

Rôle des agents de santé communautaire dans la détection des maladies zoonotiques liées à la faune sauvage à Kinshasa

A.M. MUNDUKU¹, D.B. KATUBILONDI¹, P.N. MULULU¹, M.W. KABAMBA^{1*}

(Reçu le 24/08/2026; Accepté le 22/09/2026)

Résumé

Les maladies zoonotiques liées à la faune sauvage constituent un enjeu important de santé publique et nécessitent une surveillance intégrée selon l'approche One Health. Dans ce contexte, les agents de santé communautaire peuvent contribuer à la détection précoce et au signalement des événements sanitaires. Cette étude a visé à évaluer leur rôle dans la détection des zoonoses liées à la faune sauvage, en considérant leurs connaissances, leurs capacités d'identification, leurs pratiques de signalement, les obstacles rencontrés ainsi que les facteurs associés à leurs connaissances. Une étude transversale descriptive et analytique a été menée auprès de 248 agents de santé communautaire. Les résultats montrent que 92,7 % des agents connaissaient les maladies zoonotiques et 91,9 % leur transmission de la faune sauvage à l'homme. En outre, 71,8 % avaient reçu une formation spécifique. Toutefois, seuls 38,7 % déclaraient pouvoir identifier les signes de maladie chez la faune sauvage. Par ailleurs, 70,2 % disposaient d'outils de signalement et 85,5 % avaient déjà signalé un cas suspect. La faible collaboration avec les services vétérinaires constituait le principal obstacle, rapporté par 54,8 % des répondants. L'âge, le niveau d'instruction et la zone d'intervention étaient significativement associés aux connaissances. En conclusion, les agents de santé communautaire constituent des acteurs importants de la surveillance des zoonoses, mais leurs capacités devraient être renforcées par la formation continue, l'amélioration des outils de signalement et une meilleure collaboration avec les services vétérinaires.

Mots clés: Agents de santé communautaire, zoonoses, faune sauvage, détection, surveillance, One Health

Role of community health workers in detecting wildlife-related zoonotic diseases in Kinshasa

Abstract

Wildlife-related zoonotic diseases represent an important public health concern and require integrated surveillance based on the One Health approach. In this context, community health workers can contribute to the early detection and reporting of unusual health events. This study aimed to assess their role in detecting wildlife-related zoonotic diseases by considering their knowledge, identification capacities, reporting practices, encountered barriers, and factors associated with their knowledge. A descriptive and analytical cross-sectional study was conducted among 248 community health workers. Data were analyzed using descriptive statistics and bivariate analyses, mainly the Chi-square test, with statistical significance set at 5%. The results showed that 92.7% of respondents were aware of zoonotic diseases and 91.9% knew that some zoonoses could be transmitted from wildlife to humans. In addition, 71.8% had received specific training on wildlife-related zoonoses. However, only 38.7% reported being able to identify signs of disease in wildlife. Furthermore, 70.2% had access to reporting tools and 85.5% had previously reported a suspected zoonotic case. Weak collaboration with veterinary services was the main barrier, reported by 54.8% of respondents. Age, educational level, and area of intervention were significantly associated with knowledge of zoonotic diseases and their transmission from wildlife to humans. In conclusion, community health workers represent important actors in zoonotic disease surveillance. However, their contribution should be strengthened through continuous training, improved reporting tools, and closer collaboration with veterinary services within a One Health framework.

Keywords: Community health workers, zoonoses, wildlife, detection, surveillance, One Health

INTRODUCTION

Les maladies zoonotiques constituent un enjeu majeur de santé publique, particulièrement lorsqu'elles impliquent la faune sauvage. Jones *et al.* (2008) ont montré que 60,3 % des événements de maladies infectieuses émergentes étudiés étaient d'origine zoonotique et que 71,8 % de ceux-ci provenaient de la faune sauvage. Cette situation place l'interface homme-animal-environnement au cœur de la prévention des maladies émergentes.

Dans cette perspective, l'approche One Health constitue un cadre privilégié de prévention, de surveillance et de réponse. La FAO, le PNUE, l'OMS et l'OMSA (2022) insistent sur la collaboration entre les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale.

Les agents de santé communautaire occupent une position stratégique dans ce dispositif en raison de leur proximité avec les populations. Ils peuvent contribuer à la reconnaissance et au signalement précoces des événements sanitaires. En RDC, O'Keeffe *et al.* (2023) ont montré, lors de l'épidémie d'Ebola de 2018–2020, l'importance de la surveillance communautaire dans la détection des alertes.

Cependant, cette contribution dépend des connaissances, de la formation, des capacités d'identification, des outils de signalement et de la collaboration avec les services sanitaires et vétérinaires. C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude sur le rôle des agents de santé communautaire dans la détection des maladies zoonotiques liées à la faune sauvage.

Les interactions croissantes entre les populations humaines, les animaux domestiques et la faune sauvage favorisent l'émergence et la transmission de maladies zoonotiques. Jones *et al.* (2008) ont montré l'importance de la faune sauvage dans l'émergence des maladies infectieuses, tandis que la FAO, le PNUE, l'OMS et l'OMSA (2022) recommandent une surveillance intégrée selon l'approche One Health.

En Afrique, plusieurs études ont mis en évidence des insuffisances dans les connaissances des acteurs de santé. En Tanzanie, John *et al.* (2008) ont observé des lacunes dans la connaissance des causes, des signes cliniques et du diagnostic de certaines zoonoses, et ont recommandé une collaboration accrue entre les secteurs médical et vétérinaire. Au Tchad, Mbaipago *et al.* (2020) ont montré que les connaissances sur la rage variaient notamment selon le niveau d'instruction et la formation.

¹ Département des Cliniques, Unités des Maladies Parasitaires, Faculté de Médecine Vétérinaire, Université Pédagogique Nationale, Kinshasa, RDC

Au Ghana, Dogbey *et al.* (2025) ont rapporté que 79,7 % des professionnels interrogés savaient définir une zoonose, mais que seulement 18,7 % identifiaient correctement les maladies zoonotiques proposées. En Éthiopie, Bekele *et al.* (2024), étudiant les connaissances relatives au mpox, ont également souligné la nécessité de renforcer les compétences des professionnels de santé.

En RDC, Stolka *et al.* (2018) ont relevé des insuffisances concernant la formation des agents, la maîtrise de certaines définitions de cas et la disponibilité des outils de notification des zoonoses. À l'inverse, l'expérience de surveillance communautaire pendant l'épidémie d'Ebola a montré l'efficacité potentielle des agents communautaires lorsqu'ils sont formés et supervisés. O'Keeffe *et al.* (2023) ont ainsi observé une augmentation importante de la contribution de la surveillance communautaire aux alertes sanitaires.

Plus récemment, Kinzie *et al.* (2026) ont décrit en RDC un dispositif de surveillance One Health associant les secteurs de la santé humaine et animale, tout en soulignant la nécessité de renforcer les capacités vétérinaires et les infrastructures de surveillance.

Ainsi, la littérature confirme à la fois l'importance des agents communautaires dans la détection précoce des menaces sanitaires et l'existence de limites liées aux connaissances, à la formation, aux outils de notification et à la collaboration intersectorielle. La présente étude vise donc à documenter, chez les agents de santé communautaire, leurs connaissances, leurs capacités et leurs pratiques relatives aux zoonoses liées à la faune sauvage, ainsi que les caractéristiques susceptibles d'être associées à leurs connaissances.

La détection précoce d'une maladie zoonotique constitue une étape essentielle pour limiter sa diffusion et permettre une réponse sanitaire appropriée. Dans les zones où les populations entretiennent des contacts directs ou indirects avec les animaux, et particulièrement avec la faune sauvage, la capacité à reconnaître rapidement des manifestations inhabituelles chez l'homme ou l'animal et à transmettre l'information aux structures compétentes devient déterminante.

La RDC présente un contexte dans lequel cette question revêt une importance particulière. Les expériences de surveillance des zoonoses montrent que le pays dispose d'acteurs et de dispositifs susceptibles de contribuer à la détection précoce, mais que des difficultés liées à la formation, aux outils de surveillance et aux capacités institutionnelles persistent (Stolka *et al.*, 2018). Par ailleurs, l'expérience de la maladie à virus Ebola a montré qu'un réseau d'agents communautaires formés, supervisés et intégrés au système sanitaire peut améliorer considérablement le signalement des alertes (O'Keeffe *et al.*, 2023).

Cependant, la surveillance d'une zoonose liée à la faune sauvage ne se limite pas à l'identification d'un malade dans la communauté. Elle suppose que les acteurs de première ligne comprennent le concept de zoonose et les possibilités de transmission entre l'animal et l'homme, soient capables d'identifier certains signaux d'alerte, disposent de mécanismes permettant de transmettre rapidement l'information et sachent vers quelles structures orienter le signalement. Elle nécessite également une coordination entre les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale, conformément à l'approche One Health.

Or, le fait d'être agent de santé communautaire ne garantit pas à lui seul un niveau homogène de préparation. Les connais-

sances peuvent être influencées par la formation, mais également par les caractéristiques individuelles et professionnelles. Les travaux réalisés au Tchad et au Ghana, par exemple, montrent que les connaissances relatives aux zoonoses peuvent varier selon le niveau d'instruction, la profession, l'expérience ou d'autres caractéristiques des professionnels interrogés (Mbaipago *et al.*, 2020; Dogbey *et al.*, 2025).

Dès lors, il devient nécessaire de déterminer non seulement ce que les agents de santé communautaire connaissent et font en matière de détection des zoonoses liées à la faune sauvage, mais également d'identifier les caractéristiques qui pourraient être associées aux différences de connaissances observées.

Ce travail est conduit en vue de déterminer le profil socio-démographique et professionnel, le niveau de connaissance, la formation, les capacités d'identification, les pratiques de signalement, la perception du rôle et les principaux obstacles des agents de santé communautaire dans la détection et la prévention des maladies zoonotiques liées à la faune sauvage et d'identifier les facteurs associés à leur connaissance des maladies zoonotiques et de leur transmission de la faune sauvage à l'homme.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Milieu d'étude

La présente étude a été réalisée dans la ville-province de Kinshasa, capitale de la République Démocratique du Congo. Kinshasa constitue un vaste espace urbain caractérisé par une forte concentration de la population, une urbanisation rapide, une diversité des activités économiques et une coexistence étroite entre les populations humaines, les animaux domestiques et différents compartiments de l'environnement. Ces caractéristiques constituent un contexte favorable à l'étude des maladies zoonotiques, particulièrement celles dont l'émergence est associée aux interactions entre l'homme, l'animal et l'environnement (Pumbu Mabaya, 2011).

Situation géographique de la Zone de Santé de Binza Ozone

La Zone de Santé de Binza Ozone est située dans la commune de Ngaliema, dans la partie ouest de la ville-province de Kinshasa. Elle est implantée dans le quartier Kinsuka-Pêcheurs. D'après Pumbu Mabaya (2011), elle est limitée au nord par le fleuve Congo et la rivière Binza, au sud par l'avenue Général Masiala, à l'est par les avenues Mbenseke, Kwango et OUA, tandis qu'à l'ouest elle est limitée par la rivière Lukunga. La zone est également traversée par les rivières Lukunga et Binza, ce qui lui confère des caractéristiques environnementales particulières (Pumbu Mabaya, 2011).

La proximité du fleuve Congo et des différents cours d'eau constitue un élément important dans la caractérisation écologique de cette zone. Les milieux riverains peuvent favoriser la présence de différentes espèces animales et de vecteurs et accroître les possibilités de contacts entre les populations humaines, les animaux et leur environnement. Pumbu Mabaya (2011) rapporte notamment la présence de simules dans les secteurs riverains de la zone de santé et souligne leur importance dans la transmission de l'onchocercose (Pumbu Mabaya, 2011).

Organisation sanitaire de la Zone de Santé de Binza Ozone

La Zone de Santé de Binza Ozone dispose d'un réseau de formations sanitaires destiné à assurer les soins de santé primaires et les activités de prévention au bénéfice de la population. Les données publiées par l'Agence Congolaise de Presse indiquent que cette zone de santé comprend notamment les aires de santé de Basoko, Joli Parc, Kinsuka-Pêcheur 1 et 2, Lukunga 1 et 2, Maman Yemo 1 et 2, Manenga 1 et 2, Mfinda, Munganga 1 et 2, Musey et Cité des Anciens Combattants (ACP, 2022).

L'organisation sanitaire de la zone repose également sur la participation des acteurs communautaires. Les relais communautaires interviennent notamment dans les activités de sensibilisation, de prévention, de mobilisation sociale et de transmission de certaines informations sanitaires. Cette proximité avec les communautés constitue un élément particulièrement important pour une étude portant sur la détection précoce des maladies zoonotiques (ACP, 2022).

Situation de l'Hôpital de la Rive

L'Hôpital de la Rive constitue une structure sanitaire importante située dans la Zone de Santé de Binza Ozone. Son rôle dans la prise en charge des populations de cette zone est ancien. Pumbu Mabaya (2011) rapporte qu'en 2000, un bâtiment de l'Hôpital de la Rive a été réhabilité et que le bureau central de la Zone de Santé de Binza Ozone y a été installé. L'hôpital constitue ainsi un niveau de référence important pour les activités sanitaires réalisées dans cette partie de Kinshasa (Pumbu Mabaya, 2011).

L'importance de l'Hôpital de la Rive dans l'organisation sanitaire locale est également rapportée dans des documents plus récents. En 2022, des infirmiers titulaires et des représentants communautaires de la Zone de Santé de Binza Ozone ont notamment été formés à l'Hôpital de la Rive dans le cadre d'activités de santé publique. Cette implication des acteurs communautaires illustre l'existence d'un lien fonctionnel entre les structures sanitaires et les communautés desservies (ACP, 2022).

Caractéristiques environnementales et intérêt pour l'étude des zoonoses

Le milieu d'étude présente un intérêt particulier dans le cadre de la surveillance des maladies zoonotiques en raison de l'existence de contacts multiples entre les populations humaines, les animaux et l'environnement. La présence de cours d'eau, de zones riveraines et de différents espaces occupés par les populations crée des interfaces où peuvent se produire des interactions entre l'homme, les animaux domestiques, les animaux sauvages et les vecteurs. L'approche «Une seule santé» considère précisément que la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes sont interdépendantes (OMS *et al.*, 2022).

La proximité des populations avec les animaux et les produits d'origine animale représente également un élément important dans l'analyse du risque zoonotique. Les maladies zoonotiques peuvent être transmises à l'être humain à travers différents modes d'exposition, notamment les contacts directs avec les animaux, les morsures et griffures, la manipulation des produits animaux, la consommation de produits contaminés ou encore l'exposition à des en-

vironnements contaminés. L'identification précoce de ces situations nécessite donc une surveillance impliquant aussi bien les professionnels de santé que les acteurs communautaires (Jones *et al.*, 2008).

Importance du milieu d'étude pour le rôle des agents de santé communautaire

Le choix de ce milieu d'étude se justifie par la place occupée par les agents et relais communautaires dans les activités de santé publique. Ces acteurs constituent une interface entre les populations et les services de santé. Leur présence au sein des communautés leur permet d'être relativement proches des ménages et d'identifier certains événements inhabituels pouvant nécessiter une notification aux structures sanitaires (OMS, 2018).

Dans le contexte spécifique des maladies zoonotiques liées à la faune sauvage, les agents de santé communautaire peuvent contribuer à la détection d'événements tels que les morsures ou griffures par des animaux, les contacts inhabituels avec la faune sauvage, la manipulation ou la consommation de viande de brousse, ainsi que l'apparition de maladies inhabituelles chez les personnes exposées aux animaux. Leur implication peut donc contribuer au renforcement de la surveillance communautaire et à l'orientation rapide des cas suspects vers les structures sanitaires compétentes (OMS, 2022).

Justification du choix du site d'étude

Le choix de la Zone de Santé de Binza Ozone et de l'Hôpital de la Rive comme milieu d'étude se justifie ainsi par l'existence d'un réseau de structures sanitaires, la participation d'acteurs communautaires aux activités de santé publique et les caractéristiques environnementales particulières de cette partie de Kinshasa. Ces éléments offrent un cadre approprié pour analyser les connaissances, les pratiques et les capacités des agents de santé communautaire en matière de détection et de notification des maladies zoonotiques associées à la faune sauvage (Pumbu Mabaya, 2011; ACP, 2022).

Approches méthodologiques

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique. Le volet descriptif a permis de caractériser les agents de santé communautaire et d'apprécier leurs connaissances, leur formation, leurs capacités d'identification, leurs pratiques de signalement, leur perception de leur rôle ainsi que les obstacles rencontrés dans la détection et la prévention des maladies zoonotiques liées à la faune sauvage. Le volet analytique a consisté à rechercher les associations entre certaines caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et contextuelles des agents et leurs connaissances relatives aux zoonoses et à leur transmission de la faune sauvage à l'homme.

Population cible

La population cible était constituée des agents de santé communautaire exerçant dans la zone d'étude. L'étude a porté sur 248 agents de santé communautaire ayant participé à l'enquête et fourni les informations nécessaires à l'analyse. Pour certaines variables relatives aux destinataires des signalements, l'analyse a porté uniquement sur les répondants concernés et disposant de données renseignées.

Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés ont été regroupés en quatre catégories.

Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles comprenaient le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, l'ancienneté comme agent de santé communautaire et la zone d'intervention.

Les paramètres relatifs aux connaissances et capacités en matière de zoonoses comprenaient la connaissance des maladies zoonotiques, la connaissance de leur transmission de la faune sauvage à l'homme, la formation sur les zoonoses liées à la faune sauvage, la fréquence de contact avec les cas suspects ainsi que la capacité d'identification des signes de maladie chez l'homme et chez la faune sauvage. Ces dimensions correspondent aux paramètres effectivement présentés dans les résultats.

Les pratiques de surveillance et de signalement portaient sur l'accès aux outils de signalement, l'expérience antérieure de signalement d'un cas suspect et les destinataires des signalements, notamment le médecin ou l'infirmier, l'autorité sanitaire locale, les ONG ou projets de santé et les autres structures.

Enfin, les paramètres relatifs au rôle et aux contraintes comprenaient la perception de l'importance du rôle des agents dans la prévention des zoonoses, le manque de formation, le manque de matériel, la faible collaboration avec les services vétérinaires, le manque d'intérêt de la communauté et les autres obstacles.

Analyse des données

L'analyse des données a comporté deux étapes. Dans un premier temps, une analyse descriptive a été réalisée. Les variables qualitatives ont été résumées par leurs effectifs et leurs pourcentages afin de décrire le profil des agents, leurs connaissances, leurs capacités, leurs pratiques de signalement et les obstacles rencontrés.

Dans un second temps, une analyse bivariable a été effectuée afin d'étudier les relations entre les caractéristiques des agents et deux principales variables d'intérêt : la connaissance des maladies zoonotiques et la connaissance de la transmission des zoonoses de la faune sauvage à l'homme. Les variables explicatives considérées étaient le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, l'ancienneté comme agent de santé communautaire et la zone d'intervention. Cette structure correspond aux analyses présentées dans les résultats.

Les associations entre variables qualitatives ont été évaluées principalement au moyen du test du Chi-deux de Pearson. Lorsque les conditions d'application du Chi-deux classique n'étaient pas satisfaites en raison de faibles effectifs théoriques, le Chi-deux de Pearson avec simulation ou le test exact de Fisher a été utilisé selon la structure du tableau de contingence. Les résultats des croisements ont été présentés sous forme d'effectifs et de pourcentages en ligne.

Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %. Ainsi, une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme indiquant une association statistiquement significative entre les variables étudiées. Les valeurs manquantes ont été exclues des analyses correspondant aux variables concernées.

RÉSULTATS

Il est question ici de la présentation des résultats issus de l'analyse des données recueillies auprès des agents de santé communautaire. Afin d'en faciliter la lecture et l'interprétation, les résultats sont organisés en deux grandes parties complémentaires. La première porte sur l'analyse descriptive des caractéristiques des répondants, de leurs connaissances, de leurs capacités, de leurs pratiques de signalement et des contraintes rencontrées. La seconde est consacrée à l'analyse des associations entre les principales variables socio-démographiques, professionnelles et contextuelles et les connaissances relatives aux maladies zoonotiques et à leur transmission de la faune sauvage à l'homme.

Résultats descriptifs relatifs au profil, aux connaissances et aux pratiques des agents de santé communautaire

Cette section présente les caractéristiques générales des 248 agents de santé communautaire ayant participé à l'étude. Elle décrit successivement leur profil socio-démographique et professionnel, leur niveau de connaissance des maladies zoonotiques et de leur transmission de la faune sauvage à l'homme, leur formation spécifique, leur fréquence de contact avec les cas suspects ainsi que leurs capacités d'identification des signes de maladie chez l'homme et chez la faune sauvage. Elle présente également leur accès aux outils de signalement, leur expérience en matière de notification des cas suspects, les principaux destinataires des signalements ainsi que leur perception de leur rôle dans la prévention des zoonoses et les obstacles rencontrés dans l'exercice de cette fonction.

Le tableau 1 montre une légère prédominance masculine, les hommes représentant 56,4 % des agents enquêtés contre 43,5 % de femmes. Les participants étaient principalement

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des agents de santé communautaire enquêtés

Variable	Effectif (n=248)	Proportion (%)
Sexe		
Féminin	108	43,5
Masculin	140	56,4
Âge		
Moins de 25 ans	22	8,87
25–34 ans	108	43,5
35–44 ans	66	26,6
45–54 ans	32	12,9
55 ans et plus	20	8,06
Niveau d'instruction		
Aucun	8	3,23
Primaire	2	0,81
Secondaire	30	12,1
Supérieur	208	83,9
Ancienneté comme agent de santé communautaire		
Moins de 1 an	32	12,9
1–3 ans	118	47,6
4–6 ans	70	28,2
Plus de 6 ans	28	11,3
Zone d'intervention		
Urbaine	204	82,3
Périurbaine	16	6,4
Rurale	28	11,3

âgés de 25 à 34 ans (43,5 %), suivis de ceux de 35 à 44 ans (26,6 %). La population étudiée se caractérisait également par un niveau d'instruction élevé, puisque 83,9 % des répondants avaient atteint le niveau supérieur. En matière d'expérience professionnelle, près de la moitié des agents (47,6 %) avaient entre 1 et 3 ans d'ancienneté, tandis que 28,2 % comptaient entre 4 et 6 ans d'expérience. Enfin, les activités des agents étaient très majoritairement exercées en zone urbaine (82,3 %), les zones rurales et périurbaines étant moins représentées.

Les résultats indiquent un niveau globalement élevé de connaissance des zoonoses parmi les agents de santé communautaire (Tableau 2). En effet, 92,7 % avaient connaissance des maladies zoonotiques et 91,9 % savaient que certaines maladies pouvaient être transmises de la faune sauvage à l'homme. Plus de sept agents sur dix (71,8 %) avaient déjà bénéficié d'une formation sur les zoonoses liées à la faune sauvage. Toutefois, l'exposition aux cas suspects semblait généralement occasionnelle, puisque 47,6 % déclaraient y être rarement confrontés et 33,1 % parfois. Concernant les capacités d'identification, 69,3 % estimaient pouvoir reconnaître les signes zoonotiques chez l'homme, alors que cette capacité était moins affirmée pour les animaux sauvages: seuls 38,7 % déclaraient pouvoir identifier les signes de maladie chez la faune sauvage, tandis que 41,1 % ne le pouvaient que partiellement.

Une proportion importante des agents disposait de moyens permettant de signaler les cas suspects. Ainsi, 70,2 % déclaraient avoir accès à des outils ou supports de signalement. Par ailleurs, 85,5 % avaient déjà signalé au moins un cas suspect de maladie zoonotique (Tableau 3).

Tableau 2: Connaissances, formation et capacités d'identification des zoonoses liées à la faune sauvage

Variable	Effectif (n=248)	Proportion (%)
Connaissance des maladies zoonotiques		
Oui	230	92,7
Non	18	7,26
Connaissance de la transmission des zoonoses de la faune sauvage à l'homme		
Oui	228	91,9
Non	20	8,06
Formation sur les zoonoses liées à la faune sauvage		
Oui	178	71,8
Non	70	28,2
Fréquence de contact avec des cas suspects de maladies d'origine animale		
Jamais	14	5,65
Rarement	118	47,6
Parfois	82	33,1
Souvent	34	13,7
Capacité d'identification des signes zoonotiques chez l'homme		
Oui	172	69,3
Partiellement	52	21,0
Non	24	9,68
Capacité d'identification des signes de maladie chez la faune sauvage		
Oui	96	38,7
Partiellement	102	41,1
Non	50	20,2

Tableau 3: Accès aux outils et expérience de signalement des cas suspects de zoonoses

Variables	Effectif (n=248)	Proportion (%)
Accès aux outils de signalement		
Oui	174	70,2
Non	74	29,8
Expérience antérieure de signalement d'un cas suspect		
Oui	212	85,5
Non	36	14,5

Parmi les 182 répondants pour lesquels les informations sur les destinataires du signalement étaient disponibles ou applicables, le médecin ou l'infirmier constituait le principal recours, cité par 57,1 % des agents (Tableau 4). L'autorité sanitaire locale était sollicitée par 37,4 % des répondants. En revanche, le recours aux ONG ou projets de santé était faible (6,59 %), tandis que seulement 2,20 % déclaraient signaler les cas suspects à d'autres structures.

Tableau 4: Destinataires des signalements de cas suspects de zoonoses parmi les agents concernés

Destinataire du signalement	Effectif (n=182)	Proportion (%)
Médecin ou infirmier		
Oui	104	57,1
Non	78	42,9
Autorité sanitaire locale		
Oui	68	37,4
Non	114	62,6
ONG ou projet de santé		
Oui	12	6,59
Non	170	93,4
Autre structure		
Oui	4	2,20
Non	178	97,8

Une très large majorité des agents de santé communautaire (91,9 %) considérait que leur rôle était important dans la prévention des zoonoses, contre seulement 3,23 % qui ne partageaient pas cette perception (Tableau 5). Parmi les contraintes identifiées, la faible collaboration avec

Tableau 5: Perception du rôle des agents de santé communautaire dans la prévention des zoonoses et obstacles rencontrés

Variable	Effectif (n=248)	Proportion (%)
Perception de l'importance du rôle dans la prévention des zoonoses		
Oui	228	91,9
Non	8	3,23
Ne sait pas	12	4,84
Manque de formation		
Oui	82	33,1
Non	166	66,9
Manque de matériel		
Oui	78	31,4
Non	170	68,5
Faible collaboration avec les services vétérinaires		
Oui	136	54,8
Non	112	45,2
Manque d'intérêt de la communauté		
Oui	4	1,61
Non	244	98,4
Autres obstacles		
Oui	10	4,03
Non	238	96,0

les services vétérinaires apparaissait comme l'obstacle principal, rapporté par 54,8 % des répondants. Le manque de formation concernait 33,1 % des agents et le manque de matériel 31,4 %. En revanche, le manque d'intérêt de la communauté n'était cité que par 1,61 % des enquêtés, tandis que 4,03 % mentionnaient d'autres obstacles.

Résultats analytiques des facteurs associés aux connaissances des zoonoses liées à la faune sauvage

Après la description générale des caractéristiques et des pratiques des agents de santé communautaire, cette sous-section examine les facteurs susceptibles d'être associés à leurs connaissances relatives aux zoonoses. Les analyses portent notamment sur le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, l'ancienneté comme agent de santé communautaire et la zone d'intervention. Ces caractéristiques sont mises en relation, d'une part, avec la connaissance générale des maladies zoonotiques et, d'autre part, avec la connaissance de leur transmission de la faune sauvage à l'homme. Les associations sont appréciées à partir des tests statistiques appropriés, au seuil de signification de 5 %, afin d'identifier les caractéristiques pouvant être liées aux différences de niveau de connaissance observées parmi les agents enquêtés.

Le tableau 6 montre que la connaissance des maladies zoonotiques était globalement élevée, puisque 92,7 % des agents avaient déjà entendu parler de ces maladies. Cette

Tableau 6: Association entre les caractéristiques socio-démographiques et la connaissance des maladies zoonotiques chez les agents de santé communautaire

Caractéristiques	Non (%)	Oui (%)	Total (%)	p-value
Sexe				
Féminin	8 (7,41)	100 (92,6)	108	0,9365
Masculin	10 (7,14)	130 (92,9)	140	
Âge				
Moins de 25 ans	6 (27,27)	16 (72,7)	22	0,0018*
25–34 ans	6 (5,56)	102 (94,4)	108	
35–44 ans	6 (9,09)	60 (90,9)	66	
45–54 ans	0 (0,00)	32 (100)	32	
55 ans et plus	0 (0,00)	20 (100)	20	
Niveau d'instruction				
Aucun	2 (25,00)	6 (75,0)	8	0,0141*
Primaire	0 (0,00)	2 (100)	2	
Secondaire	6 (20,00)	24 (80,0)	30	
Supérieur	10 (4,81)	198 (95,2)	208	

connaissance était pratiquement identique chez les femmes (92,6 %) et les hommes (92,9 %). L'absence d'association statistiquement significative entre le sexe et la connaissance des zoonoses confirme que le niveau de connaissance ne variait pas selon le sexe.

En revanche, la connaissance des maladies zoonotiques variait significativement selon l'âge. Elle était particulièrement faible chez les moins de 25 ans, dont seulement 72,7 % connaissaient les zoonoses, contre 94,4 % chez les 25–34 ans, 90,9 % chez les 35–44 ans et 100 % parmi les agents de 45 ans ou plus. Cette différence entre les classes d'âge est statistiquement significative.

Le niveau d'instruction était également significativement associé à la connaissance des maladies zoonotiques. La proportion d'agents connaissant les zoonoses atteignait 95,2 % chez ceux ayant un niveau supérieur, contre 80,0

% au niveau secondaire et 75,0 % parmi ceux n'ayant aucune instruction.

La proportion d'agents connaissant les maladies zoonotiques semblait augmenter avec l'ancienneté professionnelle: elle était de 87,5 % chez ceux ayant moins d'un an d'expérience, de 91,5 % chez ceux ayant entre 1 et 3 ans (Tableau 7), de 94,3 % chez ceux ayant entre 4 et 6 ans, et atteignait 100 % chez ceux comptant plus de 6 ans d'expérience. Toutefois, cette variation n'était pas statistiquement significative. Il n'est donc pas possible, sur la base de ces données, de conclure à une association entre l'ancienneté professionnelle et la connaissance des zoonoses.

Tableau 7: Association entre les caractéristiques professionnelles et contextuelles et la connaissance des maladies zoonotiques chez les agents de santé communautaire

Caractéristiques	Non (%)	Oui (%)	Total (%)	p-value
Ancienneté comme agent de santé communautaire				
Moins de 1 an	4 (12,5)	28 (87,5)	32	0,2625
1–3 ans	10 (8,5)	108 (91,5)	118	
4–6 ans	4 (5,71)	66 (94,3)	70	
Plus de 6 ans	0 (0,00)	28 (100)	28	
Zone d'intervention				
Périurbaine	2 (12,5)	14 (87,5)	16	0,0006*
Rurale	8 (28,6)	20 (71,4)	28	
Urbaine	8 (3,9)	196 (96,1)	204	

La zone d'intervention était significativement associée à la connaissance des maladies zoonotiques. La proportion d'agents connaissant les zoonoses était particulièrement élevée en zone urbaine (96,1 %) et en zone périurbaine (87,5 %), alors qu'elle n'était que de 71,4 % en zone rurale.

Dans l'ensemble, 91,9 % des agents connaissaient la possibilité de transmission des zoonoses de la faune sauvage à l'homme. Cette connaissance était élevée aussi bien chez les femmes (90,7 %) que chez les hommes (92,9 %) (Tableau 8). La différence observée selon le sexe n'était toutefois pas statistiquement significative, ce qui indique que la connaissance de cette voie de transmission ne variait pas de manière significative entre les hommes et les femmes.

Tableau 8: Association entre les caractéristiques socio-démographiques et la connaissance de la transmission des zoonoses de la faune sauvage à l'homme

Caractéristiques	Non (%)	Oui (%)	Total (%)	p-value
Sexe				
Féminin	10 (9,26)	98 (90,7)	108	0,5439
Masculin	10 (7,1)	130 (92,9)	140	
Âge				
Moins de 25 ans	6 (27,3)	16 (72,7)	22	0,0007*
25–34 ans	4 (3,7)	104 (96,3)	108	
35–44 ans	10 (15,1)	56 (84,8)	66	
45–54 ans	0 (0,00)	32 (100)	32	
55 ans et plus	0 (0,00)	20 (100)	20	
Niveau d’instruction				
Aucun	2 (25,0)	6 (75,0)	8	0,0229*
Primaire	0 (0,00)	2 (100)	2	
Secondaire	6 (20,00)	24 (80,0)	30	
Supérieur	12 (5,77)	196 (94,2)	208	

Une association statistiquement significative a été observée avec l'âge. La proportion d'agents connaissant cette transmission était de 72,7 % chez les moins de 25 ans, contre 96,3 % chez les 25–34 ans, 84,8 % chez les 35–44 ans et 100 % chez les agents âgés de 45 ans ou plus.

Le niveau d'instruction était également significativement associé à cette connaissance. La connaissance atteignait 94,2 % chez les agents ayant un niveau supérieur, contre 80,0 % chez ceux de niveau secondaire et 75,0 % chez ceux sans instruction.

La connaissance de la transmission des zoonoses de la faune sauvage à l'homme variait selon l'ancienneté professionnelle. Elle concernait 81,2 % des agents ayant moins d'un an d'expérience, 93,2 % de ceux ayant entre 1 et 3 ans, 91,4 % de ceux ayant entre 4 et 6 ans et 100 % de ceux ayant plus de 6 ans d'expérience (Tableau 9). Toutefois, cette association n'atteignait pas le seuil conventionnel de signification statistique.

Tableau 9: Association entre les caractéristiques professionnelles et contextuelles et la connaissance de la transmission des zoonoses de la faune sauvage à l'homme

Caractéristiques	Non (%)	Oui (%)	Total (%)	p-value
Ancienneté comme agent de santé communautaire				
Moins de 1 an	6 (18,7)	26 (81,2)	32	0,0518
1–3 ans	8 (6,78)	110 (93,2)	118	
4–6 ans	6 (8,57)	64 (91,4)	70	
Plus de 6 ans	0 (0,00)	28 (100)	28	
Zone d'intervention				
Périurbaine	2 (12,5)	14 (87,5)	16	0,0010*
Rurale	8 (28,6)	20 (71,4)	28	
Urbaine	10 (4,90)	194 (95,1)	204	

La zone d'intervention était significativement associée à la connaissance de cette transmission. La proportion d'agents informés atteignait 95,1 % en milieu urbain, contre 87,5 % en zone périurbaine et seulement 71,4 % en zone rurale. Cette distribution met en évidence un déficit relatif de connaissance chez les agents exerçant en milieu rural par rapport à ceux intervenant en milieu urbain.

DISCUSSION

La présente étude a eu pour objectif d'apprécier le rôle des agents de santé communautaire dans la détection des maladies zoonotiques liées à la faune sauvage, en considérant notamment leurs caractéristiques socio-démographiques et professionnelles, leurs connaissances, leurs capacités d'identification, leurs pratiques de signalement ainsi que les contraintes rencontrées. Dans l'ensemble, les résultats mettent en évidence un niveau élevé de connaissance générale des zoonoses et de leur transmission de la faune sauvage à l'homme, mais révèlent également certaines insuffisances concernant l'identification des signes chez les animaux sauvages, la disponibilité des outils de signalement et surtout la collaboration avec les services vétérinaires. Les analyses bivariées montrent par ailleurs que l'âge, le niveau d'instruction et la zone d'intervention sont associés aux connaissances relatives aux zoonoses, contrairement au sexe et, dans la plupart des analyses, à l'ancienneté professionnelle.

Les résultats montrent une légère prédominance des hommes (56,4 %) sur les femmes (43,5 %). Les agents âgés de 25 à 34 ans étaient les plus représentés (43,5 %), suivis de ceux âgés de 35 à 44 ans (26,6 %). Par ailleurs, 83,9 % des répondants avaient un niveau d'instruction supérieur, tandis que près de la moitié (47,6 %) comptaient entre 1 et 3 ans d'expérience. La majorité exerçait en milieu urbain (82,3 %).

Cette forte proportion d'agents ayant un niveau d'instruction supérieur constitue un élément important pour l'interprétation des résultats relatifs aux connaissances. En effet, la formation initiale et la qualification professionnelle peuvent faciliter l'acquisition et l'utilisation des informations sanitaires. Dans une étude réalisée en RDC dans les provinces du Kasai et du Maniema, Ndela *et al.* (2024) ont montré que les niveaux de connaissance et de pratique des agents de santé étaient significativement meilleurs chez les professionnels ayant une qualification plus élevée et chez ceux ayant bénéficié d'une formation continue récente. Bien que leur étude ait porté sur la santé maternelle et infantile et non spécifiquement sur les zoonoses, elle confirme l'importance de la qualification et de l'actualisation des connaissances dans la performance des agents de santé.

La forte représentation des zones urbaines doit également être prise en considération. Elle pourrait avoir favorisé l'observation d'un niveau globalement élevé de connaissance, les agents travaillant en milieu urbain ayant potentiellement un meilleur accès aux formations, aux structures sanitaires, aux moyens de communication et aux dispositifs de surveillance. Cette interprétation est notamment compatible avec les observations de John *et al.* (2008) en Tanzanie, où les praticiens des structures rurales présentaient, pour certaines zoonoses, une connaissance moins satisfaisante de la transmission et des manifestations cliniques que ceux exerçant en milieu urbain.

Un des résultats majeurs de cette étude réside dans le niveau élevé de connaissance générale des zoonoses. En effet, 92,7 % des agents avaient déjà entendu parler des maladies zoonotiques et 91,9 % connaissaient la possibilité de transmission de certaines maladies de la faune sauvage à l'homme. En outre, 71,8 % avaient bénéficié d'une formation spécifique sur les zoonoses liées à la faune sauvage.

Ces proportions sont particulièrement élevées comparativement aux résultats obtenus par Dogbey *et al.* (2025) auprès de professionnels de santé au Ghana. Dans leur étude, 79,7 % des participants étaient capables de définir correctement une zoonose, mais seulement 18,7 % pouvaient identifier de manière satisfaisante les maladies zoonotiques proposées. Les auteurs soulignent ainsi qu'une connaissance générale du concept de zoonose ne garantit pas nécessairement une connaissance approfondie des maladies concernées et de leurs manifestations.

Cette observation est particulièrement pertinente pour les présents résultats. Bien que plus de neuf agents sur dix connaissent les zoonoses et leur possibilité de transmission à l'homme, la capacité déclarée d'identifier les signes de maladie était moins élevée. Ainsi, 69,3 % des répondants déclaraient pouvoir identifier les signes zoonotiques chez l'homme, mais seulement 38,7 % déclaraient pouvoir identifier correctement les signes de maladie chez la faune sauvage. De plus, 41,1 % ne pouvaient les identifier que partiellement.

Il existe donc une différence importante entre la connaissance générale du risque zoonotique et la capacité opérationnelle de détection chez l'animal. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les agents de santé communautaire sont principalement formés dans le domaine de la santé humaine et disposent probablement de moins de compétences cliniques concernant la faune sauvage. Un résultat comparable, quoique portant sur une zoonose spécifique, a été rapporté par Bekele *et al.* (2024) en Éthiopie: la majorité des professionnels de santé enquêtés présentaient un niveau insuffisant de connaissance du mpox, ce qui a conduit les auteurs à recommander un renforcement des compétences cliniques et de la formation des professionnels de santé.

Les résultats obtenus au Tchad par Mbaipago *et al.* (2020) vont dans le même sens. Ces auteurs ont mis en évidence des insuffisances importantes dans les connaissances des professionnels de santé humaine et animale concernant la rage, notamment pour certains aspects de sa transmission, de sa prévention et de sa prise en charge. Leur intervention de formation a amélioré plusieurs connaissances, mais certaines lacunes ont persisté, les conduisant à préconiser des formations continues et un suivi au-delà des formations ponctuelles.

Ainsi, les 71,8 % d'agents formés observés dans la présente étude constituent un résultat encourageant, mais le niveau relativement faible d'identification des signes chez les animaux sauvages montre que la formation ne devrait pas se limiter à la définition des zoonoses et à leurs modes de transmission. Elle devrait également porter sur la reconnaissance des événements inhabituels dans la faune, les comportements animaux suspects, les mortalités inhabituelles, les modalités de notification et la conduite à tenir devant un événement susceptible de représenter une menace zoonotique.

Dans la présente étude, 70,2 % des agents avaient accès à des outils ou supports de signalement et 85,48 % avaient déjà signalé un cas suspect de maladie zoonotique. Ces résultats témoignent d'une implication relativement importante des agents de santé communautaire dans les activités de surveillance.

Le rôle que peuvent jouer les agents communautaires dans la détection précoce des épidémies a été clairement démontré en RDC. Lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola de 2018–2020, O'Keeffe *et al.* (2023) ont montré que le renforcement de la surveillance communautaire, fondée notamment sur la formation des agents communautaires à l'identification et au signalement des alertes, avait permis d'obtenir des taux particulièrement élevés de notification. Après le renforcement du système, la contribution de la surveillance communautaire aux alertes enregistrées avait augmenté, illustrant la capacité des réseaux communautaires à contribuer concrètement à la détection précoce des maladies. Ces observations renforcent l'intérêt du taux de 85,48 % d'agents ayant déjà réalisé un signalement dans la présente étude. Elles montrent que les agents communautaires peuvent dépasser un simple rôle de sensibilisation pour devenir des acteurs opérationnels du système d'alerte précoce, à condition de disposer d'une formation appropriée, d'outils de notification simples et d'une supervision régulière.

Toutefois, le fait que 29,84 % des agents déclarent ne pas avoir accès aux outils de signalement reste préoccupant. En

RDC, Stolka *et al.* (2018), lors de l'évaluation du système de surveillance des zoonoses prioritaires à Kinshasa et dans le Haut-Katanga, avaient déjà relevé des insuffisances relatives à la formation des agents et à la disponibilité des outils standardisés de notification. Les auteurs ont notamment montré que l'absence de formulaires standardisés et de systèmes adéquats d'archivage pouvait compromettre la qualité des données de surveillance.

Concernant les destinataires du signalement, les résultats portent sur 182 répondants pour lesquels ces questions étaient applicables ou renseignées. Parmi eux, 57,1 % signalaient les cas au médecin ou à l'infirmier et 37,4 % à l'autorité sanitaire locale, alors que le recours aux ONG ou projets de santé (6,59 %) et aux autres structures (2,20 %) était beaucoup plus limité.

Cette distribution montre que le signalement reste essentiellement orienté vers le système de santé humaine. Or, dans le contexte des maladies liées à la faune sauvage, le dispositif idéal devrait permettre une circulation rapide de l'information entre la santé communautaire, les structures de santé humaine, les services vétérinaires et, lorsque cela est pertinent, les services chargés de la faune et de l'environnement. Le faible niveau apparent d'orientation vers d'autres secteurs rejoint ainsi la principale contrainte identifiée par les répondants, à savoir la faible collaboration avec les services vétérinaires.

La très grande majorité des répondants (91,9 %) considérait que leur rôle était important dans la prévention des zoonoses. Ce résultat traduit une forte perception de responsabilité et constitue un atout pour le développement d'une surveillance reposant davantage sur les communautés. Toutefois, plusieurs contraintes subsistent. La plus fréquemment rapportée était la faible collaboration avec les services vétérinaires (54,8 %), suivie du manque de formation (33,1 %) et du manque de matériel (31,4 %).

La faiblesse de la collaboration avec les services vétérinaires constitue un résultat particulièrement important, car les zoonoses liées à la faune sauvage se situent précisément à l'interface entre santé humaine, santé animale et environnement. John *et al.* (2008), à l'issue de leur étude en Tanzanie, avaient déjà recommandé le renforcement de la collaboration entre professionnels de santé humaine et vétérinaire afin d'améliorer le diagnostic, la notification et le contrôle des zoonoses.

De même, Mbaipago *et al.* (2020) ont montré, dans le cadre de la rage au Tchad, qu'une communication étroite entre les secteurs de la santé humaine et de la santé animale est indispensable pour assurer une réponse adéquate aux expositions et améliorer les pratiques de prévention.

Cette question demeure actuelle en RDC. Kinzie *et al.* (2026), dans une étude consacrée à la mise en œuvre d'un système de surveillance One Health en RDC, ont documenté une approche associant surveillance vétérinaire, prélèvements humains et animaux ainsi que renforcement des compétences des vétérinaires, techniciens et agents communautaires de santé animale. Leurs observations soulignent la nécessité de renforcer les capacités vétérinaires et l'intégration des différents acteurs pour améliorer la détection des zoonoses émergentes dans les contextes à ressources limitées.

Dans cette perspective, le taux de 54,8 % observé dans la présente étude ne doit pas être considéré uniquement comme une difficulté organisationnelle. Il révèle une faiblesse structurelle potentielle du dispositif de surveillance à l'interface homme-animal. Le renforcement du rôle des agents de santé communautaire devrait donc s'accompagner de mécanismes formalisés de collaboration avec les vétérinaires: définition des circuits de notification, échanges d'informations, réunions conjointes, formations communes et systèmes d'alerte partagés.

Le manque de matériel rapporté par 31,4 % des agents constitue également une contrainte opérationnelle. Même lorsque les connaissances sont satisfaisantes, l'absence de formulaires, téléphones, moyens de communication, équipements de protection ou supports de notification peut limiter la transformation des connaissances en pratiques effectives. Dans une étude réalisée en Éthiopie, Gebere-mariyam *et al.* (2018) ont montré que la disponibilité de directives et la formation étaient associées à de meilleures connaissances et pratiques de prévention des infections chez les professionnels de santé. Bien que leur travail ne concerne pas spécifiquement les zoonoses, il illustre le rôle complémentaire de la formation et de la disponibilité des outils dans la performance sanitaire.

Les analyses bivariées montrent que la connaissance des maladies zoonotiques n'était pas significativement associée au sexe, mais variait significativement selon l'âge, le niveau d'instruction et la zone d'intervention. L'ancienneté professionnelle n'était pas significativement associée à cette connaissance.

L'effet de l'âge est particulièrement marqué. Les agents de moins de 25 ans étaient proportionnellement moins nombreux à connaître les zoonoses (72,7 %), alors que cette proportion atteignait 100 % chez les agents âgés de 45 ans ou plus. Cette différence pourrait refléter l'accumulation des expériences professionnelles, des formations et des situations sanitaires rencontrées au cours de la carrière. Néanmoins, cette interprétation doit rester prudente puisque l'ancienneté professionnelle elle-même n'était pas significativement associée à la connaissance.

Cette prudence est d'autant plus justifiée que les relations entre l'âge, l'expérience et la connaissance peuvent différer selon la maladie étudiée. Bekele *et al.* (2024), par exemple, ont observé en Éthiopie que les professionnels ayant cinq années d'expérience ou moins présentaient une meilleure connaissance du mpox que leurs collègues plus expérimentés. Les auteurs montrent ainsi que, pour une maladie émergente ou réémergente, la récence de la formation et l'exposition aux informations actualisées peuvent parfois jouer un rôle plus important que l'ancienneté.

Le niveau d'instruction était également significativement associé à la connaissance des zoonoses. Les agents ayant atteint le niveau supérieur étaient 95,2 % à connaître les zoonoses, contre 80,0 % chez ceux ayant un niveau secondaire et 75,0 % chez ceux sans instruction. Ce résultat est cohérent avec l'idée selon laquelle une formation académique plus poussée facilite l'accès à l'information scientifique et l'assimilation des notions de santé publique. Les résultats de Ndela *et al.* (2024) en RDC, bien que portant sur un autre domaine sanitaire, soutiennent également le rôle de la qualification professionnelle et de la formation

continue dans le renforcement des connaissances des agents de santé.

La zone d'intervention constitue cependant l'un des résultats les plus significatifs. La connaissance des maladies zoonotiques atteignait 96,1 % chez les agents urbains, contre 87,5 % en milieu périurbain et seulement 71,4 % en milieu rural. Ce résultat rejoint directement les observations de John *et al.* (2008), qui avaient constaté en Tanzanie des lacunes plus importantes chez les praticiens travaillant en milieu rural pour certaines dimensions de la connaissance des zoonoses.

La différence entre milieu urbain et rural peut résulter de plusieurs facteurs: disponibilité des formations, proximité des structures de référence, supervision, accessibilité aux outils de communication, circulation de l'information et possibilités de contacts avec d'autres professionnels. Les travaux d'O'Keeffe *et al.* (2023) en RDC ont également montré que l'intégration des villages ruraux dans les systèmes de surveillance communautaire nécessitait des efforts spécifiques en matière de couverture, de supervision et d'organisation des activités.

Les mêmes tendances ont été observées concernant la connaissance de la transmission des zoonoses de la faune sauvage à l'homme. Le sexe n'était pas significativement associé à cette connaissance. En revanche, des associations significatives ont été observées avec l'âge, le niveau d'instruction et la zone d'intervention. L'ancienneté professionnelle présentait une valeur proche du seuil statistique, mais demeurait non significative. Les agents âgés de moins de 25 ans présentaient une connaissance plus faible de cette transmission (72,7 %) comparativement aux 25–34 ans (96,3 %) et aux personnes âgées de 45 ans ou plus (100 %). De même, 94,2 % des agents ayant un niveau supérieur connaissaient cette transmission, contre 80,0 % de ceux de niveau secondaire et 75,0 % de ceux sans instruction. Ces résultats renforcent l'hypothèse selon laquelle l'acquisition des notions relatives à l'interface homme-animal dépend en partie du capital éducatif et de l'accès à l'information spécialisée.

La zone d'intervention demeure également déterminante: 95,1 % des agents urbains connaissaient la possibilité de transmission de la faune sauvage à l'homme, contre 87,5 % en milieu périurbain et 71,4 % en milieu rural. Cette différence est importante dans une perspective de santé publique, car les populations rurales peuvent précisément être davantage exposées à certains contacts avec les animaux sauvages, à la chasse, à la manipulation des carcasses ou à d'autres interactions avec les écosystèmes naturels. Le renforcement des compétences des agents ruraux apparaît donc comme une priorité pour réduire les éventuelles inégalités de capacité de détection.

Dans l'ensemble, la présente étude met en évidence un paradoxe intéressant: les agents de santé communautaire présentent une forte sensibilisation générale aux zoonoses, mais leur niveau de préparation opérationnelle demeure perfectible. La majorité connaît les zoonoses, connaît leur possibilité de transmission de la faune sauvage à l'homme, a déjà effectué des signalements et reconnaît l'importance de son rôle. Toutefois, la capacité d'identifier les signes chez les animaux sauvages est limitée, près de trois agents sur dix ne disposent pas d'outils de signale-

ment et plus de la moitié considèrent la faible collaboration avec les services vétérinaires comme un obstacle. Ces résultats plaident pour le passage d'une approche reposant essentiellement sur la connaissance des zoonoses à une véritable capacité communautaire de surveillance One Health. Celle-ci devrait associer formation continue, reconnaissance pratique des signaux d'alerte chez l'homme et l'animal, disponibilité des outils de signalement, supervision des agents, retour d'information après notification et collaboration institutionnalisée entre les secteurs de la santé humaine et animale. Les expériences de surveillance communautaire documentées par O'Keeffe *et al.* (2023) et l'initiative récente de surveillance One Health décrite par Kinzie *et al.* (2026) en RDC montrent que cette intégration est réalisable lorsque les acteurs sont formés, soutenus et reliés à un système fonctionnel de notification et d'investigation.

CONCLUSION

Il a été question dans cette recherche d'évaluer le rôle des agents de santé communautaire dans la détection des maladies zoonotiques liées à la faune sauvage, en considérant leurs connaissances, leurs capacités d'identification, leurs pratiques de signalement, les obstacles rencontrés ainsi que les facteurs associés à leurs connaissances.

Les résultats obtenus montrent que les agents de santé communautaire disposent globalement d'un bon niveau de connaissance des zoonoses. En effet, 92,7 % connaissaient les maladies zoonotiques et 91,9 % savaient qu'elles pouvaient être transmises de la faune sauvage à l'homme. Par ailleurs, 71,8 % avaient bénéficié d'une formation spécifique. Toutefois, leurs capacités d'identification apparaissent plus limitées, particulièrement chez la faune sauvage, puisque seuls 38,7 % déclaraient pouvoir reconnaître les signes de maladie chez les animaux sauvages.

Concernant la surveillance, 70,2 % des agents disposaient d'outils de signalement et 85,5 % avaient déjà signalé un cas suspect. Le médecin ou l'infirmier constituait le principal destinataire des signalements parmi les répondants concernés. La majorité des agents, soit 91,9 %, reconnaissait également l'importance de son rôle dans la prévention des zoonoses. Cependant, la faible collaboration avec les services vétérinaires constituait le principal obstacle, rapporté par 54,8 % des répondants, devant le manque de formation et le manque de matériel.

L'analyse des facteurs associés a montré que l'âge, le niveau d'instruction et la zone d'intervention étaient significativement associés à la connaissance des maladies zoonotiques et à celle de leur transmission de la faune sauvage à l'homme. En revanche, le sexe et l'ancienneté professionnelle ne présentaient pas d'association statistiquement significative avec ces connaissances.

Les agents de santé communautaire constituent des acteurs importants de la détection précoce des zoonoses liées à la faune sauvage. Leur contribution pourrait toutefois être renforcée par des formations continues orientées vers la reconnaissance des signes chez l'animal, l'amélioration des outils de signalement et surtout le développement d'une collaboration plus étroite entre les services de santé humaine et vétérinaire dans une perspective One Health.

RÉFÉRENCES

- Agence Congolaise de Presse (2022). Kinshasa: formation des infirmiers titulaires de la zone de santé de Binza Ozone sur la supplémentation en vitamine A et le déparasitage.
- Alhassan J.A.K., Wills O. (2024). Public health surveillance through community health workers: A scoping review of evidence from 25 low-income and middle-income countries. *BMJ Open*, 14: e079776.
- Bekele S.G., Yallew W.W., Melesse H. (2024). Knowledge of human monkeypox virus infection among healthcare providers and associated factors in Addis Ababa, Ethiopia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 111: 1078–1081.
- Dogbey G., Unim B., Kwamena A.R., Ahiabor G.C., Kisiel M. A., Zhou X., Maima A.O., Abdul-Aziz A., Enyetoranye B., Niaye R., Agbolosu A.A., Asare-Dompreh K. (2025). Assessing the knowledge and experience of healthcare workers in zoonoses and the One Health approach: A cross-sectional study in Ghana. *Environmental Health Insights*, 19: 11786302251339881.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme, World Health Organization, World Organisation for Animal Health (2022). One Health joint plan of action (2022–2026): Working together for the health of humans, animals, plants and the environment.
- Geberemariam B.S., Donka G.M., Wordofa B. (2018). Assessment of knowledge and practices of healthcare workers towards infection prevention and associated factors in healthcare facilities of West Arsi District, Southeast Ethiopia: A facility-based cross-sectional study. *Archives of Public Health*, 76: 69.
- Guerra J., Acharya P., Barnadas C. (2019). Community-based surveillance: A scoping review. *PLOS ONE*, 14: e0215278.
- Hayman D.T.S., Bowen R.A., Cryan P.M., McCracken G.F., O'Shea T.J., Peel A.J., Gilbert A., Wood J.L.N., Cunningham A. A., Wood J. (2013). Ecology of zoonotic infectious diseases in bats: Current knowledge and future directions. *Zoonoses and Public Health*, 60: 2–21.
- John K., Kazwala R., Mfinanga G.S. (2008). Knowledge of causes, clinical features and diagnosis of common zoonoses among medical practitioners in Tanzania. *BMC Infectious Diseases*, 8: 162.
- Jones K.E., Patel N.G., Levy M.A., Storeygard A., Balk D., Gittleman J.L., Daszak P. (2008). Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*, 451: 990–993.
- Kinzie P.R., Lombe B., Merritt S., Halbrook M., Vakaniaki E.H., Mukadi P., L'k'ye A.M., Mona J., Kanonge D., Mfwangankang M., Witte D., Melofchik C., Muyembe-Tamfum J.-J., Hoff N.A., Twabela A., Mbala-Kingebeni P., Hensley L.E., Rimoin A.W. (2026). Implementation of a One Health surveillance system in the Democratic Republic of the Congo. *EcoHealth*: 1–11.
- Kuisma E., Olson S.H., Cameron K.N., Reed P.E., Karesh W.B., Ondzie A.I., Akongo M.-J., Kaba S.D., Fischer R.J., Seifert S. N., Muñoz-Fontela C., Becker-Ziaja B., Escudero-Pérez B., Goma-Nkoua C., Munster V.J., Mombouli J.-V. (2019). Long-term wildlife mortality surveillance in northern Congo: A model for the detection of Ebola virus disease epizootics. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 374: 20180339.
- Mackenzie J.S., Jeggo M. (2019). The One Health approach - Why is it so important? *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 4: 88.
- Mbaipago N., Mindekem R., Oussiguere A., Moyengar R., Naïssengar K., Madjadinan A., Zinsstag J., Léchenne M. (2020). Rabies knowledge and practices among human and veterinary health workers in Chad. *Acta Tropica*, 202: 105180.
- Muvunyi C.M., Gashema P., Siddig E.E., Harelimana J.D., Kaseya J. (2026). One Health and community health workers: Bridging the gap in global health resilience. *One Health*, 22: 101330.
- Ndela B., N'siala A., Ngwala P., Kalonji A., Minuku F., Bokole H., Kemaina P., Masumbuku J.-J., Kintaudi N.M., Mandja B.-A. M. (2024). Knowledge and practice of health workers towards maternal and child health in the Democratic Republic of the Congo: A cross-sectional study. *Reproductive Health*, 21: 62.

Ngandu A.S., Mafuta E.M. (2025). Exploring community-based surveillance in urban and peri-urban settings: Case-study of the Limete and Nsele Health zones in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *PAMJ-One Health*, 18.

O’Keeffe J., Takahashi E., Otshudiema J.O., Malembi E., Ndali C., Munihire N.M., Caleo G., Carrion Martin A.I. (2023). Strengthening community-based surveillance: Lessons learned from the 2018–2020 Democratic Republic of Congo (DRC) Ebola outbreak. *Conflict and Health*, 17: 41.

Organisation mondiale de la Santé (2018). A guide to community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the African Region.

Organisation mondiale de la Santé, Organisation mondiale de la Santé animale, Programme des Nations Unies pour l’environnement. (2022). One Health joint plan of action (2022–2026): Working together for the health of humans, animals, plants and the environment.

Plowright R.K., Parrish C.R., McCallum H., Hudson P.J., Ko A.I., Graham A.L., Lloyd-Smith J.O. (2017). Pathways to zoonotic spillover. *Nature Reviews Microbiology*, 15: 502–510.

Plowright R.K., Reaser J.K., Locke H., Woodley C.M., Patz J.A., Becker D.J., Oppler G., Hudson P.J., Tabor G.M. (2021). Land use-induced spillover: A call to action to safeguard environmental, animal, and human health. *The Lancet Planetary Health*, 5: e237–e245.

Pumbu Mabaya A. (2011). Analyse des perspectives des actions des centres de santé en faveur de la promotion de la santé à Kinshasa: étude menée dans la zone de santé de Binza Ozone Mémoire de licence, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa.

Rocque S. (2023). Advancing One human–animal–environment Health for global health security: What does the evidence say? *The Lancet*, 401: 591–604.

Stolka K.B., Ngoyi B.F., Grimes K.E.L., Hemingway-Foday J. J., Lubula L., Magazani A.N., Bikuku J., Mossoko M., Kitoto L.M., Bashilebo S.M., Maya D.L., Ilunga B.K., Rhea S., MacDonald P.D.M. (2018). Assessing the surveillance system for priority zoonotic diseases in the Democratic Republic of the Congo, 2017. *Health Security*, 16: S44–S53.

Tesch M., Touré A., Tolno S.A., De Nys H., Bourgarel M., Barry M.A., Doumbouya M.I., Peyre M., Olive M.-M. (2025). Understanding stakeholder relationships and local context to build a community-based One Health surveillance system in Guinea. *One Health*, 21: 101117.

World Health Organization Regional Office for Africa (2014). Integrated disease surveillance and response in the African Region: A guide for establishing community-based surveillance.

World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organisation for Animal Health (2022). Surveillance and information sharing operational tool: An operational tool of the Tripartite Zoonoses Guide.

World Health Organization (2018). WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes.

Worsley-Tonks K.E.L., Abakar M.F., Coulibaly Z., Deya-Yang M.P., Ezzo L., Feussom J.M.K., Kallo V., Keita Z., Lechenne M., Tchamba Kombou M., Manda I.E., Mangou C., Mauti S., Mbonda Nola A.G., Namegni R.P., Parize P., Tejiokem M.C., Tiembre I., Traoré A., Zinsstag J., Bourhy H. (2026). Breaking the under-reporting cycle for zoonotic diseases in low-income and middle-income countries through national-level integration of community-based surveillance and response: Insights from Cameroon, Chad, Côte d’Ivoire, and Mali. *The Lancet Infectious Diseases*, 26: e245–e258.

Zinsstag J., Kaiser-Grolimund A., Heitz-Tokpa K., Sreedharan R., Lubroth J., Caya F., Stone M., Brown H., Bonfoh B., Dobell E., Morgan D., Homaira N., Kock R., Hattendorf J., Crump L., Mauti S., del Rio Vilas V., Saikat S., Zumla A., Heymann D., Dar O., de la Jones K.E., Patel N.G., Levy M.A., Storeygard A., Balk D., Gittleman J.L., Daszak P. (2008). Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*, 451: 990–993.