



**Organisation
mondiale de la Santé**



**MINISTRE DE LA
SANTÉ ET DE LA
POPULATION**

**PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE ANTITABAC
AU CONGO: 2011-2015**



août 2010

| | |
|--|-----------|
| SOMMAIRE | |
| PREFACE | 4 |
| PARTICIPANTS | 5 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 7 |
| DEFINITION DES CONCEPTS | 9 |
| INTRODUCTION | 10 |
| SECTION I : GENERALITES | 11 |
| CHAPITRE I: APERCU SUR LE CONGO | 11 |
| 1.1. Limites | 11 |
| 1.2. Climat et Végétation | 12 |
| 1.3. Réseau hydraulique | 12 |
| 1.4. Démographie | 12 |
| 1.5. Organisation administrative | 12 |
| 1.6. Aspects socio-économiques | 12 |
| CHAPITRE II: SITUATION SANITAIRE NATIONALE | 14 |
| 2.1 Etat de santé de la population | 14 |
| 2.2 Situation épidémiologique | 14 |
| 2.2.1 Maladies transmissibles | 16 |
| 2.2.2 Maladies non transmissibles | 17 |
| 2.2.3 Santé de la reproduction..... | 17 |
| 2.2.4 Santé des adolescents et des jeunes | 18 |
| 2.2.5 Santé bucco-dentaire | 18 |
| 2.2.6. Maladies par carences nutritionnelles | 18 |
| 2.2.7 Santé mentale..... | 19 |
| 2.2.8 Pathologies liées à la consommation du tabac..... | 19 |
| 2.3 Organisation et fonctionnement du Système de santé | 19 |
| 2.4 Principaux partenaires et domaines d'intervention de la santé..... | 20 |
| SECTION II: ANALYSE DE LA SITUATION | 22 |
| 2.1 Historique | 22 |
| 2.2 Epidémiologie | 22 |
| 2.3 Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du tabagisme | 23 |
| SECTION III: JUSTIFICATION | 26 |
| SECTION IV: PLAN STRATEGIQUE NATIONAL | 27 |
| 4.1 But | 27 |
| 4.2 Objectif Général | 27 |
| 4.3 Cibles prioritaires | 27 |
| 4.4 Axes stratégiques | 27 |
| 4.5 Axes stratégiques, domaines de services et d'intervention | 27 |
| 4.5.1 Axe1 : Renforcement du cadre institutionnel | 27 |

| | |
|--|-----------|
| . 4.5.2 Axe2 Renforcement du cadre juridique | 28 |
| 4.5.3 Axe3: Renforcement de la promotion de la santé pour la lutte antitabac | 29 |
| 4.5.4 Axe4 : Renforcement de la prise en charge des personnes affectées par le tabagisme | 40 |
| 4.5.5 Axe5 : Mise en place d'un système de suivi-évaluation, de surveillance Épidémiologique et de recherche action | 31 |
| 4.5.6 Axe6 : Renforcement de la coordination et du partenariat | 32 |
| CADRE LOGIQUE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2011-2015 | 33 |
| BUDGET DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL | 48 |

PREFACE :

La nécessité d'apporter un appui explicite, durable et énergique à la lutte mondiale contre le Tabagisme tient avant tout à l'impact actuel et à venir du tabac sur la santé. Le tabac est unique, dans le sens qu'il est le seul produit légal qui est dangereux lorsqu'il est utilisé exactement selon l'intention du fabricant.

Au Congo, les jeunes et les adultes sont conscients des effets négatifs du tabac sur l'homme. Par une série de mesures et d'actions, le Ministère en charge de la Santé s'emploie sans relâche dans les campagnes contre le tabagisme et ses méfaits.

Il constitue un problème de santé publique unique en ce sens qu'il tue les consommateurs habituels et qu'il est nocif pour les non-consommateurs. Dans le monde industrialisé, pour lequel on dispose de données, 50% des décès liés au tabac surviennent en milieu de vie et, de ce fait, 20 à 25 années de vie en moyenne sont perdues prématurément.

Au cours des prochaines décennies, la baisse des décès liés au tabac dans les pays développés à économie de marché sera plus que compensée par le nombre des décès dans les pays émergents. En 2030, on dénombre environ 10 millions de décès dus au tabac, dont 70% dans les pays en développement. Les décès liés au tabac entrent dans 25 grandes catégories des maladies telles que : cancers du poumon et autres, cardiopathies ischémiques et maladies respiratoires chroniques.

Les conséquences engendrées par le tabagisme ont conduit la communauté internationale sous la conduite de l'OMS à mettre en place la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui compte 168 pays signataires et plus de 150 Parties, dont le Congo.

L'intérêt porté depuis la signature de la convention, montre qu'au-delà de l'enjeu de la santé publique, partagé par une majorité des congolais, c'est un débat de société qui ne laisse personne indifférente. C'est un problème passionnant qui évolue par la meilleure prise en compte des risques auxquels nous nous exposons et nous exposons les autres en fumant.

Face à cette situation et en conformité avec les objectifs du plan de développement sanitaire, le Ministère de la Santé a élaboré le présent plan stratégique de lutte antitabac au Congo. Ce plan constitue un outil pour tous les acteurs engagés dans la lutte antitabac et devrait faciliter la mise en œuvre des actions de façon synergique.

Nous osons espérer que la mise en œuvre de ce plan contribuera à amener le Congo vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement et des orientations clairvoyantes du Président de la République contenues dans son projet de société le chemin d'avenir, avec l'effort de tous.

Le Ministre de la Santé et de la Population

Professeur Georges MOYEN

EQUIPE DE REDACTION

| | |
|----------------------------|--|
| DOMINGUI Mathurin | Chef de service des maladies non transmissibles à la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie |
| NZOUTANI Lambert | Conseiller en santé de la reproduction et Point Focal de lutte antitabac à l'OMS/CONGO |
| MIABANDZILA Georges | Cadre du service de l'information, de l'éducation et de la communication à la Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé |
| DIANKEMBO Roger | Inspecteur au Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire et de l'Alphabétisation |
| BOUANGA Marianne | Présidente de l'Association Congolaise pour la santé publique et Communautaire (ACSPC) Antenne de Brazzaville. |
| LIKIBI-BOHO Rosalie | Point focal de lutte antitabac au Ministère de la Santé et de la population |

Participants à la validation

| | |
|------------------------------|--|
| MOUTOU JOSEPH | Directeur Départemental de la Santé de Pointe-Noire |
| MOBOUSSI Jean Claude | Directeur Départemental de la Santé des Plateaux |
| CHAKIROU LAMBERT | Directeur Départemental de la Santé de Brazzaville Chef de service des maladies non transmissibles à la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie |
| DOMINGUI Mathurin | Conseiller en santé de la reproduction et Point Focal de lutte antitabac à l'OMS/CONGO |
| NZOUTANI Lambert | |
| MAKANGA Bienvenu | Chef de service de la santé des adolescents à la Direction de la santé familiale |
| DJOUOB Martin | Conseiller technique au ministère de la Santé et de la Population |
| BAKALA Dieudonné | Directeur de l'Orientation et de l'Evaluation des systèmes de Santé |
| NIEMET GAMBOU Pascal | Médecin chef du secteur opérationnel N°7 |
| LOUMOUAMOU Dieudonné | Médecin chef de la circonscription socio sanitaire de Makélékélé |
| OBISSI Dominique | Médecin chef de la circonscription socio sanitaire de Poto-Poto |
| MIANDZO Daniel | Médecin chef de la circonscription socio sanitaire de Mougali |
| OPANGO Jacques | Médecin chef de la circonscription socio sanitaire de Ouenzé |
| ISSOÏBEKA Raphaël | Médecin chef de la circonscription socio sanitaire de Talangaï |
| MALONGA TSIEYA Nicole | Médecin chef de la circonscription socio sanitaire de MFiilu |
| EKO Jean François | Attaché du Directeur de Cabinet du Ministre au Ministère de la Santé et de la Population |
| DIDI-NGOSSAKI Herman | Attaché à la Conseillère Sanitaire au Ministère de la Santé et de la Population |
| MIAMBANZILA Georges | Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé |
| ANDZOUANA Sorel | Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé/ service de l'information, Education et Communication |
| BOUETE Jules | Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et Médicaments |
| ELENGA Marien | Direction de la Coopération au Ministère de la Santé et de la Population |
| LIKIBI-BOHO Rosalie | Point Focal de lutte antitabac au Ministère de la Santé et de la population |
| BOUANGA Marianne | Association Congolaise pour la Santé Publique et Communautaire |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---------|---|
| ACSPC | Association Congolaise pour la Santé Publique et Communautaire |
| BM | Banque mondiale |
| BADEA | Banque arabe pour le développement économique de l'Afrique |
| BAD | Banque africaine de développement |
| BCG | Bacille de Calmette et Guérin |
| CCLAT | Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac |
| CDMT | Cadre de dépenses à moyen terme |
| CENAMES | Centrale nationale d'achat des médicaments |
| CHUB | Centre hospitalier et universitaire de Brazzaville |
| CMS | Centre médico-social |
| CNTS | Centre national de transfusion sanguine |
| CODIR | Comité de direction |
| COGES | Comité de gestion |
| COMEG | Congolaise des médicaments essentiels et génériques |
| COSA | Comité de santé |
| CP | Comité de pilotage |
| CSI | Centre de santé intégré |
| CSS | Circonscription socio-sanitaire |
| CTS | Comité technique de suivi |
| DDS | Direction départementale de la santé |
| DELM | Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DSRP | Document stratégique de réduction de la pauvreté |
| DTC3 | Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche 3 ^{ème} dose |
| EG/CSS | Equipe de gestion de la CSS |
| FRPC | Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance |
| GSPS | Surveillance globale du tabac chez le Personnel |
| GTCR | rapport de contrôle global du tabac |
| GYTS | surveillance globale du tabac chez les jeunes |
| I.B | Initiative de Bamako |
| IDE | Infirmier diplômé d'Etat |
| IEC/CC | Information éducation communication/Changement de comportements |
| IRA | Infection respiratoire aiguë |
| IST | Infection sexuellement transmissible |
| JNV | Journées nationales de vaccination |
| LNSP | Laboratoire national de transfusion sanguine |
| MASAHS | Ministère des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité |
| MID | Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation |
| MECJ | Ministère de l'Education Civique et de la Jeunesse |
| MEG | Médicaments essentiels génériques |

| | |
|---------|--|
| MEPSA | Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire et de l'Alphabétisation |
| MES | Ministère de l'Enseignement Supérieur |
| METPFQE | Ministère de l'Enseignement Technique, Professionnel, de la Réforme Qualifiante et de l'Emploi |
| MPIFD | Ministère de la Promotion de la Femme et de l'Intégration de la femme au Développement |
| MSP | Ministère de la santé et de la Population |
| MTACMM | Ministère des Transport, de l'Aviation Civile et de la Marine Marchande |
| OMD | Objectifs du millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| PAM | Programme alimentaire mondial |
| PASCOB | Projet d'appui au système de santé du Congo Brazzaville |
| PCA | Paquet complémentaire d'activités |
| PEV | Programme élargi de vaccination |
| PFA | Paralysie flasque aiguë |
| PIP | Programme d'investissement public |
| PIPC | Programme intérimaire post conflit |
| PMA | Paquet minimum d'activités |
| PMAE | Paquet minimum d'activités élargi |
| PNDS | Plan national de développement sanitaire |
| PNS | Politique nationale de santé |
| PPTE | Pays pauvre très endetté |
| PSE | Paquets de services essentiels |
| SCAS | Service de la coordination de l'action sanitaire |
| SIAT | Société Industrielle et Agricole du tabac tropical |
| SNIS | Système national d'information sanitaire |
| SSP | Soins de santé primaires |
| TNN | Tétanos néo-natal |
| UNFPA | Fonds des nations unies pour la population |
| UNICEF | Fonds des nations unies pour l'enfance |

DEFINITION DES CONCEPTS

Les produits du tabac : C'est l'ensemble des dérivés du tabac destinés à être fumés, prisés, mâchés, sucés ou chiqués. Les produits du tabac se consomment sous plusieurs formes:

- Le tabac fumé (cigarette, pipe, cigare etc.);
- Le tabac sniffé ou prisé (poudre);
- Le tabac chiqué ou mastiqué (gomme, feuille pliée etc.).
-

Le tabagisme : C'est l'intoxication aiguë ou chronique consécutive à une consommation du tabac. Il se manifeste par des troubles physiologiques et psychiques. On parle également de nicotinisme.

Le tabagisme passif : Il concerne l'inhalation par les non fumeurs de la fumée de tabac. Ces derniers courent les mêmes risques que les fumeurs.

La lutte antitabac : Elle représente l'ensemble des stratégies et actions visant la réduction de l'offre, de la demande et les effets nocifs de tabac afin d'améliorer la santé de la population.

INTRODUCTION

La lutte antitabac constitue à l'heure actuelle une des préoccupations majeures de la communauté internationale.

Selon l'OMS, la consommation de tabac est la première cause de décès évitables, avec cinq millions de morts par an. Même les non-fumeurs subissent des dommages parce qu'ils sont des victimes du tabagisme passif. Et si les tendances actuelles restent inchangées, à partir de 2020, dix millions de personnes mourront annuellement du fait du tabagisme, dont 70% dans les pays en développement.

Le tabagisme constitue un problème de santé publique. C'est un facteur de risque dans la survenue des cancers, dont les plus classiques sont ceux du poumon, du sein et de la vessie. Le tabagisme favorise aussi les cancers de la peau, de la bouche, du larynx, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du foie, du pancréas, du rectum, du colon, du rein et de la prostate. Le tabagisme est également lié au développement des maladies cardiovasculaires comme l'hypertension artérielle, l'insuffisance coronarienne, l'infarctus du myocarde et les accidents vasculo-cérébraux. Outre ces effets sur la santé, le tabac a aussi des implications socio-économiques reconnues. Il affecte non seulement celui qui en use mais aussi sa famille, son entourage et la société tout entière.

Face à l'ampleur de cette situation, l'Organisation Mondiale de la Santé a élaboré et adopté en 2003 la Convention Cadre de l'OMS pour la lutte Antitabac (CCLAT) à sa 56^{ème} Assemblée mondiale de la Santé.

Dans la région africaine, la consommation de tabac augmente de 4,3% par an.

En effet, la rigueur des lois antitabac dans les pays développés et la faiblesse de la législation en matière de lutte antitabac dans les pays en développement, font que l'industrie du tabac délocalise leurs usines vers ces derniers.

La publicité mensongère et le sponsoring des activités culturelles et sportives poussent les populations des pays en voie de développement, déjà meurtries par la maladie et la pauvreté, à consommer de plus en plus les produits du tabac.

Au Congo, l'ampleur et la gravité liée à la problématique de la consommation du tabac ne sont pas connues avec précision.

Néanmoins, les résultats des enquêtes parcellaires disponibles, menées à travers le pays, ont montré que la consommation du tabac constitue un problème réel de santé publique, surtout en milieu jeune.

Afin d'apporter une réponse à ce problème, le Congo a ratifié la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac. C'est dans le cadre de la mise en œuvre de cette convention, que s'inscrit l'élaboration du présent plan stratégique national de lutte antitabac.

Ce plan est un cadre d'une action multisectorielle et pluridisciplinaire qui définit les orientations stratégiques pour une période de cinq ans.

SECTION I : GENERALITES

CHAPITRE I: APERCU SUR LE CONGO

1.1. Limites

Située en Afrique centrale, la République du Congo a une superficie de 342.000 km². Elle dispose d'une façade maritime de 170 Km de longueur. Elle est limitée au Nord par la République Centrafricaine et le Cameroun, à l'Est et au Sud par la République Démocratique du Congo et la République d'Angola (enclave du Cabinda) et à l'Ouest par la République Gabonaise.

1.2. Climat et végétation

1.2.1. Climat

La République du Congo est située dans la zone des climats chauds et humides. Elle reçoit des précipitations moyennes de l'ordre de 500 ml d'eau au sud et près de 2000 ml au nord. La température moyenne se situe autour de 25°C; les écarts thermiques sont faibles au nord (2°C) et s'amplifient au sud (6°C). Le nord du pays bénéficie d'un climat équatorial et il pleut toute l'année avec une accalmie de décembre à février, puis en juillet. Dans le sud-ouest le climat prend une tendance tropicale humide; la saison des pluies dure 8 à 9 mois (d'octobre à mai), interrompue par une petite saison sèche en janvier ou février. La grande saison sèche dure 3 à 4 mois (mai-septembre). Les régions du centre (Plateaux Batékés et Cuvette Congolaise) connaissent un climat intermédiaire : le climat subéquatorial. Ces climats sont nuancés suivant les départements par divers facteurs notamment les masses d'eau, les courants marins et le relief.

1.2.2. Végétation

- Le Congo est couvert par deux grandes zones de végétation constituées par :
- les zones forestières dont la superficie couvre environ 60% du territoire national, dont 10% sont constitués de forêts denses et humides qui ont une superficie estimée à 20 millions d'hectares ;
- les zones de savane représentent près de 40% de la superficie du Congo et totalisent environ 12 millions d'hectares.

Ces écosystèmes sont propices à l'éclosion de nombreuses pathologies tropicales.

1.3. Réseau hydrographique:

- Le réseau hydrographique du Congo est composé de deux principaux bassins fluviaux :
- Le bassin du Congo dont 7% seulement de la superficie totale, soit 230.000 Km², est situé sur le territoire congolais. Le principal collecteur est le fleuve Congo qui borde le pays sur plus de 600 Km. Ses principaux affluents de la rive droite sont : l'Oubangui, la Likouala aux herbes, la Sangha, la Likouala-Mossaka, la Ndeko, l'Alima, la N'Keni, la Léfini et le Djoué
- Le bassin du Kouilou-Niari qui s'étend sur une superficie de 56.000 km², le collecteur le plus important étant le fleuve Kouilou. Il porte le nom de Niari dans son cours moyen et celui de N'Douo dans son cours supérieur. Les différents affluents sont la Bouenza, la Loutété, la Loudima et la Louessé.
- Ces deux bassins constituent d'importants axes de circulation et une réserve riche en ressources halieutiques. Des crues occasionnent des inondations cycliques

particulièrement dans les départements de la Likouala, de la Cuvette et de la Sangha.

1.4. Démographie

En 2005, la population congolaise était estimée à 3 551 500 habitants¹, avec une densité moyenne d'environ 10,4 habitants au km². Cette population est majoritairement jeune (la proportion de jeunes de moins de 20 ans est de 55%), elle est concentrée dans les principales villes (58%), la population féminine représente 51,7% de la population totale. Le taux de croissance démographique annuel est de 2,6% (2005)².

Cette population est inégalement répartie entre les zones rurales (43%) et les zones urbaines (57%). Plus de 61% de la population sont concentrés dans les deux plus grandes villes du pays (Brazzaville, Pointe-Noire). Ce phénomène est imputable à la présence des principales structures socio-économiques nationales dans ces agglomérations.

L'espérance de vie à la naissance (51,9 ans)³. Le taux de fécondité est élevé ; l'indice synthétique est égal à 6,3. Le taux de natalité est estimé à 44,4 pour mille. Il induit une croissance démographique importante dont le taux est de l'ordre de 3,8%. Une telle évolution démographique pourrait se traduire par un doublement de la population congolaise tous les 25 ans.

1.5. Organisation administrative

La loi n° 3-2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation administrative territoriale structure le territoire national en départements, communes, arrondissements, districts, communautés urbaines, communautés rurales, quartiers et villages. Le territoire national est ainsi structuré en 12 départements (Brazzaville, Pointe – Noire, Kouilou, Niari, Bouenza, Lekoumou, Pool, Plateaux, Cuvette, Cuvette – Ouest, Sangha, Likouala), 6 communes, 19 arrondissements et 86 districts administratifs.

Le département est placé sous l'autorité du préfet. Les districts, les communes et les arrondissements sont respectivement administrés par des sous-préfets, des maires et des administrateurs maires délégués. Chaque département dispose d'un conseil départemental et chaque commune d'un conseil municipal. Ces différents conseils sont des organes de gestion et de développement des ressources de ces collectivités locales.

1.6. Aspects socio-économiques

1.6.1. Education et alphabétisation

1.6.1.1. Scolarisation primaire, milieu et département de résidence :

Dans l'ensemble, selon les données issues de l'ECOM 2005, les taux bruts et nets de scolarisation primaire se situent respectivement à 128,3% et 86,8%. Ce qui montre un niveau de scolarisation assez élevé. Ce taux est plus élevé en milieu rural (132,1%) qu'en milieu urbain (125,1%). La situation inverse est observée en ce qui concerne le taux net de scolarisation avec en milieu urbain 91,1% contre 81,7% en milieu rural. Quel que soit

¹ CNSEE (2006) *Enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté* (ECOM 2005).

² Rapport BE2005.

³ PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain*, 2005.

l'indicateur utilisé la scolarisation primaire des garçons est supérieure à celles des filles (133,1% contre 123,5% pour le taux brut et 87,2% contre 86,3% pour le taux net).

Par ailleurs, du point de vue du parcours scolaire, le Taux brut d'accès (TBA) qui constitue le premier point du profil de scolarisation, a connu une augmentation en 2004 par rapport en 2002 soit 69% contre 62% en 2002. La proportion d'élèves terminant le cycle primaire en 2005 est de 57,5% rapportée au taux brut d'admission qui est de 69%, implique une rétention de 84%.

La capacité d'accueil à l'école primaire est en nette progression depuis 2002 soit 89% en 2005 contre 83% en 2002 ceci trouve son explication par la reprise de l'école sur toute l'étendue du territoire national après les conflits armés.

1.6.1.2. Scolarisation secondaire :

Au secondaire, les taux bruts et nets de scolarisation se situent respectivement à 65,3% et 44,4%. Le milieu urbain enregistre les taux les plus élevés (84,9% contre 35,6% pour le taux brut et 57,7% et 24,1% pour le taux net). La différence entre garçons et filles n'est pas significative 65,5 pour les garçons et 65,1% pour les filles en ce qui concerne le taux brut de scolarisation, le taux net de scolarisation entre garçons et filles est de 44, 1% pour les garçons et 44,7% pour les filles.

1.6.1.3. Alphabétisation

Il ressort de l'ECOM que dans l'ensemble 80,4% de personnes de la tranche d'âge de 15 ans et plus savent lire et écrire dans une langue quelconque. Ce taux d'alphabétisation particulièrement élevé masque certaines disparités selon le milieu ou la zone de résidence. Le taux d'alphabétisation est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural : 89,9% en milieu urbain contre 65,4% en milieu rural. D'après l'ECOM, la différence entre la ville et la campagne résulterait de:

- l'existence d'une infrastructure scolaire plus dense et sans doute plus accessible en milieu urbain;
- l'implantation des programmes d'alphabétisation des adultes en milieu urbain exclusivement. Les villes de Brazzaville et de Pointe-Noire ont chacune un niveau d'alphabétisation supérieur à 90% soit 91,1% pour Brazzaville et 90,4% pour Pointe-Noire.

1.6.2. Cadre macro-économique

Le Congo est un pays en développement, inclus dans l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (IPTE) ². Le point d'achèvement de l'initiative PTE a été atteint en janvier 2010, avec l'approbation de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international.

L'économie congolaise repose principalement sur l'exploitation des hydrocarbures le long de la côte Atlantique ; cette activité représente environ 90 % des exportations du pays [8]. La production est de l'ordre de 240 000 barils par jour, dont la plus grande partie est assurée par les sociétés Total (champs de Nkossa, Libondo, et surtout Moho Bilondo, entré en production en avril 2008), ENI et Maurel & Prom, en partenariat avec la Société nationale des pétroles du Congo. L'exploration et la production pétrolières, concentrées dans la périphérie de Pointe-Noire, en font la capitale économique de la République du Congo.

Le bois représente une part importante des exportations du Congo, dont la surface est couverte de forêts à près de 60 %, pour un total de vingt-et-un millions d'hectares. On peut distinguer

deux grandes zones d'exploitation forestière, l'une dans le Sud du pays (massifs du Mayombe et du Chaillu), où l'on trouve notamment de l'okoumé et du limba, et l'autre tout à fait au Nord (sapelli, sipo), notamment autour de la ville de Pokola, centre des activités de la Congolaise industrielle des bois.

La plus grande partie de la production agricole (manioc, fruits et légumes) est consommée localement ; néanmoins, la Société agricole et de raffinage industriel du sucre (SARIS), implantée à Nkayi, dans la Bouenza, commercialise ses produits dans d'autres pays d'Afrique centrale. L'activité industrielle, peu développée, repose sur la production de biens principalement destinés à la consommation locale : cigarettes, ciment, textile, savon, boissons alcoolisées...

Le gouvernement a signé le 6 décembre 2004 un accord avec le Fonds monétaire international au titre de la Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance (FRPC)⁴ pour la période d'octobre 2004 à septembre 2007. La FRPC a deux principaux objectifs, à savoir :

- assurer la stabilité du cadre macro-économique afin de stimuler une croissance économique durable génératrice d'emplois et de revenus ;
- réduire la pauvreté visant essentiellement à promouvoir la croissance économique et à améliorer les conditions de vie des populations:
 - a bonne gouvernance et la transparence dans les principaux secteurs économiques ;
 - la construction des infrastructures économiques de base ;
 - le développement de l'agriculture ;
 - le financement prioritaire des projets sociaux dans l'éducation et la santé.

⁴ Pour un montant total équivalent à 54,99 millions de DTS (soit 65% de la quote-part du Congo) et environ 44,3 milliards de francs CFA.

CHAPITRE II: SITUATION SANITAIRE NATIONALE

2.1. Etat de santé de la population

2.1.1. Ampleur de la mortalité

Les indicateurs démographiques et de santé du Congo⁵, mettent en évidence l'état préoccupant de la santé de la population. Il en est ainsi de l'espérance de vie, des taux de mortalité infantile, de mortalité infanto-juvénile, de mortalité maternelle et de la prévalence des malnutritions, notamment celles des enfants.

L'espérance de vie à la naissance était estimée à 51,9 ans⁶ en 2005 ; la mortalité générale à 14 décès pour 1000, la mortalité infantile à 75 décès pour 1000, la mortalité infanto-juvénile à 117 pour 1000 et le ratio de mortalité maternelle à 781 décès pour 100 000 naissances vivantes. L'enquête démographique et de santé réalisée en 2005, révèle que 26 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique et 14 % d'entre eux ont une insuffisance pondérale⁷, et la prévalence moyenne des petits poids de naissance est égale à 13,3 %.

2.1.2. Facteurs associés à la mortalité infanto-juvénile

Les niveaux de mortalité infantile et de mortalité maternelle dépendent d'un grand nombre de facteurs dont l'influence indépendante est difficile à déterminer. Il en existe cependant qui jouent un rôle critique qu'il convient d'établir pour guider les politiques de santé dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté.

Les facteurs réputés importants et influents sont les facteurs démographiques, culturels, socioéconomiques et individuels ainsi que les caractéristiques des ménages et des communautés. Les caractéristiques des communautés à prendre en compte sont: l'accès à une source d'eau potable, l'existence de latrines, la proximité d'une structure sanitaire (moins de quatre kilomètres). Les caractéristiques des ménages sont principalement leur revenu, leur taille et leurs pratiques religieuses. Le niveau d'instruction est la caractéristique principale à prendre en compte pour la mère et celles de l'enfant.

Au Congo, l'analyse des déterminants de la mortalité des enfants, confirme l'impact des conditions socioéconomiques. C'est ce que confirment les données de l'enquête démographique et de santé 2005 qui établissent une corrélation entre la mortalité des enfants et les caractéristiques socioéconomiques. Il apparaît également que le milieu de résidence a une influence sur la mortalité. Les taux de mortalité sont plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural, le premier étant mieux doté en structures sociales de base (eau potable, latrines, structures sanitaires). Plus le ménage dispose de revenu, plus le taux de mortalité est faible. Les facteurs individuels (ordre de naissance et intervalle inter génésique) exercent une influence sur la mortalité des enfants.

2.2. Situation épidémiologique

Le profil épidémiologique est marqué par la prédominance des maladies infectieuses, la recrudescence des maladies transmissibles (tuberculose, trypanosomiase, schistosomiase) et la progression inquiétante du VIH/SIDA.

⁵ PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2005 et CNSEE : Enquête démographique et de santé 2005

⁶ PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2005

⁷ PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2005

2.2.1. *Maladies transmissibles*

2.2.1.1. *Tuberculose*

En 2005, 9 959 cas ont été détectés soit un taux d'incidence annuelle de 350 cas pour 100 000 habitants dont 40,6% de Tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive (TPM+). La couche de la population la plus atteinte est celle âgée de 15 à 44 ans, avec 75 % de tous les malades. Cette incidence élevée serait attribuée à des multiples facteurs, notamment :

- la co-infection avec le VIH observée, le taux de séroprévalence du VIH chez les TPM+ est de 17 %⁸ ;
- la faible capacité de détection des cas en raison de l'éloignement du Centre de diagnostic et de traitement (CDT) ;
- la forte proportion des abandons évaluée à 27% en 2004¹⁴ ;
- la précarité des conditions de vie de la population dont 50 % vivent en dessous du seuil de pauvreté ;
- la faible intégration du programme dans le PMA des formations sanitaires ambulatoires.

2.2.1.2. *Infection à VIH et le Sida*

Selon les résultats de l'enquête réalisée en 2009⁹, le taux de prévalence du VIH dans la population générale des femmes et des hommes de 15-49 ans estimée à 3,2%.

Ce taux est environ deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes : 4,1% des femmes sont séropositives contre 2,1% des hommes.

Globalement, la prévalence est plus élevée en milieu urbain que rural. Cela est particulièrement vrai pour les femmes puis que le taux de séropositivité en urbain atteint 4,6% contre 3,3% en rural. Par contre, on constate le contraire chez les hommes, la prévalence étant légèrement plus élevée en milieu rural qu'urbain (2,3% contre 1,9%).

Chez les femmes c'est dans les départements de la Lékoumou (7,3%), du Niari (6,3%) et de Pointe-Noire (6,2%) que la prévalence du VIH est la plus élevée. A l'opposé, les départements du Pool (1,6%), de la Cuvette Ouest (1,5%) et de la Likouala (1,6%) se caractérisent par les prévalences les plus faibles.

Chez les hommes, c'est dans le département de la Sangha que l'on observe le taux de prévalence le plus élevé (4,2%).

- La prévalence du VIH varie selon le niveau d'instruction:
- La prévalence est nettement plus élevée chez les femmes chez les femmes ayant fréquenté l'école que chez les autres: de 3,6% chez les femmes qui n'ont jamais fréquenté l'école et 3,5% chez celles ayant un niveau primaire. La prévalence passe à 4,2% chez les femmes de niveau secondaire premier cycle et à 5,3% chez celles de niveau secondaire second cycle ou supérieur ;
- Chez les hommes, les écarts sont moins importants mais la prévalence est néanmoins deux fois plus élevée parmi les plus instruits que parmi ceux qui n'ont aucune instruction.

⁸ Rapport PNL/DLM, 2005.

¹⁴ Rapport du PNL, 2004.

⁹ Rapport de l'enquête ESISC-I 2009.

2.2.1.3. Infections sexuellement transmissibles (IST)

En 2003, près de 17 734 cas d'infections sexuellement transmissibles ont été notifiés par les formations sanitaires. La séroprévalence de la syphilis a été estimée à 5%. Le caractère de maladies honteuses attribué aux IST conduit souvent à une automédication, ce qui laisse penser que les données notifiées sont en dessous de la réalité.

2.2.1.4. Infections respiratoires aiguës (IRA)

En 2002, les IRA représentaient 29,8% des causes de décès des enfants de moins de 5 ans enregistrés dans les hôpitaux. En 2005, les données de la carte sanitaire indiquent que les IRA venaient au second rang des motifs de consultation chez les enfants de moins de 5 ans avec 7,1% des cas.

2.2.2. Maladies non transmissibles

2.2.2.1. Hypertension artérielle

En 2006, 4586 cas d'hypertension artérielle (HTA) ont été enregistrés. L'hypertension artérielle reste la première maladie cardiovasculaire observée chez l'adulte. Une enquête¹⁰ sur l'hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardiovasculaires réalisée à Brazzaville en 2004 auprès de 2095 sujets révèle une prévalence globale égale à 32,5%. Cette prévalence est plus élevée chez les sujets âgés de 54-65 ans (68,2%); et une précocité du phénomène a été observée dans le groupe de 25-34 ans (19%). Enfin l'HTA est présente dans toutes les classes sociales, aussi bien dans les zones urbaines que rurales.

2.2.2.2. Diabète sucré

En 2004, 491 cas ont été enregistrés dont 6 décès dans les registres des services hospitaliers. On estime que le diabète sucré toucherait environ 20 000 personnes, soit une prévalence de 6%.

2.2.2.3. Cancers

En moyenne 80 à 90 nouveaux cas sont notifiés par année dans le registre des cancers du service de cancérologie du CHU de Brazzaville. Le cancer du col de l'utérus arrive au premier rang, suivi respectivement, par celui du sein (17%) et le cancer primitif du foie. La plupart des malades arrivent à un stade très avancé de la maladie et très peu d'entre eux ont accès à un traitement.

2.2.2.4. Drépanocytose

Une étude, effectuée en 1986 sur le sang du cordon ombilical de nouveau-nés, a montré que 22,25% des sujets étaient hétérozygotes et 1,25% homozygotes.¹¹ La drépanocytose est l'une des principales causes des hospitalisations enregistrées dans les services de pédiatrie.

2.2.3. Santé de la reproduction

En dépit du taux de couverture en CPN évalué 88%¹² et des femmes assistées par un personnel qualifié pendant l'accouchement 86%¹³ le taux de mortalité maternelle reste élevé,

¹⁰ G. Kimbally Kaky, *Enquête sur l'HTA et les autres facteurs de risque à Brazzaville*, juin 2004.

¹¹ Rapport annuel DLM/DGS 2002.

¹² EDSC 1 2005 Congo/CNSEE.

¹³ EDSC 1 2005 Congo/CNSEE.

estimé à 781 pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux de mortalité maternelle figure parmi les plus élevés des pays africains à développement humain moyen. Il est attribué principalement aux avortements provoqués (41%), aux complications infectieuses des césariennes (31,6%), aux hémorragies (10%) et à l'éclampsie (8,5%). En sus de la faible qualité des soins et services fournis aux femmes pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, divers autres facteurs sont incriminés.

2.2.4. Santé des adolescents et des jeunes

Les adolescents représentent près d'un tiers de la population avec une forte concentration en milieu urbain (56,6%). On note une précocité des rapports sexuels souvent non protégés (âge moyen 14 ans). Ceci corrobore avec la forte prévalence des grossesses chez les adolescentes (8,5%).

Pour promouvoir la santé des jeunes dont plus 80% fréquentent l'école, les pouvoirs publics avaient développé les services de santé préscolaire, scolaire et universitaire. Cependant, le déficit des connaissances en santé de la reproduction, l'absence des services adaptés et la faible utilisation des services en la matière exposent de plus en plus les adolescents à des comportements néfastes pour leur santé génésique : tabagisme, violence, consommation abusive d'alcool, des drogues et autres substances hallucinogènes. Une étude des Connaissances aptitudes et pratiques (CAP) réalisée en 2003, par la Direction générale de la population révèle que 67,7% des jeunes et adolescents n'ont pas de connaissance sur les services de santé reproductive, 75% ne fréquentent pas lesdits services, et 30,26% des adolescents ont recours à l'automédication pour traiter les IST.

2.2.5. Santé bucco-dentaire

L'enquête réalisée par la Direction de la santé de la famille en 2002 en milieu scolaire avait révélé que 30% d'élèves interrogés et examinés ont reconnu avoir souffert de la carie dentaire. Malheureusement cette étude n'avait pas permis d'apprécier la prévalence des autres affections bucco-dentaires telles que la stomatite gangreneuse, le noma, le cancer de la bouche, les manifestations bucco-dentaires de l'infection à VIH, les traumatismes et les kystes des maxillaires.

2.2.6. Maladies par carences nutritionnelles

2.2.6.1. Malnutritions sévères et aiguës

L'évaluation de l'état nutritionnel, réalisée en 1999¹⁴, a révélé que la prévalence moyenne des petits poids de naissance est égale à 13,3 %, elle varie de 13,6 % en milieu rural à 9,4 % en milieu urbain), la malnutrition chronique est observée auprès de 26% des enfants de moins de cinq ans. En outre la malnutrition sévère touche 1 adolescent sur 5.

2.2.6.2. Carences en micro nutriments

Les troubles liés aux carences en micro nutriments ont été observés ces dernières années. L'évaluation de l'état nutritionnel de 1998 a révélé l'ampleur des troubles dus à la carence en iode (TDCI) dont la prévalence moyenne est égale à 10,2%. Les départements les plus touchés sont la Likouala (19,1%), la Cuvette (15,8%) et la Sangha (13,3%).

Par ailleurs, les taches de Bitot sont observées en milieu urbain chez 6,2 % des enfants et 9,7 % des femmes. En milieu rural, ces prévalences s'élèvent respectivement à 12,6% et à 10,1%. Ces observations indiquent que la carence en vitamine A est un réel problème de santé

¹⁴ MSP, URNAH, Médecins d'Afrique, *Situation nutritionnelle au Congo Brazzaville, Rapport d'enquête*, 2000.

publique au Congo, notamment dans certaines zones écologiques (Cuvette-Ouest, Plateaux, Pool, Lekoumou et Niari).

2.2.7. Santé mentale

Les pathologies mentales les plus courantes dans la Région africaine de l'OMS¹⁵ comprennent des troubles mentaux courants : la dépression, la schizophrénie, l'épilepsie, les problèmes de santé mentale des enfants, les troubles mentaux d'origine organique, les troubles dus aux stress post traumatiques, l'usage et l'abus des substances psycho-actives. En l'absence de données fiables, l'ampleur de ces pathologies est encore mal connue.

Toutefois, des facteurs aggravant la mauvaise santé mentale sont bien présents. Il s'agit des stress post traumatiques qui ont suivi les conflits sociopolitiques récurrents que le Congo a connus, l'augmentation du chômage, l'accroissement de la pauvreté au sein de la population, le manque de structures sociales pour assister les plus vulnérables, l'augmentation de la consommation des substances psycho-actives, l'augmentation des actes de violence en particulier les viols de femmes et d'enfants, les ravages du VIH et du SIDA.

Afin de mieux faire face aux problèmes de santé mentale, le Congo dispose depuis 2002 d'une stratégie nationale de santé mentale dont la mise en œuvre gagnerait à être renforcée.

2.2.8. Pathologies liées à la consommation du tabac

La consommation du tabac est un facteur de risque pour plusieurs pathologies dont les plus fréquentes sont les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires. Il affecte également la santé sexuelle et reproductive.

Le tabagisme passif est aussi la cause de nombreux cancers. La fumée et les produits cancérigènes provenant de la combustion du tabac se déposent dans une grande partie des organes par l'intermédiaire de l'inspiration ou de la salive. Les voies digestives, la vessie, les poumons, la langue, la gorge sont particulièrement touchés.

2.3. Organisation et fonctionnement du système de santé du Congo

2.3.1. Politique nationale de santé

Au Congo la protection et la promotion de la santé constituent un droit fondamental de la personne humaine. La santé, composante indissociable et instrument du développement socioéconomique, représente un secteur d'investissement et doit de ce fait obéir aux règles d'utilisation rationnelles des ressources afin que le meilleur état de santé de la population soit le garant de la prospérité, du développement économique et social du pays.

2.3.2. Organisation et fonctionnement du système de santé

Le secteur de la santé du Congo comprend deux composantes essentielles: le secteur public constitué des structures de gestion, de soins et d'appui sous tutelles soit du ministère en charge de la santé, soit des autres départements ministériels et le secteur privé composé des structures privées à but non lucratif (ONG, Associations, Confessions religieuses) et celles à but lucratif. Ce système s'articule autour de trois niveaux opérationnels hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau comprend une structure d'administration et de gestion.

2.3.2.1. Administration et gestion

¹⁵ OMS, *Stratégie régionale de la santé mentale*, 49^{ème} réunion du Comité régional pour l'Afrique, Windhoek, septembre, 1999.

Le système de santé est administré par le Ministère en charge de la Santé, lequel est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique, conformément aux textes en vigueur¹⁶.

2.3.2.1.1. Niveau central

Le niveau central a un rôle stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources. Il comprend le Cabinet du ministre en charge de la santé, les directions rattachées (DEP, DIRCOOP), l'Inspection Générale de la Santé, la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de la Population et les Directions des Organismes sous tutelle (CHU, LNSP, CNTS). Les directions et l'inspection générales sont composées de directions ou inspections divisionnaires.

2.3.2.1.2 Niveau intermédiaire

Il comprend les directions départementales de la santé composées chacune des services suivants: actions sanitaires, études, planification et formation, administration, finances, personnel et matériel. Quoiqu'existant dans les départements, les Secteurs opérationnels des grandes endémies (SOGÉ) et les services d'hygiène générale, ne figurent pas dans l'organigramme des directions départementales de la santé tel que défini par l'arrêté n°223 du 5 février 1997.

2.3.2.1.3. Niveau périphérique et opérationnel

Il est représenté par les Circonscriptions socio sanitaires (CSS) Une CSS est composée d'un réseau de formations sanitaires ambulatoires, tant publiques que privées (centre de santé, CSI, cabinets médicaux, centres médico-sociaux) soutenues par un hôpital de référence. La CSS est administrée par une Equipe cadre chargée de planifier, de mettre en œuvre les activités et de gérer ses ressources.

2.3.2.2. Organisation opérationnelle

Le système de dispensation de soins est constitué de trois types de structures opérationnelles¹⁷. Ce sont les formations sanitaires ambulatoires, les formations sanitaires d'hospitalisation et les formations sanitaires spécialisées. Deux secteurs assurent l'offre des soins: le secteur public et le secteur privé.

2.4 Principaux partenaires et domaines d'interventions dans le secteur de la Santé

Les agences du système des Nations unies, l'Union européenne et la Banque mondiale sont les principaux partenaires multilatéraux. La France, la Chine, l'Italie et les Etats-Unis représentent les principales coopérations bilatérales. Quelques ONG internationales et locales interviennent aussi dans le secteur de la santé, notamment comme agences d'exécution au niveau opérationnel. Les plus importantes sont: Médecins sans frontière (MSF), sections France et Hollande, Nueva frontera, Croix rouge, Association Congolaise pour le Bien-être Familial (ACBEF) et Médecins d'Afrique.

¹⁶ Decret n° 98 – 256 du 16 Juillet 1998. portant organisation de la direction générale de la santé.
Decret n°2003 - 167. du 8 Août 2003. portant organisation du Ministère de la santé et de la population.

¹⁷ Decret n° 96 / 525 du 31 décembre 1996, portant définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires publiques en République du Congo.

Le Congo est membre de la Communauté économique des Etats de l'Afrique centrale (CEEAC), de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) et de l'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC), organisme spécialisé de la CEMAC en matière de santé. Ces institutions communautaires assurent la mise en œuvre de la composante Santé du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) et des politiques et stratégies régionales de lutte contre les endémies et épidémies, notamment le paludisme, la tuberculose, et l'infection par le VIH. L'OCEAC participe à la formation des gestionnaires des systèmes et des programmes de santé de l'Afrique centrale et à la recherche opérationnelle en santé.

De nombreuses ONG nationales ont signé des accords de partenariat avec le ministère en charge de la santé. Elles interviennent principalement dans les domaines de l'information, l'éducation et la communication pour la santé, la promotion de la santé, la lutte contre le VIH/SIDA, le développement communautaire, l'organisation des soins et la prestation de services divers. Certaines d'entre-elles travaillent en partenariat avec les agences du système des nations unies et des organismes de coopération bi et multilatérale (ACBEF, médecins d'Afrique, urgence d'Afrique, etc.).

SECTION II: ANALYSE DE LA SITUATION

2.1 Historique

Le tabac est une plante herbacée de la famille de solanacées, consommées à l'origine exclusivement sur le continent américain. C'est une plante haute, à large feuille contenant un puissant alcaloïde appelé **nicotine**. Sa fumée est composée de 4 000 substances chimiques toxiques dont 40 sont cancérogènes, il s'agit notamment :

- Des gaz toxiques (monoxyde de carbone, oxyde d'azote, acide cyanhydrique, ammoniac...);
- Des métaux lourds (cadmium, mercure, plomb, chrome...);
- Du goudron
- Des poisons (arsenic, DDT, naphtalène,...) etc.

Au Congo, la culture du tabac a été développée vers les années 1936 dans les départements du Pool et des Plateaux. Au cours de cette même période, la Société Industrielle du Tabac Africain (SITA) installée à Kindamba s'occupait de la commercialisation du tabac produit au Congo.

En 1946, la société SITA était devenue l'Office Congolais du Tabac de Kindamba (OCT).

Actuellement la transformation du tabac est assurée par la Société Industrielle et Agricole du Tabac Tropical (SIAT), créée en 1948 pour fabriquer et distribuer les cigarettes sur l'ensemble du territoire Congolais.

En 2001, SIAT a intégré le groupe Impérial Tobacco (ITG).

En dehors de SIAT, il y'a également l'importation du tabac et de ses produits des autres pays comme le Cameroun, le Gabon,...

2.2. Epidémiologie du tabagisme

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le nombre de fumeurs de tabac dans le monde est actuellement estimé à 1,1 milliards d'individus et devrait atteindre 1,64 milliards d'ici 2025. Aucune autre drogue ne s'est appuyée sur un système industriel et commercial aussi puissant que le tabac.

En 2002 le tabac aurait tué 4,9% de personnes dans le monde, dont 50% dans les pays en développement. En l'absence de mesures vigoureuses, le nombre de décès dus au tabac atteindra 10 millions en 2020 dont 70% dans les pays en développement.

L'OMS estime que le tabagisme des hommes baisse progressivement dans la plupart des pays, tandis que le tabagisme féminin connaît un accroissement.

Au Congo comme dans la plus part des pays africains la situation reste la même. Selon le rapport global du contrôle du tabac (GTCR) 2008, la prévalence du tabagisme est de 6,6%.

En milieu scolaire, une enquête sur la surveillance du tabagisme (GYTS et GSPS) a été réalisée en 2009 chez les jeunes de 13 à 15 ans et le personnel enseignant.

Elle a montré que:

- 16,3% des élèves ont commencé à fumer avant l'âge de 10 ans;
- 15,4% des jeunes ont déjà consommé le tabac (garçons:22,7% et Filles: 23,3%);
- 8,2 % des élèves fument la cigarette;
- 25,1% du personnel consomment le tabac;
- 24,1% du consomment tous les produits du tabac.

Aussi, l'âge d'initiation au tabagisme est précoce dans la plupart des pays. Dans les pays industrialisés des enquêtes ont montré que l'initiation au tabac commence dès l'âge de 11 ans pour devenir important de 11 à 15 ans. Ainsi on a pu noter qu'en moyenne 12% des adolescents ont leur première expérience tabagique à 11 ans. A partir de 15 ans la consommation devient quotidienne pour 14% d'adolescents.

Une étude réalisée en 2009, relative à l'application des articles 8 (protection contre l'exposition à la fumée du tabac) et 12 (Education, communication, formation et sensibilisation du public) de la CCLAT menée par l'Association Congolaise pour la Santé Publique et Communautaire (ACSPC) auprès du grand public, personnel de santé et des malades hospitalisés dans le service de pneumologie révèle que:

- 90% des personnes connaissent les méfaits du tabac;
- 75% savent que la fumée des autres est dangereuse pour la santé ;
- 80% des personnes savent que le tabac contient du poison ;
- 63% des patients ont déclaré qu'ils ont déjà souffert d'une maladie respiratoire dont la pneumopathie (43%), la bronchite (14%) asthme (11%) ;
- 52% des patients ont affirmé que leur pathologie respiratoire actuelle est liée à la consommation du tabac.

-

2.3. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

2.3.1. Les Forces

En réponse au développement du phénomène tabagique, le Congo à travers le Ministère de la Santé et de la population a adopté un certain nombre de mesure :

➤ Sur le plan institutionnel

L'intégration de la lutte antitabac dans le cadre général de la lutte contre la maladie en 1998, conformément à l'initiative pour le monde sans tabac. Ce cadre a été renforcé par la nomination d'un Point focal antitabac en 2005 et la création d'un service des maladies non transmissibles ayant en charge la lutte antitabac.

➤ Sur le plan juridique

En 2003, la convention cadre pour l'OMS pour la lutte antitabac a été adoptée à l'unanimité par 192 pays membres. Cette Convention-cadre est entrée en vigueur le 27 février 2005. On compte à ce jour 168 pays qui ont ratifié la CCLAT dont le Congo.

L'objectif de la convention et de ses protocoles est de protéger les générations présentes et futures contre les méfaits sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques de la consommation du tabac et de l'exposition à la fumée du tabac. Elle offre un cadre pour la mise en œuvre des mesures de lutte antitabac par les parties aux niveaux national, régional et international, en vue de réduire la prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée du tabac.

Le Congo n'est pas resté en marge des recommandations prises au niveau international. Aussi, plusieurs actions ont été amorcées. Il s'agit notamment de :

- La signature en mars 2004 de la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac;
- La prise de décision n°0005/MEFB-CAB du 24 Août 2005 fixant les valeurs imposables minimales à l'importation des cigarettes au Congo;
- La prise de la circulaire n°00392/MSP/CAB du 24 octobre 2006 à l'attention des fabricants, importateurs et revendeurs des produits du tabac pour énoncer les dispositions réglementant la publicité, la communication et la promotion des produits du tabac au Congo;
- La ratification en février 2007 de la convention cadre antitabac de l'OMS;
- Le vote de la loi contre le tabagisme le 10 avril 2009 en voie de promulgation.

-
Il convient de signaler que depuis 1997, il existe encore la loi n°12-97 du 12 mai 1997 portant institution de la TVA sur tous les articles dont les produits du tabac.

➤ **Sur le plan opérationnel**

L'augmentation de la production mondiale de cigarettes et d'autres produits du tabac, la forte augmentation de la consommation de cigarettes et des autres produits du tabac chez les enfants et les adolescents, la propagation de l'épidémie de tabagisme étant devenue un problème mondial aux conséquences sérieuses pour la santé publique a conduit l'OMS à mettre en place l'Initiative pour un monde sans tabac en 1998.

L'Initiative pour un monde sans tabac, est renforcée par les ONG œuvrant dans la lutte antitabac.

Cependant, le Comité interministériel et le Programme de lutte antitabac ne sont pas encore mis en place.

Plusieurs actions promotionnelles en faveur de la lutte antitabac ont été menées par le Ministère de la Santé et de la population, à l'endroit de la population et des décideurs, en partenariat avec les ONG, avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires. Il s'agit notamment de :

- Enquêtes:(GYTS, GSPS, Evaluation de l'application des articles 8 et 12 de la CCLAT);
- Intégration de méfaits du tabac et des autres drogues dans les curricula des cycles primaire et secondaire;
- Campagnes de masses et/ou médiatiques;
- Célébration des journées mondiales de lutte antitabac.
- Production des supports de communication;
- Plaidoyer, pour l'adhésion et l'engagement à la lutte antitabac, des élus locaux, des décideurs, des leaders communautaires et religieux;
- Renforcement des capacités des acteurs de lutte antitabac;
- Participation aux conférences et réunions internationales;
- Plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières.

-
L'insuffisance des ressources financières/matérielles/humaines mises à la disposition de la lutte antitabac n'a pas permis d'atteindre les objectifs assignés.

2.3.2. Les Faiblesses

- Mise en place du comité interministériel de lutte anti tabac
- Mise en place des réseaux des ONG dans la lutte antitabac
- L'absence d'un programme de lutte anti tabac
- La non vulgarisation de la CCLAT
- L'intégration non effective de la lutte anti tabac au niveau opérationnel
- L'insuffisance des financements dans lutte anti tabac au niveau des ONG ...
- L'absence des lois et des politiques ne permettent pas de protéger la population en général et particulièrement les enfants et les adolescents contre le tabagisme actif ou passif. En effet, les pouvoirs publics n'ont pas suffisamment pris d'initiatives particulières pour assurer le respect des dispositions concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports publics.

- La non limitation d'âge pour l'achat, l'usage et la vente du tabac par les mineurs.
-

2.3.1. Les Opportunités

- L'appui de l'OMS ;
- La ratification de la CCLAT ;
- L'existence des ONG engagées ;
- L'existence de la loi anti tabac ;
- L'existence des réseaux Africains de lutte anti tabac ;
- Participation aux rencontres internationales.

2.3.1. Les Menaces

- Perméabilité des frontières ;
- Instabilité socio politique ;
- Insuffisances de financement
- La perméabilité des frontières favorisant le commerce illicite et la contrebande

SECTION III:JUSTIFICATION

L'analyse de la situation nous a révélé qu'au Congo comme partout dans le monde, le tabagisme constitue un véritable problème de santé publique. Les adolescents et les jeunes en demeurent malheureusement les premières victimes de ce fléau pour les raisons suivantes:

- La grande majorité des fumeurs commencent à fumer avant l'âge de 10 ans;
- Les enfants et les jeunes sont les principales cibles des campagnes de recrutement de fumeurs de l'industrie de tabac à travers la publicité, le sponsoring et à cause de l'accès facile ainsi que le faible prix du tabac; L'existence de la culture artisanale du tabac dans les champs avec des cultures vivrières et derrière les habitations;
- La non vulgarisation de la CCLAT auprès de la population;
- L'existence d'une industrie de transformation et de commercialisation du tabac, rendant ainsi accessible le coût du tabac;
- L'inexistence de mise en garde sanitaire sur les dangers du tabac avec pictogramme/image sur les 2/3 d'un côté de l'emballage du tabac;
- L'absence d'un plan de promotion de la santé dans le cadre de la lutte antitabac;
- L'insuffisance des campagnes de sensibilisation à l'intérieur du pays;
- L'absence d'un réseau des ONG de lutte antitabac;
- L'absence d'une structure spécialisée pour le sevrage tabagique;
- La non prise en compte des médicaments de sevrage tabagique dans la liste des médicaments essentiels.

Face à cette situation, et en vue de renforcer les initiatives nationales, le Ministère de la Santé et de la Population a élaboré une stratégie nationale de lutte antitabac avec l'appui de l'OMS et de la société civile.

SECTION IV: PLAN STRATEGIQUE NATIONAL

4.1. But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en République du Congo.

4.2. Objectif Général

Réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation du tabac en République du Congo d'ici à 2015.

4.3. Cibles prioritaires

- Groupes les plus vulnérables à la consommation du tabac sont entre autre:
 - Les jeunes et adolescents;
 - Les femmes;
 - Les détenus;
 - Le corps habillé.
- Groupes exposés aux pathologies liés au tabagisme
 - Les fumeurs actifs;
 - Les personnes vivant avec les fumeurs.

4.4. Axes stratégiques

- Axe 1: Renforcement du cadre institutionnel
- Axe 2: Renforcement du cadre juridique
- Axe 3 : Renforcement de la promotion de la santé pour la lutte antitabac;
- Axe 4 : Renforcement de la prise en charge des personnes affectées par le tabagisme;
- Axe 5 : Mise en place d'un système de suivi-évaluation, de surveillance épidémiologique et de recherche action;
- Axe 6: Renforcement de la coordination et du partenariat.
- Axe 7 : Renforcement de la prévention

4.5. Axes stratégiques : Objectifs stratégiques, domaines de services et d'intervention

4.5.1: Axe 1: Renforcement du cadre institutionnel ;

4.5.1.1: Objectif stratégique : Mettre en place un cadre institutionnel pour la lutte antitabac;

Domaine de service: Mise en place d'un programme national de lutte antitabac.

Selon les enquêtes réalisées la consommation du tabac est en progression chez les jeunes et les adultes. Actuellement les activités de lutte antitabac sont du domaine du service des maladies non transmissibles à la Direction de l'épidémiologie et de la Lutte contre la maladie du Ministère de la Santé et de la Population. Cependant, les activités sont menées de façon sporadique. Dans ce contexte la mise en place d'un programme national de lutte antitabac permettra non seulement l'intégration des actions de lutte antitabac dans le paquet de services essentiels, mais aussi une meilleure coordination de la mise en œuvre des activités.

Les interventions suivantes relatives à la mise en place du programme national de lutte antitabac seront réalisées:

- Création d'un programme national de lutte antitabac;
- Mise en place un comité interministériel et pluridisciplinaire de lutte antitabac au niveau national, départemental et des districts;
- Appui à la création d'un réseau de lutte antitabac avec tous les acteurs impliqués dans la lutte.

4.5.2. Axe 2: Renforcement du cadre juridique

4.5.2.1. Objectif stratégique : renforcer le cadre législatif et réglementaire de la lutte antitabac.

a- Domaine de service 2.1: Elaboration des textes législatifs et règlementaires

La précocité du tabagisme, la méconnaissance des dangers du tabac, la facilité d'accès aux produits du tabac, la publicité, l'usage et la vente du tabac aux mineurs, le fait que le tabac soit une drogue licite, la banalisation de l'acte de fumer le développement du phénomène du tabac snifé, favorisent la consommation du tabac particulièrement chez les enfants et les jeunes.

La réduction de ces facteurs relève du rôle de l'Etat à travers l'adoption d'une législation qui prend en compte les diverses dimensions de la lutte antitabac.

- Les interventions suivantes ci dessous citées seront réalisées dans le cadre de l'élaboration des textes législatifs et règlementaires relatifs à la lutte antitabac :
- Plaidoyer auprès des décideurs politiques, les élus locaux, les leaders d'opinion;
- Elaboration les Avant-projets des lois des nouveaux textes complémentaires;
- Révision des textes législatifs et règlementaires;
- Adoption des Avant-projets des lois.
-

b- Domaine de service 2.2: Vulgarisation des textes législatifs

Outre les insuffisances notées au niveau de la législation et de la réglementation de la lutte antitabac, les quelques textes existants ne sont pas diffusés auprès de la population en général, des leaders communautaires, des responsables administratifs, de la police, le personnel de santé, les agents des eaux et forêts, les vendeurs, les consommateurs et les cultivateurs du tabac...ce qui ne permet pas d'amener une lutte antitabac efficace.

Les interventions suivantes relatives à la vulgarisation des textes législatifs et règlementaires pour la lutte antitabac seront réalisées:

- Renforcement des capacités des acteurs de lutte dans la vulgarisation et l'application des textes législatifs et règlementaires pour la lutte antitabac;
- Organisation des campagnes de vulgarisation des lois; l'application des textes législatifs et règlementaires.

4.5.3:Axe 3 : Renforcement de la promotion de la santé pour la lutte antitabac;

4.5.3.1. Objectif stratégique 3.1: Réduire de 50% la consommation du tabac chez les jeunes et adultes d'ici 2014 en République du Congo;

a- Domaine de service: Renforcement de la prévention en milieu scolaire et universitaire.

Le Congo est un pays fortement scolarisés avec un taux de scolarisation qui avoisine 90%. Les jeunes et adolescents constituent une population à risque, du fait qu'ils sont les principales cibles des campagnes de recrutement de fumeurs de l'industrie de tabac à travers la publicité mensongère du tabac. Selon les données des enquêtes GYTS de 2006 et 2009, les élèves commencent à fumer avant l'âge de 10 ans. Au cours des cinq prochaines années le programme devra aider les jeunes à adopter des comportements à moindre risque face au tabac.

Les interventions suivantes relatives au renforcement de la prévention en milieu et universitaire seront réalisées:

- Elaboration d'un plan de promotion de la santé;
- Mise en œuvre d'un plan de promotion de la santé;
- Renforcement de l'enseignement des méfaits de tabac à l'école;
- Création/redynamisation des clubs de santé en milieu scolaire;

b- Domaine de service: Promotion des comportements à moindre risque dans les autres groupes vulnérables et la population en général.

Le tabagisme affecte non seulement le fumeur mais aussi les non fumeurs à travers la fumée collatérale. L'insuffisance de campagne de sensibilisation à l'endroit des fumeurs et de la population générale, augmente la vulnérabilité aux maladies liées tabagisme.

Les interventions suivantes relatives à la promotion des comportements à moindre risque seront réalisées:

- Elaboration d'un plan intégré de communication sur le tabagisme;
- Mise en œuvre d'un plan intégré de communication sur le tabagisme
- Développement d'un plan de communication multimédia;
- Mise en place des clubs de santé au niveau des communautés;
- Organisation des campagnes de sensibilisation auprès des groupes spécifiques: femmes vendeurs des produits du tabac.

c- Domaine de service: Renforcement des capacités des acteurs de lutte antitabac et des leaders communautaires

Les ONG, les COSA les leaders d'opinion, les secteurs privés constituent des piliers de la lutte antitabac. Ils sont impliqués dans la lutte antitabac, du fait qu'ils jouent le rôle d'interface entre le pouvoir public et la communauté. Malheureusement les quelques ONG et leaders communautaires engagés dans la lutte n'ont bénéficié d'aucune formation dans le domaine de la lutte antitabac. Or, quelque soit la pertinence d'une intervention, elle ne peut donner des bons résultats que si les acteurs possèdent des capacités suffisantes pour son application.

Les interventions suivantes relatives à la promotion des comportements à moindre risque seront réalisées:

- Elaboration d'un plan de formation des acteurs et leaders communautaires;
- Mise en œuvre un plan de formation des acteurs et leaders communautaires;
- Renforcement les capacités des acteurs et leaders d'opinion dans la lutte antitabac.
- Réaliser des supervisions formatives à tous les niveaux.

d- Domaine de service 3.1.4: Protection des non fumeurs

Aujourd'hui les non fumeurs représentent 93,4% de la population. La fumée de tabac dérange la majorité des non fumeurs. Selon l'étude sur l'évaluation des articles 8 et 12 de la CCLAT réalisée en 2009, 85% des personnes interrogées sont dérangées par la fumée du tabac. Selon l'enquête GYPS de 2006, 51,8% des élèves ont déclaré être exposés à la fumée des autres. L'inexistence des espaces "sans tabac" augmente la vulnérabilité des non fumeurs aux maladies provoquées par le tabagisme passif.

Les interventions suivantes relatives à la protection des non fumeurs seront réalisées:

- Interdiction de fumer dans les lieux publics (administrations, hôpitaux, les écoles, les aéroports et aéroports, les marchés, les stades...);
- Prise des mesures interdisant de fumer dans les transports en commun (bus, taxis, avion, bateaux, trains...);
- Vulgarisation les mesures interdisant de fumer dans les transports en commun;
- Organisation des activités d'information, d'éducation et de communication à l'intention du public.

4.5.4. Axe 4 : Renforcement de la prise en charge des personnes affectées par le tabagisme

4.5.4.1. Objectif stratégique 4: Assurer la prise en charge efficace des personnes affectées par le tabagisme

a- Domaine de service: renforcement de la prise en charge des fumeurs dans le paquet de services essentiels des CSI et des hôpitaux.

La prise de conscience sur les dangers des méfaits du tabac amènent souvent les fumeurs de tenter à arrêter de fumer, mais souvent sans succès du fait du manque d'accompagnement psychologique et médical. Dans le cadre de ce plan stratégique, l'accent sera mis pour soutenir tous ceux qui voudront mettre fin à la consommation de tabac et pour traiter les pathologies liées au tabagisme.

Les interventions suivantes relatives à la protection des non fumeurs seront réalisées:

- Renforcement des capacités des centres de santé dans la prise en charge des personnes affectées par le tabagisme;
- Création des unités pluridisciplinaires de prise en charge du tabagisme dans les centres de santé et les hôpitaux;
- Prise en compte des médicaments de sevrage tabagique dans la liste des médicaments essentiels;
- Implication des tradithérapeutes dans la lutte anti tabac

b- Domaine de service: Renforcement des mécanismes d'accompagnement psychologique des personnes affectées.

Le tabagisme tout comme l'alcoolisme et la consommation d'autres types de drogues est un comportement qu'on adopte au cours de la vie. Les dépendants du tabagisme nécessitent un soutien pour sortir de leur état. L'implication de ceux qui ont arrêté de fumer, des parents des malades, des ONG, des leaders d'opinion et religieux, est déterminante dans l'accompagnement. Aussi, des clubs regroupant toutes ces parties prenantes seront mis en place pour aider les fumeurs à abandonner leur consommation tabagique.

Les interventions suivantes relatives au renforcement des mécanismes d'accompagnement seront réalisées:

- Création des clubs de soutien à l'abandon du tabagisme
- Organisation des consultations éducatives

4.5.5. Axe 5 : Mise en place d'un système de suivi-évaluation, de surveillance épidémiologique et de recherche action;

4.5.5.1. Objectif stratégique 5.1: Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique

Domaine de service: Mise en place des mécanismes de suivi-évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique

La mise en œuvre du plan stratégique national se fera à travers un certain nombre d'indicateurs, qui seront contenus dans le plan national de suivi et l'évaluation.

Les interventions suivantes relatives seront réalisées:

- Création d'une cellule de suivi-évaluation;
- Elaboration d'un plan de suivi-évaluation;
- Surveillance épidémiologique du tabagisme;
- Intégration des indicateurs du tabagisme dans le SNIS.
-

4.5.5.2: Objectif stratégique 5.2: Promouvoir la recherche action

Domaine de service: Mise en place d'un plan de recherche

Pour mieux comprendre et apporter des solutions liées à la problématique du tabagisme, des études et enquêtes seront réalisées. Des thèmes de recherche pertinents seront développés

Les interventions suivantes seront réalisées :

- Réalisation des enquêtes auprès des jeunes scolarisés, des professionnels de santé, des femmes, le corps habillé et la population générale auprès des jeunes scolarisés, des professionnels de santé, des femmes, le corps habillé et la population générale.
- Documentation des interventions et partage des bonnes pratiques.

4.5.6. Axe 6: Renforcement de la coordination et du partenariat.

4.5.6.1. Objectif stratégique 6.1: Renforcer la coordination et le partenariat des acteurs de lutte antitabac

Domaine de service: Renforcement de la coordination et du partenariat

La mise en œuvre de ce plan ne pourra connaître de succès, que si les interventions sont coordonnées et que si tous les secteurs s'engagent et s'impliquent. Ce qui justifie une action multisectorielle.

Cette démarche nécessite une forte mobilisation et la collaboration de plusieurs acteurs: les départements ministériels, le parlement, les collectivités locales, les ONG et Associations, le secteur privé, les leaders d'opinion, les entreprises, les partenaires techniques et financiers.

L'intervention va consister à:

- mise en place d'un cadre de coordination des interventions antitabac au plan national;
- mise en place d'un espace d'échange et de concertation entre acteurs permettant de partager les informations et de rationaliser l'utilisation des ressources ;
- Mise en place des unités multi pluridisciplinaire ;
- Partenariat avec les organisations internationales.

CADRE LOGIQUE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2011-2015

AXE I: RENFORCEMENT DU CADRE INSTITUTIONNEL

OBJECTIF STRATEGIQUE : METTRE EN PLACE UN CADRE INSTITUTIONNEL POUR LA LUTTE ANTITABAC

DOMAINE DE SERVICE: MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTITABAC

| Résultats attendus | Interventions principales | Activités /Tâches | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsables | Source de financement |
|--|---|---|---|--------------------------------------|--------------|----|----|----|----|--------------|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| Un cadre institutionnel pour la lutte antitabac est mis en place | Création d'un programme national de lutte antitabac; | Mettre en place une équipe de réflexion | Existence d'un programme national antitabac | Arrêté portant création du programme | | | | | | DELM/MSP | |
| | | Elaborer le projet d'arrêté portant organisation du programme | | | | | | | | | |
| | | Organiser un atelier d'adoption du projet d'arrêté | | | | | | | | | |
| | | Suivi et diffusion de l'arrêté | | | | | | | | | |
| | | Nommer les manageurs du programma | | | | | | | | | |
| | Mise en place d'un comité interministériel et pluridisciplinaire de lutte antitabac au niveau national, | Organiser une réunion de plaidoyer pour la mise en place d'un comité interministériel | Existence des comités | Arrêté portant création du programme | | | | | | DELM/MSP | |
| | | Elaborer le projet d'arrêté portant création du comité de lutte antitabac | | | | | | | | | |
| | | Mettre en place le comité interministériel au niveau central, | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------|---|--|--|--|--|--|--|-----------------|
| | Appui à la création d'un réseau de lutte antitabac avec tous les acteurs impliqués dans la lutte. | Organisation d'une réunion de mise en place du réseau de lutte antitabac | Existence du réseau | - Procès verbal de la réunion -Liste de présence | | | | | | | DELM/MSP et ONG |
|--|---|--|---------------------|---|--|--|--|--|--|--|-----------------|

AXE II: RENFORCEMENT DU CADRE JURIDIQUE

OBJECTIF STRATEGIQUE : RENFORCER LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DE LA LUTTE ANTITABAC

DOMAINE DE SERVICE 2.1: ELABORATION DES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

| Résultats attendus | Interventions principales | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsables | Source de financement |
|---|--|---|---|---------------------------|--------------|----|----|----|----|-------------------------|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| Le cadre législatif et réglementaire de la lutte antitabac est renforcé | Plaidoyer auprès des décideurs politiques, les élus locaux, les leaders d'opinion; | Organiser une réunion de plaidoyer auprès des décideurs, ONG et partenaires | Existence des Avants projets de lois et textes réglementaires | Liste des participants | | | | | | DELM/MSP/Parlementaires | |
| | | Mettre en place une équipe | | | | | | | | | |
| | | Elaborer les avants projets de lois | | | | | | | | | |
| | Elaboration des Avant-projets des lois des nouveaux textes complémentaires; | Organiser un atelier d'élaboration des Avants projets de loi | | Compte rendu des réunions | | | | | | DELM/MSP/Parlementaires | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Réviser les textes législatifs et réglementaires existants au besoin; | Mettre en place une équipe | | | | | | | | |
| | Elaborer les avant s projet s de lois | | | | | | | | |
| | Organiser un atelier de révision des textes législatifs et réglementaires | Rapport de l'atelier | | | | | | DELM/MSP/ Parlementaires | |
| Adoption des Avant-projets des lois. | Organiser des réunions avec les parties prenantes pour adopter les Avants projets des lois (magistrats, parlementaires, ONG, douaniers, force publique...) | Existence des de lois et textes réglementaires | Lois et textes réglementaires adoptés | | | | | | DELM/MSP/ Parlementaires |

DOMAINE DE SERVICE 2.2: VULGARISATION DES TEXTES LEGISLATIFS

| Résultats attendus | Principales interventions | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsables | Source de financement |
|----------------------------|--|--|--------------------------------|-------------------------|--------------|----|----|----|----|--------------|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| Les textes sont vulgarisés | Renforcement des capacités des acteurs de lutte dans la vulgarisation des textes législatifs | Traduire les textes réglementaires en langues nationales | NA | | | | | | | DELM/MSP/ | |
| | | Dupliquer les lois, textes réglementaires et autres supports d'information dans la lutte antitabac | Nombre d'exemplaires dupliqués | Rapport d'activité | | | | | | DELM/MSP/ | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|
| et réglementaires pour la lutte antitabac | Organiser 12 réunions de renforcement des capacités des acteurs de lutte dans la vulgarisation des textes législatifs et réglementaires | Nombre de réunions tenues | Liste des participants Compte rendu des réunions | | | | | | | DELM/MSP |
| Vulgarisation des lois | Organiser de campagnes multimédias et de proximité de vulgarisation des textes dans tous les départements | -Nombre de campagnes organisées - Nombre de personnes sensibilisées | Rapport d'activités | | | | | | | DELM/MSP/ Comité interministériel |
| Suivi de l'application des textes législatifs et réglementaires. | Organiser des sessions de formation à l'endroit des agents de la force publique, les ONG, les inspecteurs sanitaires et leaders communautaires en vue de l'application des textes réglementaires | Nombre de sessions de formation organisées | | | | | | | | DELM/MSP/Force Publique/Comité interministériel |
| | Doter en supports les acteurs | Nombre de supports distribués | | | | | | | | DELM/MSP/ Comité interministériel |
| | Suivre l'application des textes | Nombre de supervisions réalisées | Rapport d'activité | | | | | | | DELM/MSP/ Comité interministériel |

AXE 3 : RENFORCEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ POUR LA LUTTE ANTITABAC

OBJECTIF STRATEGIQUE 3.1: RÉDUIRE DE 50% LA CONSOMMATION DU TABAC CHEZ LES JEUNES ET ADULTES

D'ICI 2015 EN RÉPUBLIQUE DU CONGO

DOMAINE DE SERVICE 3.1.1: RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

| Résultats attendus | Interventions principales | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsables | Source de financement |
|--------------------|---------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------|--------------|----|----|----|----|--|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| | | Organiser un atelier d'élaboration des supports de communication | Nombre de supports élaborés dupliqués | Supports de communication | | | | | | MSP/MEPSA/MES/ME CJ / METPFQE Partenaires | |
| | | Produire/dupliquer les supports de communication | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|
| | Organiser des sessions de sensibilisation des élèves, étudiants et du personnel | Nombre de personnes sensibilisées | Rapport d'activité | | | | | | | |
| Mise en œuvre d'un plan de promotion de la santé | Organiser un atelier d'élaboration du plan de promotion de la santé | Existence du plan | Document du Plan de promotion | | | | | | | |
| | Valider le plan de promotion de la santé | Nombre de supports élaborés dupliqués | Supports de communication | | | | | | | |
| | Réaliser les activités de promotion de la santé | Nombre de personnes sensibilisées | Rapport d'activité | | | | | | MSP/MEPSA/MES/ME CJ / METPFQE Partenaires | |
| Renforcement de l'enseignement des méfaits du tabac | Former/recycler le personnel administratif et enseignant | Nombre de personnel formé | Rapport de formation | | | | | | | |
| Création/redynamisation des clubs de santé en milieu scolaire | Mettre en place les clubs de santé | Nombre de clubs créés | - Procès verbal de mise en place - Liste de présence | | | | | | MSP/MEPSA/MES/ME CJ / METPFQE Partenaires | |
| | Organiser des réunions de renforcement des capacités des animateurs des clubs de santé | Nombre des réunions tenues | Compte rendu des réunions | | | | | | | |
| | Appuyer le fonctionnement des clubs de santé | Nombre de clubs fonctionnels | Rapport des clubs | | | | | | MSP/MEPSA/MES/ME CJ / METPFQE Partenaires | |
| | Organiser des conférences débats au profit des étudiants | Nombre de conférences débats organisés | Rapport des clubs | | | | | | MSP/MEPSA/METPFQE/MES/ | |

DOMAINE DE SERVICE 3.1.2: PROMOTION DES COMPORTEMENTS À MOINDRE RISQUE DANS LES AUTRES GROUPES VULNÉRABLES ET

LA POPULATION EN GÉNÉRAL

| Résultats attendus | Intervention principales | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsable | Source de financement |
|--|---|--|---|--|--------------|----|----|----|---------------------------------|--|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| Le taux de consommation du tabac est réduit de 50% chez les femmes et les autres groupes | Elaboration d'un plan intégré de communication sur le tabagisme | Organiser un atelier d'élaboration du plan intégré de communication sur le tabagisme | Existence du plan | Document du Plan intégré | | | | | | MSP/MECJ/ MASAHS Partenaires | |
| | | Organiser un atelier de validation du plan intégré de communication sur le tabagisme | | | | | | | MSP/MECJ/ / MASAHS/ Partenaires | | |
| | Mise en œuvre d'un plan intégré de communication sur le tabagisme | Réaliser les activités du plan intégré de communication sur le tabagisme | Nombre de personnes sensibilisées | Rapport d'activité | | | | | | MSP/MECJ / MASAHS/ ONG et autres partenaires | |
| | Développement d'un plan de communication multimédia; | Elaborer avec l'appui d'un consultant un plan de communication multimédia | Existence du plan de communication | Document du Plan de communication | | | | | | MSP/MECJ/ MASAHS ONG et autres partenaires | |
| | | Organiser un atelier de validation du plan de communication | Existence du Plan de communication validé | Rapport de l'atelier | | | | | | | |
| | Mise en place des clubs de santé au niveau des | Mettre en place les clubs de santé | Nombre de clubs créés | - Procès verbal de mise en place -Liste de présence | | | | | | MSP/MECJ/MPIFD/ONG et autres partenaires | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| communautés; | Organiser des réunions de renforcement des capacités des animateurs des clubs de santé | Nombre des réunions tenues | Compte rendu des réunions | | | | | | | |
| | Appuyer le fonctionnement des clubs de santé | Nombre de clubs fonctionnels | Rapport des clubs | | | | | | | |
| | Organiser des causeries débats au profit des femmes et autres groupes vulnérables | Nombre de conférences débats organisés | Rapport des clubs | | | | | | MSP/MECJ/MPIFD/ONG et autres partenaires | |
| Organisation des campagnes de sensibilisation auprès des groupes spécifiques: femmes vendeurs des produits du tabac. | Organiser de campagnes multimédias et de proximité auprès des femmes et autres groupes sur les méfaits du tabac | Nombre de campagnes organisées Nombre de personnes sensibilisées | Rapport d'activités | | | | | | MSP/MECJ/MPIFD/ONG et autres partenaires | |

DOMAINE DE SERVICE 3.1.3: RENFORCEMENT DES CAPACITES DES ACTEURS DE LUTTE ANTITABAC ET DES LEADERS COMMUNAUTAIRES

| Résultats attendus | Intervention principales | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsable | Source de financement |
|--------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------|--------------|----|----|----|----|-----------------|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| | Elaboration d'un plan de formation des acteurs et leaders communautaires | Elaborer un curricula de formation | La tenue de 3 ateliers d'élaboration du curricula de formation | | | | | | | MSP/Partenaires | |
| | | | Validation du curricula de formation | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|
| Le taux de consommation du tabac est réduit de 50% chez les femmes et les autres groupes | Mise en œuvre d'un plan de formation des acteurs et leaders communautaires; | Organiser un atelier d'élaboration du plan de formation des acteurs et leaders communautaires | Existence du plan de formation | Document du Plan de formation | | | | | | | |
| | | Organiser un atelier d'élaboration des supports de communication | Nombre de supports élaborés dupliqués | Supports de communication | | | | | | | |
| | | Produire/dupliquer les supports de communication | | | | | | | | | |
| | | Organiser des sessions de sensibilisation des élèves, étudiants et du personnel | Nombre de personnes sensibilisées | Rapport d'activité | | | | | | | |
| | Renforcer les capacités des acteurs et leaders d'opinion dans la lutte antitabac. | Organiser des réunions de renforcement des capacités des acteurs de lutte | Nombre des réunions tenues | Compte rendu des réunions | | | | | | | |
| | Réalisation des supervisions formatives | Elaborer de la grille de supervision | Liste des participants | Existence de la grille Existence des rapports | | | | | | | |
| | | Formation des superviseurs | Nombre des formations et de supervisions | | | | | | | | |
| | | Réalisation des supervisions formatives | | | | | | | | | MSP/Partenaires |

DOMAINE DE SERVICE 3.1.4: PROTECTION DES NON FUMEURS

| Résultats attendus | Interventions principales | Activités /Tâches | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsable | Source de financement |
|--------------------|---------------------------|-------------------|-------------|-------------------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-------------|-----------------------|
| | | | | | A 1 | A 2 | A 3 | A 4 | A 5 | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|-----------------|--|
| La protection des non fumeurs est assurée | Interdiction de fumer dans les lieux publics (administrations, hôpitaux, les écoles, les aéroports, les marchés, les stades...); | Organiser des réunions de plaidoyer sur l'importance des "espaces 100% sans tabac" avec les décideurs, le secteur privé, les ONG, les collectivités locales... | Nombre de réunions tenues | Compte rendu des réunions | | | | | | MSP | | |
| | | Appuyer chaque administration dans la prise des textes relatifs à la création des "espaces 100% sans tabac" | Existence des "espaces 100% sans tabac" dans les administrations et les lieux publics | Liste des "espaces 100% sans tabac" Arrêté ministériel créant les "espaces 100% sans tabac" | | | | | | MSP/MID/M TACMM | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | Doter les "espaces 100% sans tabac" des supports interdisant de fumer | Nombre de supports distribués | Rapport d'activités | | | | | | MSP/MID/M TACMM | | |
| | Prise des mesures interdisant de fumer dans les transports en commun (bus, taxis, avion, bateaux, trains...) | Appuyer le ministère de transport dans la prise des textes relatifs à l'interdiction de fumer dans les transports en commun | Existence Arrêté ministériel portant interdiction de fumer dans les transports en commun | Arrêté ministériel portant interdiction de fumer dans les transports en commun | | | | | | | MSP/MID/M TACMM | |
| | | Organiser des campagnes de sensibilisation à l'endroit des syndicats | Nombre de campagnes organisées | Rapport d'activités | | | | | | | MSP/MID/M TACMM | |
| | Vulgarisation des mesures interdisant de fumer dans les transports en commun; | Doter les bus et taxi-bus des supports interdisant de fumer | Nombre de supports distribués | Procès verbal de la dotation | | | | | | | MSP/MID/M TACMM | |
| | Organisation des activités d'information, d'éducation et de communication à l'intention du public. | Organiser des campagnes de sensibilisation multimédia à l'endroit de la population | Nombre de campagnes organisées | Rapport d'activités | | | | | | | MSP/MID/M TACMM | |
| | | Organiser des sessions d'information, d'éducation et de communication à l'intention du public sur "espaces 100% sans tabac" | | | | | | | | | MSP/MID/M TACMM | |

AXE 4 : RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE TABAGISME
OBJECTIF STRATEGIQUE 4.1 : ASSURER LA PRISE EN CHARGE EFFICACE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE TABAGISME
DOMAINE DE SERVICE 4.1: RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES FUMEURS DANS LE PAQUET DE
SERVICES ESSENTIELS DES CSI ET DES HÔPITAUX.

| Résultats attendus | Intervention principales | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsable | Source de financement |
|---|--|--|--|--|--------------|----|----|----|----|----------------------------|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| La prise en charge des personnes affectées par le tabagisme est assurée | Renforcement des capacités tradithérapeutes dans la prise en charge des personnes affectées par le tabagisme; | Organiser des sessions de renforcement des capacités des tradithérapeutes dans la référence des personnes affectées | Nombre de sessions organisées | Rapport d'activités | | | | | | MSP/OMS/autres Partenaires | |
| | Renforcement des capacités des centres de santé dans la prise en charge des personnes affectées par le tabagisme; | Organiser des sessions de formation des agents des CSI et hôpitaux à la prise en charge des personnes affectées par le tabagisme | Nombre de sessions organisées | Rapport d'activités | | | | | | | |
| | Création des unités pluridisciplinaires de prise en charge du tabagisme dans les centres de santé et les hôpitaux; | Formation de trois (3) médecins/assistants en sevrage tabagique | Nombre de personnes formées | Rapport de mission | | | | | | | |
| | | Assurer l'approvisionnement régulier des substituts nicotiques | Présence permanente des substituts nicotiques dans les centres de santé ciblés | Stock de substituts nicotiques dans les magasins | | | | | | | |
| | Prendre en compte les médicaments de sevrage tabagique dans la liste des médicaments essentiels; | Organiser des réunions de plaidoyer auprès de la Direction de la pharmacie et du laboratoire | Nombre de sessions organisées | Compte rendu de rendu | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|
| | Implication des Tradithérapeutes | Identifier les Tradithérapeutes | Nombre des tradithérapeutes identifié | Liste des tradithérapeutes identifiés | | | | | | MSP/OMS/ autres Partenaires |
| | | Organisation des réunions de travail avec les Tradithérapeutes | Le nombre de réunions organisées | Rapport de réunion | | | | | | |

DOMAINE DE SERVICE 4.2: RENFORCEMENT DES MÉCANISMES D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES AFFECTÉES

| Résultats attendus | Interventions principales | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsable | Source de financement |
|--|--|--|--|---|--------------|----|----|----|----|---------------------------------|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| Les mécanismes d'accompagnement sont renforcés | Création des clubs de soutien à l'abandon du tabagisme | Mettre en place les clubs de soutien | Nombre de clubs créés | Procès verbal de mise en place Liste de présence | | | | | | MSP/OMS/ONG/ autres Partenaires | |
| | | Organiser des ateliers de renforcement des capacités des animateurs des clubs de soutien | Nombre des ateliers tenus | Compte rendu des réunions | | | | | | | |
| | | Appuyer le fonctionnement des clubs de soutien | Nombre de clubs fonctionnels | Rapport des clubs | | | | | | | |
| | Organisation des consultations éducatives | Organiser des causeries débats au profit des fumeurs | Nombre de conférences débats organisés | Rapport des clubs de soutien | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | Organiser des causeries à l'endroit des parents et des fumeurs en sevrage | Nombre de conférences débats organisés | Rapport des clubs de soutien | | | | | | |
|--|--|---|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|

AXE 5 : MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SUIVI-ÉVALUATION, DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DE RECHERCHE ACTION
OBJECTIF STRATEGIQUE 5.1: ASSURER LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE
DOMAINE DE SERVICE: MISE EN PLACE DES MÉCANISMES DE SUIVI-ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

| Résultats attendus | Intervention principales | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsable | Source de financement |
|--|---|---|--|-------------------------------------|-------------------|----|----|----|----|------------------------------|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| Le suivi-évaluation de la mise en œuvre du plan est assuré | Création d'une cellule | Organiser les réunions | Nombre de réunions | Rapports Existence d'une cellule | | | | | | MSP/ Comité Interministériel | |
| | | Mettre en place de la cellule | | | Tests de création | | | | | | |
| | Elaboration d'un plan de suivi evaluation | La tenue des ateliers pour l'élaboration d'un plan | Nombre d'atelier tenus | | | | | | | | |
| | | Adopter le plan de suivi évaluation | Nombre de conférences débats organisés | | | | | | | | |
| | | Renforcer les capacités des acteurs dans la mise en œuvre | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|-----|--|
| | surveillance épidémiologique du tabagisme; | Elaborer les supports de collectes des données | Existence des supports de collectes des données | Nombre des supports de collectes des données produits | | | | | | MSP | |
| | | Organiser des ateliers de renforcement des capacités des gestionnaires des données | Nombre d'ateliers organisés | Rapport d'activités | | | | | | MSP | |
| | | Mettre en place un système de gestion des données | Existence d'une base des données | Rapport de la cellule de S&E | | | | | | MSP | |
| | Intégration des indicateurs du tabagisme dans le SNIS. | Organiser une réunion de plaidoyer avec les cadres de la DEP de la santé | Nombre de réunion organisée | Compte rendu des réunions | | | | | | MSP | |

OBJECTIF STRATEGIQUE 5.2: PROMOUVOIR DE LA RECHERCHE ACTION
DOMAINE DE SERVICE: MISE EN PLACE D'UN PLAN DE RECHERCHE

| Résultats attendus | Interventions principales | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsable | Source de financement |
|--|---|--|--|-------------------------|--------------|----|----|----|----|-----------------|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| Les données statistiques sur le tabagisme sont disponibles | Réalisation les enquêtes auprès des jeunes scolarisés, des professionnels de santé, des femmes, le corps habillé et la population générale auprès des jeunes scolarisés, des professionnels de santé, des femmes, le corps habillé et la population générale. | Réaliser une enquête CAP auprès de la population générale | Existence du Rapport de l'enquête CAP | Rapport de l'enquête | | | | | | MSP/Partenaires | |
| | | Réaliser une enquête nationale de base sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes scolarisés | Existence du Rapport de l'enquête nationale de prévalence du tabagisme | Rapport de l'enquête | | | | | | | |
| | | Réaliser une enquête nationale de base sur la prévalence du tabagisme chez les professionnels de santé | Existence du Rapport de l'enquête | Rapport de l'enquête | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|----------------------|--|--|--|--|--|---|--|
| | | Réaliser une enquête nationale de base sur la prévalence du tabagisme chez les femmes | Existence du Rapport de l'enquête | Rapport de l'enquête | | | | | | | |
| | Documentation des interventions et partages des bonnes pratiques | Organiser une mission d'échanges d'expériences sur les bonnes pratiques | Existence d'un rapport de mission | Rapport de mission | | | | | | MSP/Comité Interministériel/Partenaires | |
| | | Produire un rapport technique sur les bonnes pratiques sur la lutte antitabac | Existence d'un rapport technique | rapport technique | | | | | | | |

AXE 6: RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DU PARTENARIAT
OBJECTIF STRATEGIQUE : RENFORCER LA COORDINATION ET LE PARTENARIAT DES ACTEURS DE LUTTE ANTITABAC
DOMAINE DE SERVICE: RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DU PARTENARIAT

| Résultats attendus | Intervention principales | Activités | Indicateurs | Sources de vérification | Chronogramme | | | | | Responsable | Source de financement |
|---|--|--|------------------------------------|-------------------------|--------------|----|----|----|----|---|-----------------------|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| La coordination et le partenariat des acteurs de lutte sont renforcés | Mise en place un cadre de coordination des interventions antitabac au plan national; | Organiser des missions dans les départements pour la mise en place des comités départementaux, communaux | Nombre de comités mis en place | Rapport de mission | | | | | | MSP/ Comité Interministériel/ Partenaires | |
| | | Appuyer les comités départementaux et communaux dans l'élaboration des plans | Existence des plans départementaux | Plans départements | | | | | | | |
| | | Appuyer le fonctionnement des comités départementaux et communaux | Nombre de comités appuyés | Rapport financier | | | | | | | |
| | | Créer un site web d'information sur le tabac | Existence du contrat de service | Site | | | | | | | |
| | | Mettre en place une ligne téléphonique info tabac | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----------------------------|------------------|--|--|--|--|--|---|--|
| | | Organiser des réunions de coordinations avec les responsables des comités départementaux et communaux | | | | | | | | | |
| | | Participer réunions internationales | | | | | | | | | |
| | | Organiser des missions de supervisions du niveau centra au niveau des départements | | | | | | | | | |
| | Création d'un espace d'échange et de concertation entre acteurs permettant de partager les informations et de rationaliser l'utilisation des ressources | Mettre en place un fichier des acteurs intervenants dans la lutte antitabac | | | | | | | | | |
| | | Organiser des réunions de concertation entre acteurs de lutte antitabac | | | | | | | | | |
| | Mise en place des unités multidisciplinaires | Identifier les unités | Nombre d'unités identifiés | Liste des unités | | | | | | MSP/ Comité Interministériel/ Partenaires | |
| | | Organiser des réunions pour le renforcement des capacités | Nombre des réunions tenues | Rapports | | | | | | | |
| | Partenariat avec les organisations internationales | Organiser des réunions de plaidoyer | Nombre de réunions | Rapports | | | | | | | |

BUDGET DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2011-2015

| Domaines de services | Résultat attendu | Activité à réaliser | Budget /Année | | | | | Total en CFA | Total en dollars |
|---|--|--|-------------------|----------|----------|----------|----------|-------------------|------------------|
| | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| AXE I: RENFORCEMENT DU CADRE INSTITUTIONNEL | | | | | | | | | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE : METTRE EN PLACE UN CADRE INSTITUTIONNEL POUR LA LUTTE CONTRE LE TABAC | | | | | | | | | |
| MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTITABAC | Un cadre institutionnel pour la lutte antitabac est mis en place | Mettre en place une équipe de réflexion | 500 000 | - | - | - | - | 500 000 | 1 000 |
| | | Elaborer le projet d'arrêté portant organisation du programme | 586 000 | - | - | - | - | 586 000 | 1 172 |
| | | Organiser un atelier d'adoption du projet d'arrêté | 1 550 000 | - | - | - | - | 1 550 000 | 3 100 |
| | | Suivre/diffuser l'arrêté | 100000 | - | - | - | - | 100 000 | 200 |
| | | Organiser une réunion de plaidoyer pour la mise en place d'un comité interministériel | 1 005 000 | - | - | - | - | 1 005 000 | 2 010 |
| | | Elaborer le projet d'arrêté portant création du comité de lutte antitabac | 586 000 | - | - | - | - | 586 000 | 1 172 |
| | | Mettre en place le comité interministériel au niveau central, départemental, communal et local | 8 256 000 | - | - | - | - | 8 256 000 | 16 512 |
| | | Organiser une réunion de mise en place du réseau de lutte antitabac | 500 000 | - | - | - | - | 500 000 | 1 000 |
| Sous-total objectif Axe I | | | 13 083 000 | - | - | - | - | 13 083 000 | 26 166 |

| Domaines de services | Résultat attendu | Activité à réaliser | Budget /Année | | | | | Total en CFA | Total en dollars |
|--|---|---|------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| AXE II: RENFORCEMENT DU CADRE JURIDIQUE | | | | | | | | | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE : RENFORCER LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DE LA LUTTE ANTITABAC | | | | | | | | | |
| DOMAINE DE SERVICE 2.1: ELABORATION DES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES | Le cadre législatif et réglementaire de la lutte antitabac est renforcé | Organiser des réunions de plaidoyer auprès des décideurs, ONG et partenaires | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 5 000 000 | 10 000 |
| | | Organiser un atelier d'élaboration des Avants projets de loi | 1 000 000 | - | - | - | - | 1000000- | 2000- |
| | | Organiser un atelier de révision des textes législatifs et réglementaires | 700 000 | - | - | - | - | 700 000 | 1 400 |
| | | Organiser des réunions de sensibilisation avec les parties prenantes (magistrats, parlementaires, ONG, douaniers, force publique...) | 2 500 000 | 1000000 | 2 500 000 | - | - | 6000 000 | 12 000 |
| Sous-total Domaine de service (Elaboration des textes législatifs et réglementaire) | | | 5 200 000 | 2000 000 | 3 500 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 12700 000 | 25400 |
| DOMAINE DE SERVICE 2.2: VULGARISATION DES TEXTES LEGISLATIFS | Les textes sont vulgarisés | Dupliquer les lois, textes réglementaires et autres supports d'information dans la lutte antitabac | - | 17 500 000 | 17 500 000 | - | - | 35 000 000 | 70 000 |
| | | Organiser 12 réunions de renforcement des capacités des acteurs de lutte dans la vulgarisation des textes législatifs et réglementaires | | 12 274 000 | 15 619 000 | | | 27 893 000 | 55 786 |
| | | Organiser de campagnes de proximité de vulgarisation des textes dans tous les départements | | 10 800 000 | 5 400 000 | 5 400 000 | | 21 600 000 | 43 200 |
| | | Organiser de campagnes multimédias de | | 7 950 000 | 7 950 000 | 7 950 000 | 7 950 000 | 31 800 000 | 63 600 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | | vulgarisation des textes dans tous les départements | | | | | | | |
| | | Organiser des sessions de formation à l'endroit des agents de la force publique, les ONG, les inspecteurs sanitaires et leaders communautaires en vue de l'application des textes réglementaires (BZV, PN, Dolisie, Nkayi, Owando, Gamboma, Ewo et Impfondo) | | 7 761 000 | 7 761 000 | - | - | 15 522 000 | 31 044 |
| | | Produire des supports à mettre à la disposition des acteurs de lutte antitabac | | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | - | 15 000 000 | 30 000 |
| | | Suivre l'application des textes | 3 600 000 | 3 600 000 | 3 600 000 | 3 600 000 | 3 600 000 | 18 000 000 | 36 000 |
| Sous-total Domaine de service (Vulgarisation des textes législatifs et réglementaire) | | | 3 600 000 | 64 885 000 | 62 830 000 | 21 950 000 | 11 550 000 | 164 815 000 | 329 630,00 |
| Sous-total Axe II | | | 8 800 000 | 66885 000 | 66 330 000 | 22 950 000 | 12 550 000 | 177515 000 | 355030 |

| Domaines de services | Résultat attendu | Activité à réaliser | Budget /Année | | | | | Total en CFA | Total en dollars |
|---|--|--|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| AXE III: RENFORCEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ POUR LA LUTTE ANTITABAC | | | | | | | | | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 3.1: RÉDUIRE DE 50% LA CONSOMMATION DU TABAC CHEZ LES JEUNES ET ADULTES D'ICI 2014 EN RÉPUBLIQUE DU CONGO | | | | | | | | | |
| DOMAINE DE SERVICE 3.1.1: RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE | Le taux de consommation du tabac est réduit de 50% chez les jeunes scolarisés et étudiants | Organiser un atelier d'élaboration du plan de promotion de la santé | 1 005 000 | - | - | - | - | 1 005 000 | 2 010 |
| | | Organiser un atelier d'élaboration des supports de communication | 1 500 000 | - | - | - | - | 1 500 000 | 3 000 |
| | | Produire/dupliquer les supports de communication | | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 24 000 000 | 48 000 |
| | | Former/recycler le personnel administratif et enseignant | - | 15 778 000 | 15 778 000 | 15 778 000 | - | 47 334 000 | 94 668 |
| | | Organiser des sessions de sensibilisation des élèves, étudiants et du personnel | - | 10 800 000 | 10 800 000 | 10 800 000 | 10 800 000 | 43 200 000 | 86 400 |
| | | Mettre en place les clubs de santé | - | 2 160 000 | 2 160 000 | 2 160 000 | 2 160 000 | 8 640 000 | 17 280 |
| | | Organiser des réunions de renforcement des capacités des animateurs des clubs de santé | - | 15 520 000 | 15 520 000 | 15 520 000 | 15 520 000 | 62 080 000 | 124 160 |
| | | Appuyer le fonctionnement des clubs de santé | - | 6 720 000 | 6 720 000 | 6 720 000 | 6 720 000 | 26 880 000 | 53 760 |
| | | Organiser des conférences débats au profit des étudiants | - | 3 402 000 | 3 402 000 | 3 402 000 | 3 402 000 | 13 608 000 | 27 216 |
| Sous-total Domaine de service Prévention en milieu scolaire et Universitaire | | | 2 505 000 | 60 380 000 | 60 380 000 | 60 380 000 | 44 602 000 | 228 247 000 | 456 494 |
| DOMAINE DE SERVICE 3.1.2: PROMOTION DES COMPORTEMENTS À MOINDRE RISQUE DANS LES AUTRES GROUPES VULNÉRABLES ET | Le taux de consommation du tabac est réduit de 50% chez les femmes et les autres | Elaborer avec l'appui d'un consultant national un plan de communication multimédia | - | 1 200 000 | - | - | - | 1 200 000 | 2 400 |
| | | Organiser un atelier de validation du plan de communication | - | 2 354 000 | - | - | - | 2 354 000 | 4 708 |
| | | Organiser des réunions de | - | 6 280 000 | 6 280 000 | 6 280 000 | 6 280 000 | 25 120 000 | 50 240 |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| LA POPULATION EN GÉNÉRAL | groupes | renforcement des capacités des membres des COSA | | | | | | | |
| | | Organiser des causeries débats au profit des femmes et autres groupes vulnérables | - | 4 756 000 | 4 756 000 | 4 756 000 | 4 756 000 | 19 024 000 | 38 048 |
| | | Organiser de campagnes de proximité auprès des femmes et autres groupes sur les méfaits du tabac | - | 5 400 000 | 5 400 000 | 5 400 000 | 5 400 000 | 21 600 000 | 43 200 |
| | | Organiser de campagnes multimédias auprès des femmes et autres groupes sur les méfaits du tabac | - | 5 300 000 | 5 300 000 | 5 300 000 | 5 300 000 | 21 200 000 | 42 400 |
| Sous-total Domaine de service Promotion des comportements à moindre risque | | | - | 25 290 000 | 21 736 000 | 21 736 000 | 21 736 000 | 90 498 000 | 180 996 |
| DOMAINE DE SERVICE 3.1.3: RENFORCEMENT DES CAPACITES DES ACTEURS DE LUTTE ANTITABAC ET DES LEADERS COMMUNAUTAIRES | Le taux de consommation du tabac est réduit de 50% chez les femmes et les autres groupes | Organiser un atelier d'élaboration du plan de formation des acteurs et leaders communautaires | 1 500 000 | - | - | - | - | 1 500 000 | 3 000 |
| | | Organiser un atelier d'élaboration des supports de communication | 1 500 000 | - | - | - | - | 1 500 000 | 3 000 |
| | | Produire/dupliquer les supports de communication (prospectus, dépliants) | 2 750 000 | 2 750 000 | 2 750 000 | 2 750 000 | 2 750 000 | 13 750 000 | 27 500 |
| | | Organiser des sessions de sensibilisation des élèves, étudiants et du personnel | - | 15 730 000 | 15 730 000 | 15 730 000 | 15 730 000 | 62 920 000 | 125 840 |
| | | Production de CD des chansons antitabac | | 2 500 000 | 2 500 000 | | | 5.000.000 | 10.000 |
| | | Organiser des réunions de renforcement des capacités des acteurs de lutte | - | 12 220 000 | 12 220 000 | 12 220 000 | 12 220 000 | 48 880 000 | 97 760 |
| Sous-total Domaine de service Renforcement des capacités des acteurs | | | 5 750 000 | 33 200 000 | 33 200 000 | 30 700 000 | 30 700 000 | 138 550 000 | 277 100 |
| DOMAINE DE SERVICE 3.1.4: PROTECTION DES | La protection des non | | | | | | | | |
| | | Organiser des réunions de plaidoyer sur l'importance des "espaces 100% sans tabac" | - | 1 005 000 | - | - | - | 1 005 000 | 2 010 |

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------|--|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| NON FUMEURS | fumeurs est assurée | avec les décideurs, le secteur privé, les ONG, les collectivités locales... | | | | | | | |
| | | Produire/Doter les espaces 100% sans tabac" les autocollants interdisant de fumer | - | 7 000 000 | 7 000 000 | 7 000 000 | - | 21 000 000 | 42 000 |
| | | Organiser des campagnes de sensibilisation à l'endroit des syndicats des transporteurs | - | 2 238 000 | 2 238 000 | - | - | 4 476 000 | 8 952 |
| | | Produire/Doter les bus et taxi-bus des autocollants interdisant de fumer | | 1 400 000 | 1 400 000 | - | - | 2 800 000 | 5 600 |
| | | Organiser des sessions d'information, d'éducation et de communication à l'intention du public sur " espaces 100% sans tabac" | - | 5 400 000 | 5 400 000 | 5 400 000 | 5 400 000 | 21 600 000 | 43 200 |
| Sous-total Domaine de service Renforcement des capacités des acteurs | | | - | 17 043 000 | 16 038 000 | 12 400 000 | 5 400 000 | 50 881 000 | 77 568 |
| Sous-total Axe III | | | 8 255 000 | 135 913 000 | 131 354 000 | 125 216 000 | 102 438 000 | 508 176 000 | 101.6352 |

| Domaines de services | | Activité à réaliser | Budget /Année | | | | | Total en CFA | Total en dollars |
|---|---|--|---------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| AXE IV: RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE TABAGISME | | | | | | | | | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 4.1 : ASSURER LA PRISE EN CHARGE EFFICACE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE TABAGISME | | | | | | | | | |
| DOMAINE DE SERVICE 4.1: RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES FUMEURS DANS LE PAQUET DE SERVICES ESSENTIELS DES CSI ET DES HÔPITAUX. | La prise en charge des personnes affectées par le tabagisme est assurée | Organiser des sessions de sensibilisation des tradithérapeutes dans la référence des personnes affectées | - | 1 572 000 | 1 572 000 | 1 572 000 | 1 572 000 | 6 288 000 | 12 576 |
| | | Organiser des sessions de formation des agents des CSI et hôpitaux à la prise en charge des personnes affectées par le tabagisme | - | 10 398 500 | | - | - | 10 398 500 | 20 797 |
| | | Assurer une formation à l'étranger d'un (1) médecins/assistants en sevrage tabagique | - | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | - | 9 000 000 | 18 000 |
| | | Assurer l'approvisionnement régulier des substituts nicotiques | - | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 20 000 000 | 40 000 |
| | | Organiser des réunions de plaidoyer auprès de la Direction de la pharmacie et du laboratoire | - | 1 000 000 | - | - | - | 1 000 000 | 2 000 |
| Sous-total Domaine de service Renforcement de la prise en charge | | | - | 20 970 500 | 9 572 000 | 9 572 000 | 6 572 000 | 46 686 500 | 93 373 |
| DOMAINE DE SERVICE 4.2 : RENFORCEMENT DES MECANISMES D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUES DES PERSONNES AFFECTÉES | Les mécanismes d'accompagnement sont renforcés | Mettre en place des clubs de soutien | | 700000 | | | 700000 | 1400.000 | 2800 |
| | | Organiser des ateliers de renforcement des capacités des animateurs des clubs de soutien | | 1 572 000 | 1 572 000 | 1 572 000 | 1 572 000 | 6 288 000 | 12 576 |
| | | Appuyer le fonctionnement des clubs de soutien | | | 1 400 000 | 1 400 000 | 1 400 000 | 4200000 | 8400 |
| | Les consultations éducatives sont organisées | Organiser des causeries débats au profit des fumeurs | - | 5 400 000 | 5 400 000 | 5 400 000 | 5 400 000 | 21 600 000 | 43 200 |
| | | Organiser des causeries à l'endroit des parents et des fumeurs en sevrage | - | 2 700 000 | 2 700 000 | 2 700 000 | 2 700 000 | 10 800 000 | 21 600 |
| Sous-total Domaine de service Renforcement de l'accompagnement psychologique | | | - | 10372000 | 11072000 | 11072000 | 11772000 | 44288000 | 88576 |
| Sous-total Axe IV | | | - | 31342500 | 20644000 | 20644000 | 18344000 | 90974500 | 181949 |

| Domaines de services | | Activité à réaliser | Budget /Année | | | | | Total en CFA | Total en dollars | |
|--|--|--|---------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------|
| | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | | |
| AXE V: MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SUIVI-ÉVALUATION, DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DE RECHERCHE ACTION | | | | | | | | | | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE 5.1: ASSURER LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL | | | | | | | | | | |
| DOMAINE DE SERVICE: MISE EN PLACE DES MÉCANISMES DE SUIVI-ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE | La cellule est créée | Organiser des réunions de plaidoyer | | 500 000 | - | - | - | 500 000 | 1 000 | |
| | | Organiser d'un atelier de validation du plan de suivi-évaluation | 1 920 000 | | | | | 1 920 000 | 3840 | |
| | Le suivi-évaluation de la mise en œuvre du plan est assuré | Elaborer le plan de suivi-évaluation | 2 600 000 | | | | | 2 600 000 | 5 200 | |
| | | Appuyer les réunions de validation des données | | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | 8 000 000 | 16 000 | |
| | | Organiser des ateliers de renforcement des capacités des gestionnaires des données | - | 8 098 000 | - | - | - | 8 098 000 | 16 196 | |
| | La surveillance épidémiologique et du tabagisme est assurée | Elaborer les supports de collectes des données | 1 500 000 | | | | | 1 500 000 | 3 000 | |
| | | Organiser des ateliers de renforcement des capacités des gestionnaires des données | | 10 800 000 | 10 800 000 | 10 800 000 | 10 800 000 | 43 200 000 | 86 400 | |
| | | Mettre en place un système de gestion des données | - | 5 000 000 | - | - | - | 5 000 000 | 10 000 | |
| | Les indicateurs du tabagisme sont intégrés dans le SNIS | Organiser une réunion de plaidoyer avec les cadres de la DEP de la santé | | 500 000 | | | | 500 000 | 1 000 | |
| | Sous-total objectif Assurer le suivi & évaluation | | | 6 020 000 | 26898000 | 12800000 | 12800000 | 12800000 | 71318000 | 142636 |

| OBJECTIF STRATEGIQUE 5.2: PROMOUVOIR DE LA RECHERCHE ACTION | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------|-----------------|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| DOMAINE DE SERVICE: MISE EN PLACE D'UN PLAN DE RECHERCHE | Les données statistiques sur le tabagisme sont disponibles | Réaliser une enquête CAP auprès de la population générale | - | 10 000 000 | - | | 10 000 000 | 20 000 000 | 40 000 |
| | | Réaliser une enquête nationale de base sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes scolarisés | - | 10 000 000 | - | | 10 000 000 | 20 000 000 | 40 000 |
| | | Réaliser une enquête nationale de base sur la prévalence du tabagisme chez les professionnels de santé | - | 10 000 000 | - | | 10 000 000 | 20 000 000 | 40 000 |
| | | Réaliser une enquête nationale de base sur la prévalence du tabagisme chez les femmes | - | 5 000 000 | - | | 5 000 000 | 10 000 000 | 20 000 |
| | | Soutenir la réalisation des mémoires des étudiants sur le tabagisme | - | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 20 000 000 | 40 000 |
| | | Organiser une mission d'échanges d'expériences sur les bonnes pratiques | - | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 12 000 000 | 24 000 |
| | | Produire un rapport technique sur les bonnes pratiques de la lutte antitabac | - | 1 500 000 | 1 500 000 | 1 500 000 | 1 500 000 | 6 000 000 | 12 000 |
| | | Sous-total Objectif Promouvoir la recherche action | | | | 44 500 000 | 9 500 000 | 9 500 000 | 44 500 000 |
| Sous total Axe V | | | 6.020.000- | 71398000 | 22300000 | 22300000 | 57300000 | 179318000 | 358636 |

| Domaines de services | | Activité à réaliser | Budget /Année | | | | | Total en CFA | Total en dollars |
|--|---|--|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|-------------------|------------------|
| | | | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | | |
| AXE VI: RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DU PARTENARIAT | | | | | | | | | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE : RENFORCER LA COORDINATION ET LE PARTENARIAT DES ACTEURS DE LUTTE ANTITABAC | | | | | | | | | |
| MAINE DE SERVICE : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DU PARTENARIAT | Le cadre de coordination des interventions antitabac est mis en place | Organiser des missions dans les départements pour la mise en place des comités départementaux et communaux | | 11 148 000 | | - | - | 11 148 000 | 22 296 |
| | | Acquérir 1 véhicule 4*4 | - | 30 000 000 | - | - | - | 30 000 000 | 60 000 |
| | | Assurer le fonctionnement du Comité | 2 400 000 | 2 400 000 | 2 400 000 | 2 400 000 | 2 400 000 | 12 000 000 | 24 000 |
| | | Appuyer les comités départementaux et communaux dans l'élaboration des plans | | 6 544 000 | 6 544 000 | 6 544 000 | 6 544 000 | 26 176 000 | 52 352 |
| | | Appuyer le fonctionnement des comités départementaux et communaux | | 7 200 000 | 7 200 000 | 7 200 000 | 2 000 000 | 23 600 000 | 27 200 |
| | | Créer un site web d'information sur le tabac | | 10 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 25 000 000 | 50 000 |
| | | Mettre en place une ligne téléphonique info tabac | | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 20 000 000 | 40 000 |
| | | | | | | | | | |
| | | Organiser des réunions de coordinations avec les responsables des comités | - | 3 313 000 | 3 313 000 | 3 313 000 | 3 313 000 | 13 252 000 | 26 504 |

| | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|----------------|
| | départementaux et communaux | | | | | | | |
| | Participer aux réunions internationales | - | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 20 000 000 | 40 000 |
| | Organiser des missions de supervisions du niveau central au niveau des départements | - | 7 464 000 | 7 464 000 | 7 464 000 | 7 464 000 | 29 866 000 | 59 932 |
| L'espace d'échange et de concertation entre les acteurs permettant de partager les informations et de rationaliser l'utilisation des ressources est mise en place | Mettre en place un fichier des acteurs intervenants dans la lutte antitabac | - | 2 500 000 | - | 2 500 000 | - | 5 000 000 | 10 000 |
| | Organiser des réunions de concertation entre acteurs de lutte antitabac | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 5 000 000 | 10 000 |
| Les unités multidisciplinaires sont mises en place | Identifier les unités | 500000 | | | | 500000 | 1.000000 | 2000 |
| | Organiser des réunions pour le renforcement des capacités | 1 572 000 | 1 572 000 | 1 572 000 | 1 572 000 | 6 288 000 | 12 576000 | 25152 |
| Le partenariat avec les organisations internationales est effectif | Organiser les réunions de plaidoyer | 500 000 | | | | 500 000 | 1 000000 | 2000 |
| Sous-total Axe VI | | 5972000 | 93141000 | 44493000 | 46993000 | 45018000 | 235618000 | 471236 |
| Total Plan Stratégique National de lutte antitabac | | 42130000 | 398679500 | 285121000 | 138103000 | 330632000 | 1194665500 | 2389331 |