un groupe thématique déjà existant. Il est recommandé au Gouvernement de la RDC de chercher activement des opportunités de coopérer avec les autres parties, organisations internationales compétentes et partenaires de développement présents au pays pour appuyer la mise en œuvre de la convention cadre de lutte antitabac.

Dixièmement, la Conférence des Parties a adopté sept directives pour l'application des articles 5.3, 8, 9 et 10, 11, 12, 13, et 14 et un protocole pour l'application de l'article 15 sur l'élimination du commerce illicite. Celles-ci visent à aider les Parties à satisfaire à leurs obligations légales au titre des articles correspondants de la Convention. Elles se fondent sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur l'expérience des Parties. La République Démocratique du Congo est fortement encouragé à suivre ces directives et protocole afin d'assurer l'application complète de la Convention.

Les besoins identifiés dans ce rapport représentent des domaines prioritaires nécessitant une attention immédiate. Dès lors que la République Démocratique du Congo traitera ces questions, le Secrétariat de la Convention, en collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires internationaux concernés, se tiendra à la disposition du pays et sera mobilisé à ses côtés pour appuyer le processus engagé. Sur demande du ministère de la Santé, le Secrétariat de la Convention s'engage également à fournir et à faciliter une assistance technique, en particulier dans les domaines suivants : (1) aide à l'élaboration d'un plan d'action/d'une stratégie national(e) de lutte antitabac ; (2) aide à l'organisation et animation d'une réunion rassemblant les parties prenantes afin d'examiner le présent rapport, le plan d'action ou la stratégie national(e) de lutte antitabac ; et (3) aide à étendre la tripartite de lutte antitabac afin de mettre en place un mécanisme élargi de coordination multisectorielle de lutte antitabac.

La version intégrale du rapport, qui suit ce résumé, peut également servir de base à toute proposition pouvant être présentée aux partenaires intéressés qui souhaiteraient aider la République Démocratique du Congo à s'acquitter de ses obligations aux termes de la Convention.

Cette mission d'évaluation conjointe des besoins a reçu l'aide financière de l'Union européenne.[1]

[1] Cette publication a été produite avec l'aide de l'Union européenne. Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité du Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant la position de l'Union européenne.

Liste des agences gouvernementales et de leurs représentants, des organismes législatifs, des membres de l'équipe internationale et des organisations non gouvernementales ayant participé à l'évaluation conjointe des besoins.

	Liste de personnes ayant participé à l'évaluation conjointe des besoins.	
	Organismes législatifs	
1	**Honorable Ezradi Eguma Norbert**	**Rapporteur de l'Assemblée nationale**
2	**Honorable Edumbadumba Pierre César**	**Vice-Président Commission socio culturelle de l'Assemblée national**
	Agences gouvernementales et de leurs représentants	
3	**Dr Mukengeshayi Kupa**	**Secrétaire Général – Ministère de la Santé**
4	**Mme Monique Likele**	**Secrétaire Générale – Ministère du Plan**
5	**Mme Eugenie Salebongo**	**Secrétaire Général au Commerce – Ministère de l'Economie et commerce**
7	**Phm Rigobert Mbuyu**	**Directeur – Programme National de Lutte contre les Toxicomanies substances toxiques – Ministère de la Santé**
8	**Mr Joseph Kuburhanwa**	**Directeur des autres accises, Direction Générales des Douanes et Accises (DGDA), Ministère des Finances**
9	**Mme Antho Kabamba**	**Directrice – Laboratoire, Office Congolais de Contrôle, Ministère de Commerce**
10	**Mr Jerome Bamba**	**Chef de Laboratoir de Chimie, Office Congolais de Contrôle Ministère de Commerce**
11	**Mr Auguy Kiabanzawako**	**Inspecteur - Direction Générales des Douanes et Accises(DGDA), Ministère des Finances**
12	**Mr Patrice Milambo**	**Chef de division - Programme National de Lutte contre les Toxicom et les substances toxiques – Ministère de la Santé**
	Organisations non gouvernementales et coopération bilatérale	
13	**Prof Patrick Shamba**	**Président Alliance Congolaise pour le contrôle de tabac**
14		**GIZ (coopération technique allemande)**
	Agences de nations unies en RDC	
15	**M. Mamadou Lamine**	**Coordinateur résident UN**
16	**Dr Bakary Sambou**	**WR a.i OMS**
17	**Mme Marie Claire Fwelo**	**HIP OMS**
18	**Dr Adolphe Nkongolo**	**NCD OMS**
19	**Dr Etienne Mpoyi**	**M&E OMS**
20	**Mr Eric Ngoyi**	**PNUD**
21	**Mr Sabiti Kalindula**	**Banque Mondiale**
	Membres de l'équipe internationale	
22	**Dr Maria Carmen Audera-Lopez**	**Secrétariat à la convention**
23	**Karina Rangel Castilla**	**Secrétariat à la convention**
24	**Dr Patrick Musavuli Luhindi**	**Consultant au Secrétariat à la convention**

Introduction

La CCLAT de l'OMS est le premier traité de santé international négocié sous les auspices de l'OMS. La République Démocratique du Congo a signé la CCLAT de l'OMS le 28 juin 2004 et l'a ratifiée le 28 octobre 2005.

La Convention reconnaît la nécessité de mener une action mondiale afin que tous les pays puissent mettre en œuvre ses dispositions de manière efficace. L'article 21 de la CCLAT de l'OMS exige des Parties qu'elles soumettent à la Conférence des Parties (COP) des rapports périodiques sur la mise en œuvre de la Convention qui devront inclure, le cas échéant, des informations sur les difficultés ou obstacles qu'elles ont rencontrés en la matière. L'article 26 de la Convention reconnaît le rôle important que jouent les ressources financières pour atteindre l'objectif du traité. La COP a par ailleurs demandé à ce que des évaluations détaillées des besoins soient engagées au niveau national, notamment dans les pays en développement et les pays à économie en transition, afin de garantir que les Parties à plus faibles ressources reçoivent l'aide dont elles ont besoin pour s'acquitter de l'ensemble de leurs obligations en vertu de la Convention.

À sa première session (en février 2006), la COP a appelé les pays développés Parties à fournir un appui technique et financier aux pays en développement et aux économies en transition Parties (décision FCTC/COP1(13)).[1] La COP a également engagé les pays en développement et les économies en transition Parties à procéder à des évaluations des besoins à la lumière de leurs obligations d'ensemble relatives à la mise en œuvre de toutes les dispositions de la Convention et à faire part de leurs besoins prioritaires aux partenaires de développement. Le Secrétariat de la Convention a en outre été prié d'aider les Parties, sur demande, à procéder aux évaluations de leurs besoins, de les conseiller sur les mécanismes de financement et d'assistance technique existants et de fournir des informations aux partenaires de développement sur les besoins définis.

À sa deuxième session (en juillet 2007), la COP a prié le Secrétariat de la Convention (dans la décision FCTC/COP2(10))[2] de rechercher activement des contributions extrabudgétaires en particulier pour aider les Parties qui en ont besoin à procéder à des évaluations des besoins et à élaborer des propositions de projet et de programme en vue d'obtenir une assistance financière auprès de toutes les sources de financement disponibles.

À ses troisième, quatrième et cinquième sessions (organisées en novembre 2008, 2010 et 2012), la COP a adopté les plans de travail et budgets pour les exercices 2010-2011, 2012-2013 et 2014-2015, respectivement. Les plans de travail réaffirmaient notamment l'importance d'apporter une assistance aux pays en développement et économies en transition Parties, de renforcer la coordination avec les organisations internationales et d'aligner les politiques de lutte antitabac au niveau des pays en vue de promouvoir la mise en œuvre de la Convention. Les évaluations des besoins, associées à la facilitation de l'accès aux ressources disponibles, la diffusion des instruments du traité au niveau des pays, le transfert de technologie et de compétences, la coopération internationale et la coopération Sud-Sud figuraient parmi les principales composantes de ce travail.

L'évaluation des besoins est nécessaire afin d'identifier les objectifs devant être atteints en vertu de la CCLAT de l'OMS, les **ressources** dont dispose une Partie pour la mise en œuvre, et les lacunes eu égard à l'application de la Convention. Elle devrait par conséquent être

[1] Voir COP/1/2006/CD, *Décisions et documents auxiliaires*, disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/gb/fctc/E/E_cop1.htm.
[2] Voir COP/2/2007/CD, *Décisions et documents auxiliaires*, disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/gb/fctc/E/E_cop2.htm.

exhaustive et reposer sur les principaux articles de la CCLAT de l'OMS afin de recenser les besoins fondamentaux. Dans le cadre des efforts visant à promouvoir et à accélérer l'accès aux ressources disponibles au niveau international, l'aide en matière d'élaboration de projets et de programmes, notamment en faveur des pays qui disposent de moins de ressources, devrait également s'appuyer sur cette évaluation des besoins.

Les évaluations des besoins se déroulent en trois phases :

(a) une première **analyse** de la situation, des problèmes et des besoins éventuels, sur la base des sources d'informations les plus récentes, y compris des rapports de la Partie sur la mise en œuvre de la Convention ;

(b) la **visite** d'une équipe d'experts dans le pays pour procéder à un examen conjoint de l'état de la mise en œuvre avec les représentants gouvernementaux chargés de la santé et d'autres secteurs concernés ; et

(c) une phase de **suivi** post-évaluation avec des représentants du pays afin d'obtenir plus de précisions et de clarifications, d'examiner les éléments supplémentaires identifiés conjointement, et d'élaborer et de finaliser le rapport d'évaluation des besoins en collaboration avec le(s) point(s) focal (aux) du gouvernement.

Aux fins de la procédure et des objectifs susmentionnés, une évaluation conjointe des besoins pour la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS a été engagée par le gouvernement de la République Démocratique du Congo et le Secrétariat de la Convention. Celle-ci incluait une mission conduite par une équipe internationale d'experts du Secrétariat de la Convention et du Bureau pays de l'OMS en République Démocratique du Congo du 17 au 21 Aout 2015.
Le Bureau pays du Programme de Nations unies pour le Développement (PNUD) et l'Alliance Congolaise pour le Contrôle de Tabac (ACCT) ont aussi accompagné l'équipe internationale du Secrétariat de l'OMS.

Les agences et ministères concernés du Gouvernement Congolais ont participé à l'évaluation détaillée (voir Annexe). Le rapport suivant se fonde sur les résultats de l'exercice d'évaluation conjointe des besoins décrit ci-dessus.

Il comprend une analyse détaillée de l'état de la mise en œuvre des principaux articles de la Convention. Il identifie les lacunes et les besoins à satisfaire pour assurer l'**application** complète des exigences du traité, en tenant compte, le cas échéant, des éléments d'orientation fournis par les directives pour l'application des différents articles de la CCLAT adoptées par la COP. S'ensuivent des recommandations spécifiques pour chaque domaine.

État de la mise en œuvre, lacunes et recommandations

Cette section principale du rapport suit la structure de la Convention. Elle présente les exigences de chacun des principaux articles de la Convention, analyse l'état de mise en œuvre de chaque article, détaille les progrès accomplis et fait ressortir les écarts entre les obligations énoncées dans le traité et le niveau d'application par la République Démocratique du Congo. Enfin, elle fournit des recommandations sur les mesures pouvant être prises pour combler les lacunes identifiées, en vue d'aider le pays à s'acquitter de ses obligations au titre de la Convention.

Relations entre la présente Convention et d'autres accords et instruments juridiques (article 2)

L'article 2.1 de la Convention, afin de mieux protéger la santé humaine, encourage les Parties à « *appliquer des mesures allant au-delà des dispositions de la Convention et de ses protocoles, et rien dans ces instruments n'empêche une Partie d'imposer des restrictions plus sévères si elles sont compatibles avec leurs dispositions et conformes au droit international* ».

Actuellement, aucune mesure allant au-delà des dispositions de la Convention n'a été mise en œuvre en République Démocratique du Congo.

Il est par conséquent recommandé au Gouvernement d'identifier, parallèlement à ses efforts visant à s'acquitter de ses obligations aux termes de la Convention, les domaines dans lesquels des mesures allant au-delà des exigences minimales de la Convention peuvent être mises en œuvre.

L'article 2.2 précise que la Convention n'affecte en rien « *le droit d'une Partie de conclure des accords bilatéraux ou multilatéraux, (…) sur les questions ayant trait à la Convention et à ses protocoles ou s'y rattachant, à condition que ces accords soient compatibles avec leurs obligations au titre de la Convention et de ses protocoles. La Partie concernée communique le texte de tels accords à la Conférence des Parties par l'intermédiaire du Secrétariat* ».

La République Démocratique du Congo n'a conclu aucun accord bilatéral ou multilatéral sur des questions ayant trait à la Convention et à son Protocole ou s'y rattachant. La proposition de loi portant lutte antitabac, qui a été soumise pour adoption à l'assemblée nationale, ne confie pas clairement au Ministère des affaires étrangères la responsabilité et la mission d'assurer le suivi et l'évaluation des accords de coopération régionale et internationale signés par la République Démocratique du Congo et qui peuvent affecter la CCLAT.

Lacune **:** l'obligation formulée dans cet article et le rôle actif que le ministère des Affaires Étrangères et de la Coopération Internationale doit jouer dans le processus de notification restent mal connus.

Il est par conséquent recommandé, si de tels accords sont identifiés à l'avenir, au Gouvernement de les communiquer au Secrétariat soit dans le cadre du (des) rapport(s) à venir de la République Démocratique du Congo sur la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS soit indépendamment de ce(s) dernier(s).

Principes directeurs (article 4)

Le Préambule de la Convention souligne « *la contribution particulière apportée par les organisations non gouvernementales et d'autres membres de la société civile sans liens avec l'industrie du tabac, y compris les associations de professionnels de la santé, les associations*

de femmes, de jeunes, de défenseurs de l'environnement et de consommateurs et les établissements d'enseignement et de santé, aux efforts de lutte antitabac aux niveaux national et international, et l'importance vitale de leur participation aux efforts nationaux et internationaux de lutte antitabac ».

Les articles 4 (j) et 28 de la proposition de loi antitabac reconnaissent respectivement que « *la participation de la société civile est essentielle pour atteindre l'objectif de la loi* » et que « *la société civile impliquée dans le suivi, l'évaluation et la surveillance de la mise en application de la loi.* »

L'Alliance Congolaise pour le Contrôle de Tabac (ACCT) est une organisation non gouvernementale (ONG) œuvrant pour la lutte antitabac en République Démocratique du Congo qui joue un rôle important pour faire progresser les programmes et les politiques en la matière depuis sa création en 2013. ACCT est une coalition des organisations, institutions, chercheurs et individus actifs dans la lutte antitabac en RDC. ACCT fait partie de la tripartite de lutte antitabac en RDC qui comprend aussi le Programme Nationale de Lutte contre les Toxicomanies et les substances toxiques (PNLCT) du Ministère de la Santé et l'OMS, qui est une structure mise en place pour coordonner les efforts pour l'adoption de loi antitabac. ACCT est chargée de mobiliser les financements auprès des bailleurs et organismes internationaux qui financent la lutte antitabac et se charge du volet plaidoyer et sensibilisation au sein de la tripartite.

L'ACCT, a joué aussi un rôle constructif dans l'élaboration de la proposition de loi de de lutte antitabac et la surveillance des activités et de l'ingérence de l'industrie du tabac. Elle organise aussi des formations en faveurs des acteurs de lutte antitabac et journalistes.

Cet article de la Convention n'est pas couvert par la proposition de Loi.

Lacunes :

1. L'ACCT n'a qu'un seul partenaire financier (CTFK) et n'a pas à ce jour un plan stratégique à moyen ou long terme de lutte antitabac
2. D'autres ONG luttent contre le tabac mais de manière isolée et non coordonnée
3. Les financements octroyés à l'ACCT sont insuffisants, ce qui entrave leur capacité à contribuer davantage à la mise en œuvre de la Convention.

Il est par conséquent recommandé au Gouvernement d'appuyer l'ACCT à mobiliser un plus grand nombre d'organisations de la société civile pour soutenir la mise en œuvre de la Convention, et notamment les associations médicales ou de santé publique et des associations œuvrant au niveau des provinces et des communautés, afin d'améliorer l'information du grand public. Il est en outre recommandé au Gouvernement de garantir que les ONG soient représentées au sein du mécanisme élargi de coordination multisectorielle à mettre en place.

Obligations générales (article 5)

L'article 5.1 exige de chaque Partie qu'elle « *élabore, met[te] en œuvre, actualise et examine périodiquement des stratégies et des plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac conformément aux dispositions de la Convention* ».

Le Document de la Stratégie de la croissance et de réduction de la pauvreté de seconde génération (DSCRP II 2011-2015) n'a pas pris en compte la lutte antitabac et les maladies non transmissibles comme une priorité. Le DSCRP II a simplement noté la possibilité d'utiliser les taxes sur les produits de tabac pour financer la lutte contre le VIH/Sida. Dans le

Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015), le tabagisme a été identifié comme étant l'un des facteurs de risques majeurs contribuant à la charge des maladies non transmissibles et une menace non négligeable à la santé des congolais, il souligne aussi l'absence de mesures prises pour la mise en application de la Convention Cadre de l'OMS de lutte antitabac (CCLAT) que le pays a ratifié ; le PNDS (2011-2015) souligne aussi la nécessité de mener des actions multisectorielles pour prévenir les MNT en agissant sur ses facteurs de risques.

La République Démocratique du Congo n'a pas élaboré de plan d'action national multisectoriel global pour mettre en œuvre la Convention.

Lacune : la République Démocratique du Congo ne s'est pas doté d'une stratégie ni d'un plan d'action national(e) multisectoriel(le) global(e).

Il est par conséquent recommandé en République Démocratique du Congo d'inclure la mise en œuvre de la Convention dans son prochain Plan National de Développement Sanitaire (2016-2020) ou tout autre plan national de développement. Il est également recommandé à la République Démocratique du Congo d'élaborer une stratégie/un plan d'action national(e) multisectoriel(le) global(e) de lutte antitabac impliquant toutes les parties prenantes concernées et s'appuyant sur le présent rapport d'évaluation des besoins, et de couvrir de manière exhaustive les principaux articles de la Convention, sans exception, dans le plan stratégique. Il est en outre recommandé en République Démocratique du Congo d'organiser un atelier de haut niveau réunissant les parties prenantes concernées, et notamment des représentants de toutes les institutions et ministères intéressés, pour lancer et diffuser à la fois le rapport d'évaluation des besoins et la stratégie/le plan d'action national(e) de lutte antitabac une fois qu'ils auront été officiellement finalisés et approuvés.

Le Secrétariat de la Convention s'engage à faciliter la fourniture de conseils spécialisés et d'un appui technique pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie/du plan d'action national(e) de lutte antitabac, sur demande du ministère de la Santé.

L'article 5.2(a) exige de chaque Partie qu'elle « *met[te] en place ou renforce, et dote de moyens financiers, un dispositif national de coordination ou des points focaux nationaux pour la lutte antitabac* ».

Le Directeur du programme national de lutte contre les toxicomanies et les substances toxiques (PNLCT) a été désigné comme point focal national pour la lutte antitabac. Les locaux affectés à la Direction nationale du PNLCT sont situés dans un hôpital de référence et le personnel affecté à la direction nationale n'est pas reparti de manière à avoir une unité ou division qui s'occupe spécifiquement de la lutte antitabac à côté d'autres unités qui s'occuperaient de l'alcool et autres toxicomanies et substances toxiques.

Le PNLCT est représenté uniquement dans 5 provinces sur 26 que compte actuellement la RDC ; l'essentiel des activités se passent à Kinshasa (la capitale), Lubumbashi (Province du Haut Katanga dans le Sud-Est) et Goma (Province du Nord Kivu à l'EST du pays).
Le ministère de la Santé ne consacre pas non plus de poste budgétaire spécifique à la lutte antitabac et à la mise en œuvre de la Convention, ni au mécanisme de coordination.

Bien qu'il existe une tripartite de lutte antitabac (MSP - OSC - OMS), Il n'existe pas de mécanisme de coordination multisectorielle impliquant tous les secteurs partenaires.

D'autres structures gouvernementales comme la Direction générale des Douanes et accises (DGA), l'Office congolais pour le contrôle (OCC) et ministères intéressés se sont impliqués activement dans la mise en œuvre de la Convention et n'ont pas encore identifié officiellement des points focaux.

Étant donné que la République Démocratique du Congo est Partie à la Convention, l'ensemble du Gouvernement a des obligations à respecter au titre de cette dernière, notamment les structures gouvernementales et les ministères concernés qui sont responsables de sa mise en œuvre pendant la durée de leur mandat. La création d'une Commission Nationale de Lutte Antitabac est prévue en vertu de l'article 25 de la proposition de Loi. Cette dernière définit aussi clairement la mission et le mécanisme de financement de ladite Commission. Une fois la loi en vigueur, la composition et les modalités de fonctionnement de la Commission seront définies par décret.

Lacunes :

1. Le ministère de la Santé ne consacre pas de poste budgétaire spécifique à la lutte antitabac et à la mise en œuvre de la Convention, incluant le mécanisme de coordination requis.
2. Le Programme National de lutte contre les Toxicomanies (PNLCT) n'est pas représenté dans toutes les provinces et ses activités ne sont pas intégrées dans les paquets minimum d'activités (PMA) ni dans les paquets complémentaires d'activités (PCA) au niveau de la zone de santé (ZS) qui est l'unité opérationnelle.
3. La République Démocratique du Congo ne dispose pas d'un mécanisme élargi de coordination nationale multisectorielle.

Il est par conséquent recommandé d'affecter un poste budgétaire à la lutte antitabac au sein du ministère de la Santé. Il est aussi recommandé d'étendre les activités du PNLCT dans toutes les provinces et accélérer l'intégration des activités de lutte antitabac dans le paquet minimum des activités (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) dans les zones de santé et d'instituer la Commission Nationale de Lutte antitabac dès que la loi sera promulguée, mais en attendant, la tripartite devrait être élargie et inclure d'autres partenaires. Il est également recommandé de veiller à ce que tous les ministères et agences concernés, ainsi que les ONG intéressées soient représentés dans le mécanisme élargi de coordination. Si le ministère de la Santé doit jouer un rôle moteur dans la mise en œuvre de la Convention, d'autres ministères concernés devraient également désigner des points focaux et affecter des ressources humaines et un budget à son application.

En soutien des efforts du Gouvernement pour établir un mécanisme de coordination nationale multisectorielle, le Secrétariat de la Convention s'engage à partager son expérience internationale et à fournir une assistance technique, sur demande du Gouvernement.

L'article 5.2(b) exige de chaque Partie qu'elle « *adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces et coopère avec d'autres Parties afin d'élaborer des politiques appropriées pour prévenir et réduire la consommation de tabac, l'addiction nicotinique et l'exposition à la fumée du tabac* ».

La RDC n'a pas de loi de lutte antitabac; Il existe une proposition de loi soumise au parlement mais qui n'est pas encore adoptée; cette proposition de loi est complète et couvre la plupart des articles de la Convention. Elle prévoit l'interdiction de l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique, des politiques d'interdiction de fumer dans les espaces publiques, des exigences relatives au conditionnement et à l'étiquetage, et des restrictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage du tabac, l'interdiction de la vente aux et par les mineurs. La priorité immédiate

est d'adopter la Loi afin de permettre l'élaboration des réglementations et décrets nécessaires à sa mise en œuvre. En attendant l'adoption de la loi, il existe des arrêtés ministériels mais qui sont incomplets par rapport aux dispositions de la Convention Cadre de Lutte Antitabac (CCLAT) et pas suffisamment mis en œuvre.

L'équipe internationale a rencontré le Rapporteur de l'Assemblée Nationale et le député qui a soumis la proposition de loi antitabac afin de plaider pour l'examen et l'adoption de la loi.

Lors de sa mission, l'équipe internationale a commenté la proposition de Loi de manière détaillée. Des précisions supplémentaires sont incluses dans les sections relatives aux différents articles ci-dessous, car certains éléments de la Loi ne sont pas encore en totale conformité avec la Convention et ses directives.

Lacunes :

1. La proposition de loi n'a pas un chapitre clair sur la lutte contre le commerce illicite de produit de tabac.
2. La proposition de loi n'évoque pas clairement l'octroi de licences aux vendeurs de cigarettes par le ministère de commerce.
3. La proposition de loi ne contient pas de pénalités.

Il est par conséquent recommandé, d'une part, à l'assemblée nationale d'adopter la proposition de Loi au plus tôt, et, d'autre part, d'élaborer les réglementations et décrets nécessaires pour garantir son application efficace afin que le pays puisse s'acquitter de ses obligations au titre de la Convention. Il est en outre recommandé d'amender la proposition Loi dans un avenir proche afin de l'aligner entièrement sur les obligations du pays en vertu de la Convention, et notamment les dispositions assorties d'un échéancier des articles 11 et 13 ainsi que les recommandations dotées de calendriers spécifiques formulées dans les Directives pour l'application de l'article 8.

Le Secrétariat de la Convention s'engage à faciliter la fourniture d'une assistance technique afin d'assurer la conformité totale de la proposition de Loi avec la Convention et les directives pour son application, sur demande du Gouvernement.

L'article 5.3 stipule qu'en définissant leurs « *politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties veillent à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac* ».

Les Directives pour l'application de l'article 5.3 stipulent que « *tous les secteurs de l'État…devraient s'abstenir d'approuver ou d'appuyer des activités décrites comme socialement responsables tout comme de constituer des partenariats pour ces activités ou d'y participer* ».

La République Démocratique du Congo a un code de conduite destiné aux agents de la fonction publique. Il pourrait servir de base à l'application de l'article 5.3 de la Convention et des directives le concernant.

L'industrie du tabac a infiltré plusieurs réunions lors de l'élaboration du projet de loi nationale de lutte antitabac et appuyer plusieurs activités de responsabilité sociale pour interférer et retarder le processus législatif, mais aussi pour se donner une bonne image vis-à-vis de décideurs et de la population. La proposition de Loi prévoit l'interdiction l'ingérence de l'industrie du tabac dans la politique nationale de contrôle du tabac ainsi que tout partenariat direct ou indirect avec l'industrie du tabac. Elle interdit toute subvention publique ou mesure incitative en faveur de la culture, de la production ou de la transformation du

tabac. Une fois adoptée et promulguée, la Loi constituera une base juridique forte pour l'application de l'article 5.3 de la CCLAT et des directives le concernant. En outre, il existe un code de conduite de l'agent public de l'état, mais qui ne contient pas des aspects pouvant prévenir des interactions non nécessaires et non transparentes avec l'industrie du tabac. Il est recommandé d'élaborer des réglementations ou décrets détaillés ou encore de mettre à jour le code de conduite afin d'en renforcer encore davantage l'application de l'article 5.3 de la CCLAT.

Lacunes : à l'heure actuelle, le code de conduite des agents de la fonction publique ne contient aucune disposition exigeant explicitement des fonctionnaires qu'ils respectent les obligations fixées par l'article 5.3 et les directives pour son application.

Il est par conséquent recommandé au ministère de la Santé de promouvoir les obligations et recommandations formulées dans l'article 5.3 et les directives pour son application au sein du Gouvernement et de l'y sensibiliser. Il est également recommandé de faire spécifiquement mention de l'article 5.3 dans le code de conduite des agents de la fonction publique. Il est en outre recommandé d'élaborer des réglementations ou décrets détaillés afin de renforcer encore davantage l'application de l'article 22 de la proposition de Loi.

L'article 5.4 exige des Parties qu'elles « *coopèrent en vue de formuler des propositions de mesures, de procédures et de lignes directrices pour la mise en œuvre de la Convention et des protocoles auxquels elles sont Parties* ».

La République Démocratique du Congo a participé à la sixième session de la COP et a pris part à la coopération internationale, conformément à ses obligations aux termes de l'article 5.4.

En coopérant et en participant davantage aux processus intergouvernementaux de ce type, la République Démocratique du Congo sera plus à même de mettre en œuvre la Convention, le Protocole et d'autres instruments adoptés par la COP.

L'article 5.5 exige des Parties qu'elles « *coopèrent, le cas échéant, avec les organisations intergouvernementales et régionales et autres organismes compétents afin d'atteindre les objectifs de la Convention et des protocoles auxquels elles sont Parties* ».

La République Démocratique du Congo coopère avec l'OMS pour mettre en œuvre la Convention. L'Alliance Congolaise pour le contrôle de tabac travaille étroitement avec l'Alliance pour la Convention-cadre (FCA) et la Campagne pour une enfance sans tabac (CTFK). L'article 4(f) du chapitre 3 de la proposition de Loi stipule que L'Etat a le devoir d'intégrer la lutte antitabac dans les plans nationaux à court, moyen et long terme pour une meilleure prise en compte dans les budgets nationaux et dans les accords de coopération bi et multilatéraux.

L'article 5.6 exige que les Parties, « *dans les limites des moyens et des ressources dont elles disposent, coopèrent pour obtenir les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre efficace de la Convention par le canal de dispositifs de financement bilatéraux et multilatéraux* ».

Conformément à l'article 5.6, la République Démocratique du Congo a reçu l'appui technique de l'OMS et de CTFK pour la mise en œuvre de la Convention. Des efforts supplémentaires visant à mobiliser les ressources nécessaires à l'adoption de mesures de lutte antitabac et à l'application de la Convention sont encouragés.

Mesures financières et fiscales (article 6)

Dans l'article 6.1, les Parties reconnaissent que « *les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac pour diverses catégories de la population, en particulier les jeunes* ».

Le Gouvernement Congolais a indiqué reconnaître l'importance des mesures financières et fiscales pour réduire la consommation de tabac. L'article 24 de la proposition de loi stipule que Le tabac et les produits du tabac seront lourdement taxés. Les dispositions relatives à ceux-ci sont déterminées par la loi des finances. L'Etat s'engage à mettre en œuvre les politiques, les stratégies, les règlements, les programmes et toutes les mesures fiscales relatives aux taxes sur le tabac en vue de contribuer à la lutte.

L'article 6.2(a) stipule que chaque Partie doit tenir compte de ses objectifs nationaux de santé en ce qui concerne la lutte antitabac pour l'application de « *politiques fiscales et, le cas échéant, de politiques des prix concernant les produits du tabac afin de contribuer aux objectifs de santé visant à réduire la consommation de tabac* ».

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo reconnaît l'importance des mesures financières et fiscales pour réaliser l'objectif de la Convention. Le système de taxation des droits d'accises en RD Congo est mixte. Il est subdivisé en taxation est spécifique (pour les droits d'accises) et taxation ad valorem (pour le droit d'accises spécial). Malgré cela, les prix de produits de tabac sont bas et il n'existe pas un système efficace de taxation qui diminuerait l'accessibilité aux produits de tabac tout en augmentant les recettes du trésor public; Il est par conséquent recommandé de renforcer la collaboration entre le Ministère de la Santé et le Ministère de finances en vue d'augmenter efficacement et régulièrement les taxes sur les produits de tabac en République Démocratique du Congo.

Le ministère de Finances est favorable à l'utilisation des taxes sur les produits du tabac pour améliorer la santé et augmenter les recettes fiscales.

L'équipe internationale a rencontré le Directeur des Autres Produits d'accises à la Direction Générale des Douanes et Accises, qui a rassuré aux membres de l'équipe que la RDC prévoyait de passer à une taxation spécifique pour les cigarettes.

Lacunes :

1. Le niveau de taxation des produits du tabac est encore faible et n'a pas augmenté suffisamment ces dernières années.
2. Les taux de fiscalité actuels ne tiennent pas compte de l'évolution des revenus des ménages et n'ont pas été indexés sur l'inflation.
3. Les taxes ne sont appliquées qu'aux cigarettes et non aux autres produits de tabac.

Il est par conséquent recommandé, afin de réduire l'accessibilité des produits du tabac, de majorer les taux de taxation à intervalles réguliers de façon à tenir compte à la fois de l'augmentation des prix à la consommation et de la hausse des revenus des ménages.

En soutien des efforts du Gouvernement pour mettre en œuvre des mesures financières et fiscales efficaces afin de réduire la consommation de tabac, le Secrétariat de la Convention s'engage à faciliter la fourniture de conseils spécialisés et d'un appui technique, de l'Organisation mondiale de la santé ou de la Banque mondiale par exemple, sur demande du Gouvernement.

L'article 6.2(b) exige des Parties qu'elles interdisent ou restreignent, « *selon le cas, la vente aux voyageurs internationaux, et/ou l'importation par eux, de produits du tabac en franchise de droits et de taxes* ».

Actuellement, les voyageurs internationaux peuvent importer et/ou acheter en franchise de droits et de taxes de cigares et cigarettes.

La proposition de loi en son article 12 (a) interdit la vente du tabac et des produits du tabac dans les zones hors-taxes.

Il est toutefois recommandé en République Démocratique du Congo de renforcer l'application de la mesure et de restreindre davantage la vente aux voyageurs internationaux, et/ou l'importation par eux, de produits du tabac en franchise de droits et de taxes.

L'article 6.3 exige des Parties qu'elles « *indiquent les taux de taxation des produits du tabac […] dans les rapports périodiques qu'elles soumettent à la Conférence des Parties, conformément à l'article 21* ».

La République Démocratique du Congo a fourni ces informations dans le rapport de mise en œuvre 2013 et a donc satisfait à ses obligations aux termes de l'article 6.3.

Protection contre l'exposition à la fumée du tabac (article 8)

L'article 8.2 exige de chaque Partie qu'elle « *adopte et applique, dans le domaine relevant de la compétence de l'État en vertu de la législation nationale, et encourage activement, dans les domaines où une autre compétence s'exerce, l'adoption et l'application des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics* ».

Les Directives pour l'application de l'article 8 soulignent qu'« *il n'existe pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la fumée du tabac serait sans danger* » et stipulent que chaque Partie doit « *s'efforcer d'assurer une protection universelle dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS à l'égard de cette Partie* ».

Il s'agit de l'un des articles de la Convention assorti d'un échéancier pour l'application de certaines mesures spécifiques conformément aux directives adoptées par la COP. Pour la République Démocratique du Congo, le délai recommandé a été fixé au 26 janvier 2011.

Actuellement, l'arrêté ministériel 010 de juillet 2007 dans son article 5 définit les lieux où il est interdit de fumer. La circulaire 972/2010 met en application l'arrêté 010/2007. Il est interdit de fumer dans certains lieux publics et de travail tels que les hôpitaux, les écoles, les transports, etc. Toutefois, cette interdiction n'est pas contraignante car l'arrêté ne prévoit pas de pénalités en cas de violation. Aussi, l'arrêté n'est pas suffisamment vulgarisé et donc non connu par la population.

Dans la proposition de loi, il est prévu l'interdiction de fumer dans les lieux publics et d'exposer autrui à la fumée du tabac. Des amendes sont également prévues en cas de non-respect des dispositions.

L'équipe internationale a noté que le Ministère de la Santé a lancé une campagne[1] « espaces non-fumeurs » le 16 juin 2015, mais que cette campagne n'a pas été consolidée par des activités recommandées pour créer véritablement des espaces non-fumeurs.

Lacunes :

1. La RDC n'a pas respecté l'échéancier recommandé dans les Directives pour l'application de l'article 8 (à savoir d'assurer une couverture universelle dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention en République Démocratique du Congo)
2. L'arrêté ministériel 010 de juillet 2007 n'est pas contraignant car l'arrêté ne prévoit pas de pénalités ou amandes en cas de violation.
3. La proposition de loi n'impose pas spécifiquement d'interdiction de fumer dans tous les lieux publics intérieurs.
4. La proposition de loi autorise l'aménagement d'espaces fumeurs dans certains lieux publics intérieurs, lieux de travail et transports publics tels que les transports par mer, fleuve ou chemin de fer.
5. La Campagne « espaces non-fumeurs » lancée n'a pas été suivi par des activités appropriées faute de financement.

Il est par conséquent recommandé à la République Démocratique du Congo:

1. ***d'appliquer une interdiction totale de l'exposition à la fumée du tabac dans tous les lieux publics intérieurs, lieux de travail et transports publics et tout autre lieu jugé approprié par le ministère de la Santé;***
2. ***d'adopter à l'avenir des réglementations et décrets d'application en totale conformité avec l'article 8 et ses directives, en interdisant les salles et espaces fumeurs dans les lieux publics intérieurs, les lieux de travail et, le cas échéant, tout autre lieu désigné par le ministère de la Santé.***
3. ***d'élaborer un plan d'actions budgétisé pour la création des espaces non-fumeurs conformément à l'article 8 et ses directives et que le ministère de la Santé implique d'autres partenaires clés tels que les ministères de transport, de tourisme, environnement, éducation, communication, intérieur (police), association de chauffeurs, associations de restaurants-bars-hôtels pour accentuer la sensibilisation.***

Réglementation de la composition des produits du tabac (article 9) et
Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer (article 10)

L'Article 9 exige de chaque Partie qu'elle « *adopte et applique […] des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces* » afin de tester et d'analyser la composition et les émissions des produits du tabac.

Il est une exigence pour l'industrie du tabac de divulguer le contenu et les émissions des produits du tabac au ministère de la Santé (Directive du Ministère de la Santé). L'arrêté 010/2007 du 19 juillet dans son article 12 stipule la teneur en goudron ne peux dépasser 15mg et nicotine 1,5mg.

Le ministère de la Santé peut choisir n'importe quel laboratoire de son choix pour tester les produits du tabac et les coûts sont couverts par l'industrie du tabac.

[1] Lancement de la campagne « espaces non-fumeurs en RDC : http://whodrc-whoafroccmaster.newsweaver.com/rwuea0flisa?email=true&a=11&p=48886463

En RDC, Il existe un laboratoire national de l'Office Congolais de Contrôle (OCC), mais qui manque de machines et de matériel pour analyser tout le contenu du tabac, et dont le personnel n'est pas formé pour les analyses avancées de produits de tabac.

Lacunes :

1. Le pays ne dispose d'aucune réglementation ni d'aucune norme relative à la composition et aux émissions des produits du tabac, incluant notamment l'interdiction des additifs, conformément aux articles 9 et 10 et aux directives partielles pour leur application adoptées par la Conférence des Parties.
2. Le pays n'est pas doté d'un laboratoire capable d'analyser tous les contenus de produits du tabac. La méthode actuellement utilisé est vielle et peu fiable, et ne détecte que la nicotine et le goudron.

Il est recommandé au ministère de la Santé de mettre en œuvre les articles 9 et 10 ainsi que les directives partielles pour leur application. Des lois et des réglementations pertinentes prévoyant le test et l'analyse de la composition et des émissions des produits du tabac, conformément aux éléments d'orientation contenus dans les directives relatives aux articles 9 et 10, devraient être élaborées. Les détails relatifs aux exigences de fond, aux procédures et à l'application de ces décrets ou réglementations devraient aussi être précisés. Il est également recommandé au ministère de la Santé d'évaluer les modalités des tests soit en développant ses propres infrastructures, soit en utilisant des laboratoires régionaux compétents dans le cadre d'arrangements bilatéraux. L'industrie du tabac devrait supporter tous les coûts liés aux tests.
Il est aussi recommandé de renforcer les capacités du personnel de l'office congolais de contrôle pour qu'il soit en mesure d'effectuer les différents tests sur le contenu tabac.

L'article 10 requiert de chaque Partie qu'elle « *adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou d'autres mesures efficaces exigeant des fabricants et des importateurs de produits du tabac qu'ils communiquent aux autorités gouvernementales les informations relatives à la composition et aux émissions des produits du tabac. Chaque Partie adopte et applique en outre des mesures efficaces pour que soient communiquées au public des informations sur les constituants toxiques des produits du tabac et les émissions qu'ils sont susceptibles de produire* ».

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune politique ni mesure législative relative à cet article de la Convention qui n'est pas non plus couvert par la Loi.

Lacunes :

1. Les directives partielles pour l'application des articles 9 et 10 adoptées par la COP n'ont pas été utilisées dans la réglementation des informations à communiquer sur les produits du tabac.
2. L'industrie du tabac n'est pas tenue de communiquer la composition et les émissions des produits du tabac au ministère de la Santé.
3. Il n'existe aucune mesure prévoyant que soient communiquées au public des informations sur les constituants toxiques des produits du tabac et les émissions qu'ils sont susceptibles de produire.

Il est par conséquent recommandé en République Démocratique du Congo d'inclure dans la loi, les réglementations et décrets à venir l'obligation pour l'industrie du tabac de communiquer au Gouvernement les informations relatives à la composition et aux émissions des produits du tabac. Il est en outre recommandé à la République

Démocratique du Congo d'assurer l'accès public aux informations fournies par l'industrie du tabac.

Conditionnement et étiquetage des produits du tabac (article 11)

L'article 11 exige que chaque Partie « *dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention en ce qui la concerne adopte et applique […] des mesures efficaces* » en matière de conditionnement et d'étiquetage des produits du tabac.

Il s'agit de l'un des articles de la Convention assorti d'un échéancier pour la mise en œuvre des dispositions spécifiques. La République Démocratique du Congo n'a pas totalement respecté le délai qui était fixé au 26 janvier 2009.

La seule réglementation existante à l'heure actuelle est l'arrêté ministériel 010 de juillet 2007 qui exige dans ses articles 13 et 14 à l'industrie du tabac d'apposer uniquement des messages textuels des mises en garde sanitaires sur une surface de 30%.

Toutefois, la proposition de loi prévoit des avertissements graphiques sanitaires devant occuper au moins 75% de deux faces de paquets de cigarettes.

Tableau 1. Comparaison entre les exigences du traité et le niveau de conformité de la République Démocratique du Congo à ces exigences, en ce qui concerne les mesures au titre de l'article 11.

Article 11, paragraphe n°	Contenu	Niveau de conformité	Remarques et lacunes identifiées
1(a)	Le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac ne contribuent pas à la promotion d'un produit du tabac par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs, ou susceptibles de donner une impression erronée quant aux caractéristiques, effets sur la santé, risques ou émissions du produit, y compris des termes, descriptifs, marques commerciales, signes figuratifs ou autres qui donnent directement ou indirectement l'impression erronée qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que d'autres, comme par exemple des termes tels que « à faible teneur en goudrons », « légère », « ultra-légère » ou « douce ».	MIS EN ŒUVRE	L'arrêté ministériel 010 de juillet 2007 interdit l'utilisation de termes fallacieux. La proposition de loi interdit aussi l'utilisation des termes fallacieux sur les conditionnements de produits de tabac.
1(b)	Chaque paquet ou cartouche de produits du tabac et toutes les formes de conditionnement et d'étiquetage extérieurs de	PARTIELLEMENT MIS EN ŒUVRE	L'arrêté ministériel 010 de juillet 2007 exige l'apposition des mises en garde sanitaires sous formes de texte

	ces produits portent également des mises en garde sanitaires décrivant les effets nocifs de la consommation de tabac et peuvent inclure d'autres messages appropriés.		uniquement occupant 30% de surfaces de paquets de cigarettes. 4 messages sanitaires ont été suggérés dans l'arrêté 010/2007 mais seuls les 2 messages suivants sont utilisés depuis 2008 : "Fumer crée une forte dépendance" et "Fumer est préjudiciable à la santé » et le système de rotation n'est pas respecté. Il interdit par ailleurs tout conditionnement des produits du tabac qui n'est pas conforme à l'arrêté ministériel 010/2007. Les paquets et les cartouches ainsi que toutes les formes de conditionnement extérieur des produits du tabac vendus en République Démocratique du Congo doivent comporter des mises en garde sanitaires exigés au risque d'etre considérés comme produits issue du commerce illicite.
1(b)(a)	[Les mises en garde et messages] sont approuvés par l'autorité nationale compétente.	MIS EN ŒUVRE	La mise en garde utilisée actuellement figure dans l'arrêté ministériel et la proposition de loi prévoit les futures mises en garde avec images et textes sur 75%.
1(b)(b)	[Les mises en garde et messages] sont utilisés tour à tour.	PAS ENCORE MIS EN ŒUVRE	Cette disposition n'est pas couverte par l'arrêté ministériel 010/2007
1(b)(c)	[Les mises en garde et messages sont] de grandes dimensions, claires, visibles et lisibles.	PAS ENCORE MIS EN ŒUVRE	Il n'existe aucune obligation à l'heure actuelle mais la proposition de loi exige que les mises en garde sanitaires soient écrites en caractères indélébiles et lisibles.
1(b)(d)	[Les mises en garde sanitaires et messages] devraient couvrir 50 % ou plus des faces principales mais pas moins de 30 %.	PAS ENCORE MIS EN ŒUVRE	A ce jour, l'arrêté ministériel 010/2007 exige 30% sur les deux faces.
1(b)(e)	[Les mises en garde et messages] peuvent se présenter sous la forme de dessins ou de pictogrammes ou inclure de tels dessins ou pictogrammes.	PAS ENCORE MIS EN ŒUVRE	Ce point n'est pas couvert par l'arrêté ministériel 010/2007. Toutefois, la proposition de loi, exigera que les mises en garde sanitaires sous forme de pictogrammes qui couvriront 75% de la face A et 75 % de la face B des paquets.
2	Chaque paquet et	MIS EN ŒUVRE	L'arrêté ministériel

	cartouche de produits du tabac et toutes les formes de conditionnement et d'étiquetage extérieurs de ces produits, outre les mises en garde visées au paragraphe 1.b) du présent article, portent des informations sur les constituants et émissions pertinents des produits du tabac tels que définis par les autorités nationales.	Les dispositions incluent une mesure non recommandée	010/2007 exige de mettre les informations quantitatives sur la nicotine et le goudron. La proposition de loi prévoit que des informations qualitatives relatives aux constituants des produits du tabac soient fournies, ce qui va à l'encontre des recommandations des Directives pour l'application de l'article 11.
3	Chaque Partie exige que les mises en garde et autres informations textuelles visées au paragraphe 1.b) et au paragraphe 2 du présent article apparaissent sur chaque paquet et cartouche de produits du tabac et sur toutes les formes de conditionnement et d'étiquetage extérieurs de ces produits dans sa ou ses langues principales.	PAS ENCORE MIS EN ŒUVRE	L'arreté ministériel 010/2007 exige que les avertissements sur l'étiquetage et le conditionnement soient en français, la langue officielle du pays. La proposition de loi prévoit l'utilisation du français, de l'anglais et des 4 langues nationales de la RDC (lingala, swahili, kikongo et tshiluba). Ces exigences s'appliqueront également aux produits du tabac importés.

Lacunes :

1. La République Démocratique du Congo a respecté partiellement le délai pour la mise en œuvre de l'article 11 en exigeant 30% des avertissements textuels sur les paquets de cigarettes et en interdisant les messages fallacieux. Mais la teneur en nicotine et en goudron sont indiquées sur les paquets et il n'y a pas de pictogrammes.

2. La proposition de loi prévoit que la date d'expiration de cigarettes soit inscrite sur les paquets. Cette mesure n'est pas recommandée par les Directives pour l'application de l'article 11.

Il est par conséquent recommandé en République Démocratique du Congo d'adopter la proposition de loi antitabac, de manière à permettre l'application de l'article 11 de la CCLAT de l'OMS et des directives le concernant. En outre, les décrets et réglementations à venir devraient exiger que des mises en garde sanitaires illustrées (textes et images) figurent sur les paquets de cigarettes. Ils devraient également prévoir que des informations relatives aux émissions et aux constituants pertinents des produits du tabac soient incluses dans les mises en garde et les autres informations textuelles. Cependant, conformément à l'article 11 de la CCLAT de l'OMS, la République Démocratique du Congo ne devrait pas exiger que l'on fournisse des informations quantitatives concernant les constituants et les émissions du tabac qui pourraient laisser entendre que telle ou telle marque est moins dangereuse qu'une autre, par exemple le taux de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone ou la date d'expiration de produits.

Éducation, communication, formation et sensibilisation du public (article 12)

L'article 12 exige que « *chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces pour favoriser* » l'éducation, la communication et la sensibilisation du public aux conséquences sanitaires, économiques et environnementales liées à la consommation du tabac et à l'exposition à la fumée du tabac, aux avantages du sevrage tabagique et des modes de vie sans tabac ainsi que la formation de toutes les personnes concernées et l'accès du public aux informations concernant l'industrie du tabac.

la République Démocratique du Congo a mené diverses activités d'éducation, de communication et de sensibilisation aux méfaits de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, auprès du grand public et de groupes ciblés, tels que les jeunes, les professionnels des médias et les parlementaires grâce principalement au financement obtenus par la société civile active dans la lutte antitabac. Ces activités incluent : (i) des conférences de presses et débats sur les médias lors de célébration de journées mondiales sans tabac ; (ii) le tournage d'un spot vidéo et d'une chanson (clip) éducative sur les méfaits de la consommation de tabac par l'ONG ACCT; (iii) un atelier de formation visant à sensibiliser les journalistes et les professionnels de médias aux effets nocifs du tabagisme; (iv) la sensibilisation des élèves du secondaire aux méfaits de la consommation de tabac ; et (v) sensibilisation des parlementaires. Toutefois, les activités de sensibilisation et éducation n'étaient pas suffisamment coordonnée et le soutien financier reçu jusque-là a été insuffisant pour permettre la réalisation des activités planifiées à impact visible afin de satisfaire aux obligations du pays en vertu de l'article 12.

Pendant la mission de l'équipe internationale, il a été convenu qu'il serait important pour le ministère de l'Éducation d'intégrer de leçons sur la lutte antitabac et les maladies non transmissibles dans le curricula de l'enseignement primaire et secondaire à l'instar du VIH et de la santé de la reproduction afin d'informer et sensibiliser les jeunes dès leurs bas âges. Mais aussi pour le Ministère de la Communication d'associer les médias à ses efforts afin de s'assurer de leur soutien actif aux campagnes de plaidoyer en faveur de la lutte antitabac.

Lacunes :

1. Il est indispensable de mener une campagne médiatique coordonnée et ciblée en vue de faire connaître la proposition de loi antitabac au public et décideurs pour obtenir leur soutien dans le processus d'adoption et d'informer quant aux méfaits causés par les produits du tabac.
2. Les informations relatives à l'industrie du tabac ne sont pas systématiquement collectées ni mises à la disposition du public.
3. L'efficacité des activités d'éducation, de communication et de formation n'est pas systématiquement évaluée.
4. Il n'existe pas de formation initiale et continue à la lutte antitabac et au sevrage tabagique destinée aux professionnels de santé et des éducateurs.

Il est par conséquent recommandé au ministère de la Santé de travailler en étroite collaboration avec le ministère de l'Éducation et celui de la Communication, ainsi qu'avec d'autres ministères et des organisations de la société civile, à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes d'éducation, de communication et de sensibilisation du public fondés sur des données factuelles. La radio et la télévision nationale devraient réserver du temps d'antenne gratuit à la diffusion de messages visant à faire connaître la proposition de loi antitabac et de messages de prévention de la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac. La coopération internationale peut s'avérer utile pour garantir l'emploi

de méthodes rigoureuses, systématiques et objectives lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes.

En soutien des efforts du Gouvernement pour mettre en œuvre l'article 12 et les directives le concernant, le Secrétariat de la Convention s'engage à faciliter la fourniture de conseils spécialisés et d'un appui technique, sur demande du Gouvernement.

Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage (article 13)

L'article 13.1 de la Convention exige des Parties qu'elles « *reconnaissent que l'interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage réduira la consommation des produits du tabac* ».

Il s'agit de l'un des articles de la Convention assorti d'un échéancier pour la mise en œuvre de certaines dispositions spécifiques. Pour la République Démocratique du Congo, ce délai était fixé au 26 en janvier 2011.

L'arrêté ministériel 010/2007 article 3 et la note circulaire N°927/2010 du Secrétaire Général à la Santé Publique en ses articles 1, 2 et 3 et un arrêté du ministère de la communication interdisent la publicité en faveur du tabac à la télévision, à la radio et dans la presse écrite est pas encore interdite.

Lacunes :

1. Faible vulgarisation et suivi de la mise en application de l'arrêté 010/2007 article 3 et la note circulaire N°927/2010 du SG en ses articles 1, 2 et 3
2. La publicité en faveur du tabac aux points de vente est faite par l'industrie du tabac impunément car l'arrêté n'est pas contraignant.
3. L'industrie du tabac continue à vendre son image en appuyant des activités dites « de responsabilité sociale »
4. Les produits du tabac sont présentés aux points de vente.

Il est par conséquent recommandé en République Démocratique du Congo d'adopter la proposition de loi antitabac de manière à introduire une interdiction globale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage. Il est également recommandé d'interdire les activités de « responsabilité sociale des entreprises » et la publicité aux points de vente, y compris la présentation des produits du tabac.

L'article 13.7 réaffirme que les Parties « *ont le droit souverain d'interdire ces formes de publicité, de promotion et de parrainage transfrontières entrant dans leur territoire et d'imposer les mêmes sanctions que celles qui s'appliquent à la publicité, à la promotion et au parrainage, tant sur le plan intérieur qu'à partir de leur territoire, conformément à leur législation nationale* ».

La République Démocratique du Congo n'a mis en œuvre aucune mesure visant à interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage transfrontières, arrivant sur son territoire ou exportés à partir de ce dernier.

Il est par conséquent recommandé à la République Démocratique du Congo d'interdire la publicité, la promotion et le parrainage transfrontières, arrivant sur son territoire ou exportés à partir de ce dernier, dans les décrets ou réglementations à venir.

Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique (article 14)

L'article 14.1 exige de chaque Partie qu'elle « *élabore et diffuse des directives appropriées, globales et intégrées* [relatives à la dépendance à l'égard du tabac et au sevrage tabagique] *fondées sur des données scientifiques et sur les meilleures pratiques* […] *et pren*[ne] *des mesures efficaces pour promouvoir le sevrage tabagique et le traitement adéquat de la dépendance à l'égard du tabac* ».

La République Démocratique du Congo ne dispose d'aucune directive relative à la dépendance à l'égard du tabac et au sevrage tabagique.

Lacune : la République Démocratique du Congo n'a pas élaboré de directives nationales visant à promouvoir le sevrage tabagique.

Il est par conséquent recommandé à la République Démocratique du Congo d'utiliser pleinement les directives pour l'application de l'article 14 de la Convention lors de l'élaboration et du développement de ses propres directives globales relatives à la dépendance à l'égard du tabac et au sevrage tabagique, tout en tenant compte du contexte et des priorités du pays. Il est aussi recommandé au Ministère de la Santé d'accélérer l'intégration des activités de lutte antitabac dans le paquet minimum des activités (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) dans les zones de santé.

L'article 14.2 stipule que, pour parvenir aux fins énoncées à l'article 14.1, chaque Partie s'efforce de mettre en œuvre des programmes efficaces visant à « *promouvoir le sevrage tabagique* », « *d'inclure le diagnostic et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac et les services de conseil sur le sevrage tabagique dans les programmes [...] nationaux de santé et d'éducation* », « *de mettre sur pied, dans les établissements de santé et les centres de réadaptation, des programmes de diagnostic, de conseil, de prévention et de traitement de la dépendance à l'égard du tabac* » et de garantir l'accès à des traitements de la dépendance à l'égard du tabac à un coût abordable.

En République Démocratique du Congo, les professionnels de santé ne sont pas formés au sevrage tabagique ni au traitement de la dépendance à l'égard du tabac lors de leur formation initiale. Au cours des consultations, il est obligatoire de demander au patient s'il consomme des produits du tabac mais aucun conseil en matière de sevrage n'est donné dans les établissements de santé. En outre, il n'existe aucun centre de référence pour le traitement de la dépendance à l'égard du tabac.

Toutefois, l'équipe internationale a noté qu'en 2010, avec l'appui de Global Bridges, le PNLCT a organisé une formation sur le sevrage tabagique pour un petit nombre professionnels de santé à Kinshasa. Cette formation n'a pas été suivie d'activités visant à intégrer l'aide au sevrage dans le paquet minimum des activités (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) dans les zones de santé;

En outre, les produits pharmaceutiques pour le sevrage coutent chers.

Lacunes :

1. Il n'existe pas de programme global et intégré ni de directives nationales en matière de dépendance à l'égard du tabac et du sevrage tabagique en République Démocratique du Congo.

2. Aucune ligne téléphonique nationale d'aide au sevrage tabagique n'a été mise en place.
3. Le service public de santé ne fournit pas les produits pharmaceutiques utilisés dans le traitement de la dépendance à l'égard du tabac.

Il est par conséquent recommandé que : (i) des programmes et des services nationaux de diagnostic et de traitement de la dépendance à l'égard du tabac et de conseils sur le sevrage tabagique soient mis en place. Il convient de privilégier une approche communautaire des programmes de conseil et de sevrage ; (ii) tous les agents de santé apprennent à enregistrer les cas de tabagisme, à prodiguer de brefs conseils et à encourager les tentatives de sevrage ; (iii) la République Démocratique du Congo collabore avec d'autres Parties afin de faciliter l'accès aux produits pharmaceutiques pour le traitement de la dépendance à l'égard du tabac à un coût abordable ; (iv) la République Démocratique du Congo mette en place, dans la mesure du possible, un numéro de téléphone gratuit national d'aide au sevrage tabagique ou fournisse des informations au public par le biais d'autres moyens de communication adaptés ; (v) la formation au traitement de la dépendance à l'égard du tabac soit renforcée dans les facultés de médecine, de chirurgie dentaire, de pharmacie, et les écoles de soins infirmiers.

Commerce illicite des produits du tabac (article 15)

Dans l'article 15 de la Convention, les « *Parties reconnaissent que l'élimination de toutes les formes de commerce illicite de produits du tabac, y compris la contrebande, la fabrication illicite et la contrefaçon, et l'élaboration et la mise en œuvre d'une législation nationale dans ce domaine, en sus des accords sous-régionaux, régionaux et mondiaux, constituent des aspects essentiels de la lutte antitabac* ».

Ces dernières années, la République Démocratique du Congo a dû faire face au commerce illicite des cigarettes et des produits du tabac. Une fois les produits illicites confisqués, ils sont généralement détruits. Toutefois, des produits issus du commerce illicite circulent sur le marché en RDC. Ces produits sont facilement reconnaissables car ils ne disposent pas de vignettes et ne portent pas les avertissements sanitaires conformes à la réglementation en RDC.

En effet, il existe une arrêté ministériel des Finances instituant les vignettes sur le paquet de cigarette et autres produits du Tabac ; Lors de la visite de l'équipe internationale au Ministère de finances, plus précisément à la Direction des autres produits d'accises, il a été rapporté qu'il y avait eu une rupture de stock en vignettes qui avait duré 2 ou 3 mois. Cette situation avait poussé l'industrie à réclamer les vignettes pour pouvoir importer leurs produits en RDC.

En outre, il existe aussi d'un arrêté ministériel de la Santé instituant :

1) L'identification de l'exploitant Tabacicole ;
2) L'enregistrement de la marque du produit du Tabac ;
3) La validation de présentation de l'emballage de produit du Tabac :
4) La demande de l'autorisation d'importation de produit du Tabac ;
5) La publication périodique de la liste des marques autorisées.

Tous ces arrêtés ont été signés dans le cadre de la mise en place d'un système de contrôle afin de veiller au respect du Code des douanes en matière d'importation des produits du tabac. Toutefois, il n'existe aucun système de traçabilité du transport des produits du tabac.

La RDC a signé le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, adopté par la COP à sa cinquième session, l'équipe internationale a noté que le Ministère de la Santé

travaillait avec le Ministère des affaires étrangères pour la ratification du protocole par le parlement. Le Protocole fournit un instrument juridique supplémentaire pour réduire l'offre.

Lacunes :

1. Il n'existe à l'heure actuelle aucun système efficace de suivi et de traçabilité.
2. La proposition de loi n'exige pas clairement le payement des amandes et la destruction de tout le matériel de fabrication, de toutes les cigarettes de contrefaçon et de contrebande et des autres produits du tabac confisqués.
3. Aucune méthode de destruction, respectueuse de l'environnement, de tout le matériel de fabrication, des cigarettes de contrefaçon et de contrebande et des autres produits du tabac n'a été mise en place.

Il est par conséquent recommandé que :

1. ***la proposition de loi puisse intégrer de mesures efficaces visant à éliminer le commerce illicite des produits du tabac, d'une part, et de renforcer le système de suivi et de traçabilité, d'autre part ;***
2. ***tous les produits du tabac illicites soient confisqués et détruits, et qu'une amande conséquente soit exigée ;***
3. ***des méthodes respectueuses de l'environnement soient utilisées pour détruire tout le matériel de fabrication, toutes les cigarettes de contrefaçon et de contrebande et les autres produits du tabac confisqués ;***
4. ***la République Démocratique du Congo ratifie au plus vite le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac et contribue à son entrée en vigueur précoce.***

Vente aux mineurs et par les mineurs (article 16)

L'article 16 exige des « *mesures […] au niveau gouvernemental approprié pour interdire la vente de produits du tabac aux personnes qui n'ont pas atteint l'âge prévu en droit interne ou fixé par la législation nationale, ou l'âge de 18 ans* ».

L'article 16.1(a) exige des Parties qu'elles garantissent que « *tous les vendeurs de produits du tabac* [affichent] *visiblement et en évidence dans leur point de vente un avis d'interdiction de la vente de tabac aux mineurs et, en cas de doute,* [demandent] *à chaque acheteur de prouver par des moyens appropriés qu'il a atteint l'âge légal* ».

L'arrêté ministériel 010/2007 interdit la vente aux et par les mineurs. Malheureusement, force est de constater que cette mesure n'est pas suivi, ni appliquée. Les mineurs peuvent acheter une quantité illimitée de cigarettes et autres produits du tabac.

La République Démocratique du Congo n'a pas encore totalement satisfait aux obligations de l'article 16.1(a).

Il est recommandé au ministère de la Santé de veiller, en étroite collaboration avec le ministère de l'Intérieur et d'autres organismes de veiller à l'interdiction de la vente aux et par les mineurs.

L'article 16.1(b) exige des Parties qu'elles « [interdisent] *de vendre des produits du tabac en les rendant directement accessibles, par exemple sur les étagères des magasins* ».

Il n'existe aucune politique ou mesure législative relative à cet article. À l'heure actuelle, les cigarettes sont vendues presque partout avec d'autres articles et marchandises.

Cet article n'est pas couvert par la Loi et la République Démocratique du Congo n'a pas satisfait aux obligations au titre de l'article 16.1(b).

Il est par conséquent recommandé d'inclure l'obligation de mettre en œuvre l'article 16.1(b) de la Convention dans le(s) décret(s) et réglementations, mais aussi dans la proposition de loi.

L'article 16.1(c) exige des Parties qu'elles interdisent « […] *la fabrication et* […] *la vente de confiseries, en-cas, jouets ou autres objets ayant la forme de produits du tabac attrayants pour les mineurs* ».

Il n'existe aucune politique ou mesure législative relative à cet article.

La République Démocratique du Congo n'a pas encore satisfait aux obligations de l'article 16.1(c).

Il est par conséquent recommandé d'inclure l'obligation de mettre en œuvre l'article 16.1(c) de la Convention dans le(s) décret(s) et réglementations, mais aussi dans la proposition de loi.

L'article 16.1(d) exige de chaque Partie de « *s'assurer que les distributeurs automatiques de produits du tabac placés sous sa juridiction ne soient pas accessibles aux mineurs et ne fassent pas de promotion pour la vente de ces produits aux mineurs* ».

À l'heure actuelle, il n'y a pas de distributeurs automatiques de produits du tabac en République Démocratique du Congo.

Il est par conséquent recommandé d'inclure des mesures interdisant les distributeurs automatiques de produits du tabac dans le(s) décret(s) et réglementations, mais aussi dans la proposition de loi afin de prévenir leur introduction future dans le pays.

L'article 16.3 exige de chaque Partie qu'elle « *s'efforce d'interdire la vente de cigarettes à la pièce ou par petits paquets, ce qui facilite l'accès de ces produits aux mineurs* ».

Les cigarettes sont souvent vendues à l'unité.

Il est par conséquent recommandé d'ajouter des dispositions stipulant l'interdiction de vendre des cigarettes à l'unité ou par petits paquets aux décrets et réglementations.

L'article 16.7 exige de chaque Partie qu'elle « [adopte et applique] […] *des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces pour interdire les ventes de produits du tabac par les personnes qui n'ont pas atteint l'âge prévu en droit interne ou fixé par la législation nationale, ou l'âge de dix-huit ans* ».

L'arrêté ministériel 010/2007 interdit la vente aux et par les mineurs. Malheureusement, force est de constater que cette mesure n'est pas suivi, ni appliquée.

Lacunes :

1. L'arrêté ministériel 010/2007 interdit la vente aux et par les mineurs. Mais il est non contraignant car il n'y a pas de pénalités prévues en cas de violation.

2. L'arrêté ministériel 010/2007 interdit la vente aux et par les mineurs, mais ne prévoit pas de disposition pour exiger aux mineurs de présenter leurs cartes à l'achat en cas de doute sur leur âge.
3. Les vendeurs ne sont pas sensibilisés sur l'arrêté ministériel 010/2007 interdisant la vente aux et par les mineurs.

Il est par conséquent recommandé à la République Démocratique du Congo d'adopter, de promulguer et d'appliquer la loi afin d'interdire la vente de produits du tabac par des mineurs.

Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables (article 17)

L'article 17 exige des Parties qu'elles « *s'efforcent, en coopérant entre elles et avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales compétentes, de promouvoir, le cas échéant, des solutions de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs, les travailleurs et, selon qu'il conviendra, les vendeurs* ».

En République Démocratique du Congo, le tabac n'est plus cultivé en très grandes quantités. Certains agriculteurs artisanaux en cultivent sur des parcelles de terre éparpillées ou dans leurs jardins, pour leur consommation personnelle.

Il n'existe pas un programme de remplacement de la culture du tabac mais certains cultivateurs du tabac appauvris sont passés à d'autres cultures après la fermeture de la société BAT-TABACONGO.

Bien que la fabrication de tabac se fasse à une petite échelle, il est malgré tout recommandé aux agences gouvernementales concernées de mettre en œuvre des mesures visant à promouvoir des activités alternatives économiquement viables pour les travailleurs du tabac. Il est également recommandé en République Démocratique du Congo de promouvoir des solutions alternatives à la production de tabac économiquement viables en mobilisant le soutien des organisations internationales et des partenaires de développement concernés.

Protection de l'environnement et de la santé des personnes (article 18)

Dans l'article 18, les Parties conviennent de « *tenir dûment compte, pour ce qui est de la culture du tabac et de la fabrication de produits du tabac sur leur territoire respectif, de la protection de l'environnement et de la santé des personnes eu égard à l'environnement* ».

La proposition de loi prévoit que les usines de fabrication de cigarettes et d'autres produits du tabac doivent être implantées dans des zones dites industrielles. Les travailleurs doivent aussi être protégés.

Lacunes : il n'existe aucune mesure ni politique visant à protéger l'environnement et la santé des personnes qui travaillent dans les usines de fabrication des produits du tabac.

Il est par conséquent recommandé au ministère de la Santé, en collaboration avec les ministères de l'Agriculture, de l'Économie et du Travail de tenir compte de la santé des personnes qui travaillent dans la culture et la fabrication du tabac dans les décrets et réglementations à venir, en vue de mettre en œuvre l'article 18 de la Convention.

Responsabilité (article 19)

L'article 19 exige des Parties qu'elles envisagent, aux fins de la lutte antitabac, « *de prendre des mesures législatives ou de promouvoir les lois existantes, si nécessaire, en matière de responsabilité pénale et civile, y compris l'indemnisation le cas échéant* ».

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune politique ou mesure législative relative à cet article.

L'unique usine de Congo Tobacco Company qui transforme le tabac en RDC se trouve dans un quartier résidentiel de la ville de Goma dans la province du Nord Kivu, où les habitants sont exposés à la pollution et au risque des maladies non transmissibles.

Il est recommandé à la République Démocratique du Congo d'appliquer les lois déjà existantes de manière à pouvoir mettre en œuvre l'article 19 de la Convention. Il est également recommandé à la République Démocratique du Congo de participer directement au groupe d'experts ou de contribuer à ses travaux par le biais de ses représentants régionaux.

Recherche, surveillance et échange d'informations (article 20)

L'article 20 exige des Parties qu'elles s'engagent à « *développer et à promouvoir la recherche nationale et à coordonner des programmes de recherche aux niveaux régional et international dans le domaine de la lutte antitabac* ».

En République Démocratique du Congo, la recherche et la surveillance dans le domaine du tabagisme sont limitées.

Au-delà de l'enquête STEPS de l'OMS sur les facteurs de risque des maladies chroniques en République Démocratique du Congo qui a eu lieu en 2005, l'enquête GYTS (Global Youth Tobacco Survey) qui a été menée uniquement à Kinshasa et Lubumbashi en 2008 par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'OMS et de CDC constitue à ce jour la source principale d'informations sur la prévalence du tabagisme en RDC chez les jeunes.

Selon cette enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS) réalisée en 2008 par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé dans le milieu scolaire à Kinshasa et à Lubumbashi auprès des élèves de 13 à 15 ans,

- 19,5 % des élèves avaient déjà fumé la cigarette, dont 27,5 des garçons et 9 % des filles ;
- 28,9 % utilisent actuellement d'autres produits du tabac, dont 29,3 % des garçons et 27,6% des filles ;
- 30,0 % de non-fumeurs étaient susceptibles de commencer à fumer prochainement.

Toutes fois, la RDC est l'un de pays à avoir intégré le questionnaire sur le tabac (TQS) dans l'enquête démographique et de santé[1] et selon la deuxième Enquête Démographique de la Santé (EDS-RDC II 2013-2014), réalisé par les Ministères du Plan et de la Santé publique, près d'un homme de 15-49 ans sur cinq (19 %) a déclaré fumer des cigarettes. Plus de la moitié des fumeurs (55 %) ont consommé 1-5 cigarettes dans les 24 heures. 24 % d'hommes de 50-59 ans fument des cigarettes et que, parmi eux, 19 % en ont consommé au moins dix au cours des 24 heures précédant l'interview. 4 % de femmes ont déclaré consommer du tabac sous d'autres formes que la cigarette.

Près d'un quart des ménages (23 %) ont déclaré qu'on fumait tous les jours dans le logement.

[1] EDS RDC 2013- 2014 : http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FR300_0.pdf

Lacunes :

1. Les données nationales sur la charge de morbidité du tabagisme et sur les coûts directs imputables au tabagisme et à l'exposition à la fumée du tabac sont insuffisantes.
2. Il n'y a pas suffisamment d'études d'évaluation sur l'efficacité des interventions visant à réduire la prévalence du tabagisme.
3. Il existe un manque de surveillance épidémiologique du tabagisme et des indicateurs sociaux, économiques et sanitaires qui y sont associés.
4. Un manque de capacités et de ressources pour mener des recherches a été constaté.

Il est par conséquent recommandé à la République Démocratique du Congo de mener des recherches afin d'évaluer l'épidémie de tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac et d'en étudier les déterminants et les conséquences, notamment les données sur la mortalité et la morbidité imputables au tabagisme. Il est également recommandé d'inclure à nouveau des questions portant sur le tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac dans la future enquête démographique et de santé.
La République Démocratique du Congo devrait aussi réaliser des études d'évaluation sur l'efficacité des interventions visant à réduire la prévalence du tabagisme. Le Gouvernement est encouragé à utiliser les résultats des activités de recherche et de surveillance pour élaborer des interventions et des programmes nationaux de lutte antitabac.

Notification et échange d'informations (article 21)

L'article 21 exige de chaque Partie qu'elle « *soumet*[te] *à la Conférence des Parties, par l'intermédiaire du Secrétariat, des rapports périodiques sur la mise en œuvre de la Convention* ».

La République Démocratique du Congo a fourni son premier rapport biennal sur la mise en œuvre (2004-2008) en Janvier 2009 et le second rapport (2012-2013) en Février 2013.

Le prochain rapport doit être remis lors de la période de notification de 2014 (du 1er janvier au 15 avril 2016).

La République Démocratique du Congo a satisfait à ses obligations au titre de l'article 21 de la Convention.

La COP a établi un nouveau cycle biennal pour la soumission des rapports de mise en œuvre commençant en 2012, prévoyant que les rapports soient soumis au plus tard six mois avant chaque session de la Conférence. Il est donc recommandé au Gouvernement de commencer à préparer le prochain rapport suffisamment à l'avance, afin de respecter le délai fixé à 2016. Il devrait en être de même pour les prochains cycles de notification.

Coopération dans les domaines scientifique, technique et juridique et fourniture de compétences connexes (article 22)

L'article 22 exige des Parties qu'elles « *coopèrent directement ou par l'intermédiaire des organismes internationaux compétents pour renforcer leur capacité de s'acquitter des obligations découlant de la Convention, en tenant compte des besoins des pays en développement Parties et des Parties à économie en transition. Cette coopération facilite, dans les conditions convenues d'un commun accord, le transfert de compétences techniques, scientifiques et juridiques et de technologie pour établir et renforcer les stratégies, les plans et les programmes nationaux de lutte antitabac* ».

Le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) est le cadre programmatique stratégique convenu par le Gouvernement et le système des Nations Unies pour définir les priorités en matière de développement national. L'UNDAF actuel couvre la période 2013 à 2017. L'UNDAF appuie les principaux piliers du Document de Stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté deuxième génération (DSCRP 2) qui définit une liste de priorités pour la période 2011-2015. Malheureusement la lutte antitabac et celle contre les maladies non transmissibles ne sont pas spécifiquement mentionnées comme des priorités dans ces deux importants documents. L'équipe internationale a rencontré le Coordonnateur résident du système des Nations Unies ainsi que l'Équipe-pays du système des Nations Unies. Ensemble, ils ont discuté de la possibilité de mettre en place une task force sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque dont le tabac.

Lacunes :

1. L'aide à la mise en œuvre de la Convention n'est pas mentionnée dans l'UNDAF actuel.
2. La mise en œuvre de la Convention ne fait pas partie des activités programmatiques de l'Équipe-pays du système des Nations Unies autres que celles de l'OMS.

Il est recommandé que le Ministère de la Santé puisse inclure la lutte antitabac et contre les maladies non transmissibles dans le Plan national de développement sanitaire (2016-2020) en cours d'élaboration pour qu'elles soient aussi inclues dans le plan national stratégique de développement (2016-2020) et dans le prochain Plan-cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (UNDAF).

Il est aussi recommandé au Ministère de la Santé de faire le suivi avec le Représentant pays de l'Organisation Mondiale de la Santé, le coordinateur résident des nations unies et le Directeur Pays du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) d'inclure l'appui à la mise en œuvre de la CCLAT lors de la révision de l'UNDAF.

Il est recommandé au bureau pays de l'OMS de travailler avec le coordinateur résident pour mettre en place un groupe de travail sur les maladies non transmissibles et ses facteurs de risques dont le tabac ou d'envisager l'intégration de ce point dans un groupe thématique déjà existant.

Il est recommandé au Gouvernement de la RDC de chercher activement des opportunités de coopérer avec les autres parties, organisations internationales compétentes et partenaires de développement présents au pays pour appuyer la mise en œuvre de la convention cadre de lutte antitabac.

Ressources financières (article 26)

Dans l'article 26, les Parties reconnaissent « *le rôle important que jouent les ressources financières pour atteindre l'objectif de la présente Convention* ». Il appelle en outre chaque Partie à « *fourni*[r] *un appui financier en faveur des activités nationales visant à atteindre l'objectif de la Convention, conformément aux plans, priorités et programmes nationaux* ».

Chaque année, le ministère de la Santé octroie un modeste budget au programme national de lutte contre les toxicomanies et les substances toxiques (seulement cette année et le décaissement jusqu'ici attendu pour le 3ème trimestre). Le programme de lutte antitabac et la mise en œuvre de la Convention s'inscrivent dans le cadre de ce programme et bénéficient,

par voie de conséquence, du budget global. Aucun poste budgétaire spécifique n'est toutefois consacré à la lutte antitabac et le budget global reste très limité. Les locaux affectés à la Direction nationale du PNLCT sont situés dans un hôpital de référence et le personnel affecté à la direction national n'est pas reparti de manière à avoir une unité ou division qui s'occupe spécifiquement de la lutte antitabac à côté d'autres unités qui s'occuperaient de l'alcool et autres toxicomanies et substances toxiques.
Le PNLCT est représenté uniquement dans 5 provinces sur 21 que compte actuellement la RDC ; l'essentiel des activités se passent à Kinshasa (la capitale), Lubumbashi (Province du Haut Katanga dans le Sud-Est) et Goma (Province du Nord Kivu à l'EST du pays).
Le ministère de la Santé ne consacre pas non plus de poste budgétaire spécifique à la lutte antitabac et à la mise en œuvre de la Convention, ni au mécanisme de coordination.
Bien qu'il existe une tripartite de lutte antitabac (MSP - OSC - OMS), Il n'existe pas de mécanisme de coordination multisectorielle impliquant tous les secteurs partenaires.
Les autres agences et ministères concernés sont impliqués sporadiquement dans la mise en œuvre de la Convention et n'ont pas encore désigné officiellement des points focaux de lutte antitabac dans leurs secteurs respectifs.

Lacunes :

1. Le ministère de la Santé ne consacre pas de poste budgétaire spécifique à la mise en œuvre de la Convention. Le financement alloué à l'heure actuelle par le ministère de la Santé est loin d'être suffisant pour permettre d'appliquer pleinement la Convention et la Loi.
2. D'autres ministères concernés, tenus de mettre en œuvre la Convention, n'y ont pourtant pas affecté de personnel ni de budget.

Il est par conséquent recommandé au ministère de la Santé de créer un poste budgétaire spécifique pour la mise en œuvre de la Convention. Il est également recommandé à tous les ministères concernés d'affecter un budget et du personnel à la mise en œuvre de la Convention. En outre, de telles propositions budgétaires devraient être soutenues par le ministère du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique et approuvées par l'Assemblée Nationale et le Sénat, afin de permettre une mise en œuvre plus efficace de la Convention et de la Loi portant lutte antitabac.

L'article 26.3 exige des Parties qu'elles « *encouragent, le cas échéant, l'utilisation des voies bilatérales, régionales, sous-régionales et autres voies multilatérales pour fournir des fonds destinés à l'élaboration et au renforcement des programmes complets et multisectoriels de lutte antitabac des pays en développement Parties et des Parties à économie en transition* ».

À l'heure actuelle, l'OMS est l'unique partenaire de mise en œuvre de la Convention de la République Démocratique du Congo. Le PNUD, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), L'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), la FAO et d'autres agences des Nations Unies présentes dans le pays pourraient soutenir plus activement la mise en œuvre de la Convention. La Banque mondiale pourrait, quant à elle, soutenir l'élaboration de politiques de taxation du tabac appropriées. Dans le cadre de ses programmes en cours, l'UNICEF pourrait contribuer à protéger les enfants de l'exposition à la fumée du tabac et à prévenir le tabagisme chez les jeunes.

Lacune : la République Démocratique du Congo n'utilise pas encore pleinement les voies bilatérales, régionales, sous-régionales et autres voies multilatérales disponibles pour fournir des fonds destinés à l'élaboration et au renforcement des programmes complets et multisectoriels de lutte antitabac.

Par conséquent, conformément à l'article 26.3 de la Convention, il est recommandé au Gouvernement de la République Démocratique du Congo de solliciter l'aide de ses partenaires de développement et de promouvoir l'intégration de la mise en œuvre de la Convention dans les accords bilatéraux et multilatéraux et les plans d'actions conçus avec ces agences.

L'article 26.3 souligne spécifiquement que les initiatives qui promeuvent « [des] *solutions de rechange économiquement viables à la production de tabac, et notamment la diversification des cultures, doivent donc être envisagées et soutenues dans le cadre de stratégies de développement durable élaborées au niveau national* ».

En République Démocratique du Congo, le tabac n'est pas cultivé en grande quantités et il n'existe qu'un seul fabricant de tabac (Congo Tobacco Company) après la fermeture de BAT. Le Gouvernement est conscient de cette obligation imposée par le traité.

Lacune : le Gouvernement n'a pas encore lancé de telles initiatives.

Il est par conséquent recommandé aux ministères concernés, notamment les ministères de l'Économie, du Travail, de l'Agriculture et du Commerce, de s'efforcer de satisfaire aux obligations qui incombent à la République Démocratique du Congo au titre de l'article 26.3 de la Convention.

L'article 26.4 stipule que « [l]*es Parties représentées dans les organisations intergouvernementales internationales et régionales compétentes et les institutions financières et de développement encouragent ces entités à fournir une assistance financière aux pays en développement Parties et aux Parties à économie en transition afin de les aider à s'acquitter de leurs obligations en vertu de la Convention, sans limitation du droit à la participation au sein de ces organisations* ».

La mise en œuvre de la CCLAT est principalement soutenue par les ONG et par l'OMS en RDC. Au cours de la mission, l'équipe internationale a rencontré un délégué de la banque mondiale et de la coopération allemande qui ont confirmé que leurs institutions étaient disposées à appuyer la mise en œuvre de la CCLAT sur demande du gouvernement et si elle était inscrite comme une priorité par le gouvernement.

Lacune : à l'heure actuelle, la République Démocratique du Congo n'a pas réussi à obtenir une aide financière d'autres Parties, organisations régionales et internationales et partenaires de développement et financiers, à l'exception de l'OMS, capables d'aider les pays en développement (y compris la République Démocratique du Congo) à satisfaire à leurs obligations au titre de la Convention.

Il est recommandé en République Démocratique du Congo de s'appuyer sur l'article 26.4 pour faire en sorte que la Convention occupe une place plus importante dans le programme de développement international. Il est également recommandé aux autres ministères, tels que le ministère des Affaires Étrangères et de la Coopération Internationale, les ministères de l'Économie, du Travail, de l'Agriculture, de l'environnement et du Commerce, etc., qui représentent la République Démocratique du Congo auprès d'autres instances régionales et mondiales, d'exhorter les organisations et les institutions financières régionales et internationales à apporter une aide financière aux pays en développement pour la mise en œuvre de la Convention.

ANNEXE

I. CHRONOGRAMME GLOBAL D'ACTIVITES DE LA MISSION CONJOINTE D'EVALUATION DES BESOINS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTI TABAC EN RDC du 17 au 21 Aout 2015 A KINSHASA

Dates	Heures	Activités	Responsables	Modération
Lundi 17/08	09h00 – 10 h00 10 h 00 – 11 h 00	- Visite de courtoisie du membre de la mission au Secrétaire Génér la Santé, - Visite de courtoisie des membres de la mission au Ministre de la Santé Publique dans la salle des réunions du Ministre.	Membres de la mission avec membres de la tripa	Point focal antitabac en RDC
	11 h 00 – 17 h 00	- Séance de travail de la mission au bureau du PNLCT avec le point focal antitabac de la RDC et d'autres programmes et direction Ministère de la Santé.	Point focal antitabac	Chef de Mission
Mardi 18 / 08	09 h 00 – 17 h 00	- Atelier dans la salle polyvalente de l'OMS : membres de la mission avec tous les organismes gouvernementaux et d'autres parties impliquées dans la mise en œuvre de la CCLAT.	Tripartite antitabac RDC	Point focal antitabac OMS
Mercredi 19/08	09 h 00'– 17 h 00'	- Visites de travail des membres de mission accompagnés de membre la Tripartite aux Ministères et ser ci-après : Ministère de Finances, Ministère du Commerce, Ministèr Plan	Membres de la délégation et memb de la Tripartite	Point focal antitabac en RDC
Jeudi 20/08	09h00 – 12h00'	- Séance de travail au Parlement, des membres de la mission accompagnés de membres de la tripartite, - Visite de courtoisie au Rapporteu l'Assemblée Nationale en présenc du vice-président de la Commissio Socio-culturelle	Membres de la délégation et membres de la Tripartite	Honorable Edumbadumb
	13 h 00'– 14 h 00'	- Séance de travail des membres de mission accompagnés de la tripar au PNUD avec le Coordonnateur résident des Nations Unies.	Membres de la délégation et la trip	Point focal antitabac OMS
	15 h 00'– 17 h 00'	- Séance de travail des membres de mission avec les autres parties concernées BM et GTZ	Membres de la délégation et la Tripartite	Point focal antitabac OMS
Vendredi 21/08	09 h 00'– 12 h 00'	- Débriefing avec le WR ai - Débriefing avec le SG de la Santé	Membres de la délégation, Triparti Secrétariat Général cabinet du Ministre Santé	Point focal antitabac en R

II. Agenda de la deuxième journée : Réunion des parties prenantes sur la mise en œuvre de la CCLAT en RDC

Heure	Session	Responsable
8:00-8:30	Enregistrement des participants	
8:30-9:00	1. Mot d'ouverture par le Ministre de la Santé ou représentant 2. Mot du Représentant de l'OMS	Protocole du Ministère de la Santé et Chargé de la communication de l'OMS RDC
9:00-9:20	Brève Présentation sur la justification de l'évaluation des besoins et le mécanisme d'assistanc	Carmen Audera Secrétariat de la Convention
9:20-9:40	Présentation sur la mise en œuvre de la Convention Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) en RDC	Point Focal national Ministère de la Santé
9:40-10:15	Brève Présentation sur la Convention Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) Aperçu des articles clés de la CCLAT (Articles 2, 4.7, 5, 6, 8)	Secrétariat de la Convention et toute l'équipe internationale, co-facilité avec le Point Focal national
10:15-10:30	Pause-café	
10:30-12:00	Suite- Aperçu des articles clés de la CCLAT (Articles 9&10, 11, 12, 13 et 14)	Secrétariat de la Convention et toute l'équipe internationale, co-facilité avec le Point Focal national
12:00-13:00	Pause Déjeuner	
13:00-15:00	Suite- Aperçu des articles clés de la CCLAT (Articles 15, 16, 17&18, 19, 20, 21, 22 et 26) Discussion y compris Questions & réponses	Secrétariat de la Convention et tou l'équipe internationale, co-facilité avec le Point Focal national
15:00-15:15	Pause café	
15:15-16:00	Suite- Aperçu des articles clés de la CCLAT (Articles 20, 21, 22 and 26) Discussion y compris Questions & réponses	Secrétariat de la Convention et tou l'équipe internationale, co-facilité avec le Point Focal national
16:00-16:30	Identifier les gaps, les besoins et les priorités	Secrétariat de la Convention et tou l'équipe internationale, co-facilité avec le Point Focal national
16:30-17:00	Débriefing pour l'équipe conjointe des besoins de d'évaluation	

III. Liste des agences gouvernementales et de leurs représentants, des organismes législatifs, des membres de l'équipe internationale et des organisations non gouvernementales ayant participé à l'évaluation conjointe des besoins.

	Liste de personnes ayant participé à l'évaluation conjointe des besoins.		
	Noms	**Fonctions**	**Contacts**
	Organismes législatifs		
1	**Honorable Ezradi Eguma Norbert**	**Rapporteur de l'Assemblée nationale**	**Tel : +243814106391** **Email : amangandera@yahoo.fr**
2	**Honorable Edumbadumba Pierre César**	**Vice-Président Commission culturelle de l'Assemblée nationale**	**Tel : +243825001223** **Email : edumbacesar@gmail.com**
	Agences gouvernementales et de leurs représentants		
3	**Dr Mukengeshayi Kupa**	**Secrétaire Général – Ministère de la Santé**	**Email : mukkupa@yahoo.fr**
4	**Mme Monique Likele**	**Secrétaire Générale – Ministère du Plan**	**Email : monilikele@yahoo.fr**
5	**Mme Eugenie Salebongo**	**Secrétaire Général au Commerce – Ministère de l'Economie et commerce**	**Email : eugenisale@yahoo.fr**
7	**Phm Rigobert Mbuyu**	**Directeur – Programme National de Lutte contre les Toxicomani les substances toxiques – Ministère de la Santé**	**Tel : +243810364524** **Email : rigobert@yahoo.fr**
8	**Mr Joseph Kuburhanwa**	**Directeur des autres accises, Direction Générales des Douanes et Accises(DGDA), Ministère des Finances**	**Tél: +24999990129** **Email: kubchirjos@yahoo.fr**
9	**Mme Antho Kabamba**	**Directrice – Laboratoire Office Congolais de Contrôl Ministère de Commerce**	**Tél : +243817009154** **Email : antokabamba@gmail.com**
10	**Mr Jerome Bamba**	**Chef de Laboratoir de Chim Office Congolais de Contrôl Ministère de Commerce**	**Tél : +243819501855** **Email : js_bamba@yahoo.fr**
11	**Mr Auguy Kiabanzawako**	**Inspecteur Direction Générales des Douanes et Accises(DGDA), Ministère des Finances**	**Tél : +243998173279** **Email : akiabanzawako1@yahoo.fr**
12	**Mr Patrice Milambo**	**Chef de division Programme National de Lutte contre les Toxicomani les substances toxiques – Ministère de la Santé**	**Tel :+243810527520** **Email : kapiamil@yahoo.fr**
	Organisations non gouvernementales et coopération bilatérale		
13	**Prof Patrick Shamba**	**Président Alliance Congolai pour le contrôle de tabac**	**Tél : +243991183557** **Email : bakengela@hotmail.com**
14		**GIZ (coopération technique allemande)**	

	Agences de nations unies en RDC		
15	**M. Mamadou Lamine**	**Coordinateur résident UN**	
16	**Dr Bakary Sambou**	**WR a.i OMS**	**Email : samboub@who.int**
17	**Mme Marie Claire Fwelo**	**HIP OMS**	**Email : fwelom@who.int**
18	**Dr Adolphe Nkongolo**	**NCD OMS**	**Email : nkongoloa@who.int**
19	**Dr Etienne Mpoyi**	**M&E OMS**	**Email : mpoyie@who.int**
20	**Mr Eric Ngoyi**	**PNUD**	**Email : erick.ngoie@undp.org**
21	**Mr Sabiti Kalindula**	**Banque Mondiale**	**Email : skalindulaorldbank.org**
	Membres de l'équipe internationale		
22	**Dr Maria Carmen AUDERA-LOPEZ**	**Secrétariat à la convention**	**Email : auderalopezc@who.int**
23	**Karina RANGEL CASTILLA**	**Secrétariat à la convention**	**Email : rangelcastillak@who.int**
24	**Dr Patrick Musavuli Luhindi**	**Consultant au Secrétariat à convention**	**Email : patrick.musavuli@gmail.com**