

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PLAN STRATEGIQUE « UNE SANTE » 2022-2027



TABLE DES MATIERES

ABBREVIATION	4
AVANT-PROPOS	6
INTRODUCTION.....	10
1. PROFIL DU PAYS	10
1.1. Géographie, Administration et population.....	10
1.2. Aspects socio-economiques	11
1.3. Systèmes sanitaires (Humain et Animal).....	11
1.4. Systèmes de surveillance (Humain et Animal).....	15
1.5. Biodiversité	17
1.6. Préparation et Réponse aux maladies infectieuses	18
2. APPROCHE UNE SANTE EN RDC	21
2.1. Concept « Une Santé »	21
2.2. Le Règlement Sanitaire International et la RDC.....	22
2.3. Global Health Security Agenda (GHSA)	25
2.4. Institutionnalisation de l'approche « UNE SANTE » EN RDC	25
2.5. Maladies zoonotiques prioritaires en RDC.....	28
2.6. Résistance aux antimicrobiens (RAM)	28
2.7. Santé environnementale	30
2.8. Evaluation des besoins en ressources humaines selon l'approche « UNE SANTE ».....	33
2.9. Evaluation des capacités de base du RSI en RDC.....	35
2.10. Cartographie, repertoire des textes et activites « one health » en RDC	41
3. 3. APPROCHE « UNE SANTÉ » : ANALYSE SWOT	43
4. PLAN STRATEGIQUE POUR UNE SANTE	55
4.1. VISION	55
4.2. MISSION.....	55
4.3. VALEURS FONDAMENTALES	55
4.4. PRINCIPES DIRECTEURS	56
4.5. BUTS	56
4.6. CADRE LOGIQUE STRATEGIQUE : AXES STRATEGIQUES, OBJECTIFS, ACTIONS, INDICATEURS.....	57
Axe stratégique 1. Coordination de la stratégie « Une santé » : Gouvernance et leadership.....	57
Axes stratégiques 2. Formation et Recherche suivant la stratégie « Une santé » interdisciplinaire renforcement de la collaboration (reseauage)	57

<i>Axe stratégique 3 . Plaidoyer et Communication suivant l'approche « Une Santé »</i>	<i>57</i>
<i>Axe stratégique 4. Surveillance, prévention, Préparation, contrôle et riposte aux épidémie et épizooties suivant la stratégie « Une Santé ».....</i>	<i>57</i>
<i>Axe stratégique 5. Durabilité : Mobilisation des ressources financières.....</i>	<i>57</i>
CADRE DE SUIVI ET EVALUATION.....	95
REFERENCES	96
CONTRIBUTEURS	98

ABBREVIATIONS

AFROHUN	Africa One Health University Network
CCUS	Comité de Coordination Une santé
CDC	Center of Disease Control
COSA	Comité de Santé
CPP	Comité Provincial de Pilotage
CS	Centre de Santé
DPS	Division Provinciale de la Santé
EPT	<i>Emerging Pandemic Threats</i>
FELTP	Field Epidemiology Laboratory Training Program
FUS	Fédération Une Santé
GHSA	Global Health Security Agenda
GSCR	Gouvernementale et la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
GTT	Groupe Technique de Travail
ICCN	Institut Congolais de la Conservation de la Nature
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IRNB	Institut National de Recherche Biomédicale
ISAVET	In Service Applied Veterinary Epidemiology Training
JEE	Joint External Evaluation
OCC	Office Congolais de Contrôle
OH-SMART	One Health – Systems Mapping and Analysis Resources Toolkit
OHCEA	One Health Central and Eastern Africa
OIE	Organisation mondiale de la santé animale
PANSS	Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargi de Vaccination

PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNEL	Programme National d'Elimination de la Lèpre
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le sida
PVS	Performance des Services vétérinaires
RAM	Résistance aux Anti-Microbiens
RSI	Règlement Sanitaire International
SIMAR	Surveillance Intégrée des Maladies Animales et Riposte
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SQAH	Service de Quarantaine Animale et Halieutique
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats
USAID	Agence américaine pour le développement international
ZS	Zone de Santé

PREFACE

Le monde est constamment confronté à des épidémies récurrentes et à d'autres problèmes de santé publique qui ont un impact négatif sur la santé humaine, mais dont l'origine peut être attribuée à des sources non humaines. L'apparition et la propagation des maladies sont liées à des facteurs environnementaux dont le changement climatiques, à la santé animale, et autres activités humaines telles que les voyages, l'urbanisation et la mondialisation.

Les problèmes sanitaires qui se développent à l'interface Homme-Animal-Environnement, notamment, la résistance aux antimicrobiens (RAM), les fièvres hémorragiques, les maladies d'origine hydrique /alimentaire, les maladies à transmission vectorielle ; continuent de menacer les humains et les animaux avec une morbidité et une mortalité de plus en plus importante. Pire encore, sur les 1400 maladies connues pour affecter l'homme, plus [75 % des maladies infectieuses émergentes](#) sont d'origine zoonotique tels la grippe aviaire hautement pathogène, les syndromes respiratoires aigus et sévères (SARS Cov-1, SARS Cov-2), les maladies hémorragiques dont celle à virus Ebola, celle de la vallée de rift[D1]

et d'autres maladies endémiques comme la rage, la tuberculose humaine et animale, la brucellose, la cysticercose, etc. sont signalées dans le monde, et particulièrement en RDC dont les effets néfastes constituent un lourd fardeau porté par la population.

La nature intersectorielle des maladies zoonotiques a traditionnellement représenté un défi dans la préparation et la riposte pour lutter contre elles au niveau de l'interface Homme-Animal-Environnement.

Dans les pays aux ressources limitées, particulièrement soulignant ainsi le besoin fondamental d'une approche « Une Santé », qui est multisectorielle et interdisciplinaire pour traiter ces menaces sanitaires émergentes et ré émergentes.

L'approche « Une Santé » est appropriée pour faire face à la charge de morbidité toujours croissante affectant l'Afrique en général et la RDC en particulier, épice de la Maladie hémorragique à virus Ebola, une des zoonoses hautement mortelle. En outre, les problèmes liés à l'accès à l'eau, au logement décent et au réchauffement climatique sont de plus en plus rencontrés à l'interface Homme-Animal-Environnement comme le souligne la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique ([OMS & ONU-Environnement, 2018](#)).

En effet, de nombreux microorganismes pathogènes coexistent avec les animaux et les humains. Compte tenu de l'impact des interactions à l'interface Homme-Animal-

Environnement sur la santé, la nécessité d'une coordination multisectorielle s'avère impérieuse pour faire face aux risques sanitaires associés.

Notons que l'approche « Une Santé » est une démarche holistique et systémique en vue de promouvoir la collaboration, la synergie d'actions multidisciplinaire, multisectorielle, le partage d'informations, le réseautage, la gestion des connaissances dans la préparation, la prévention, la détection et la riposte.

L'approche « Une Santé » permet de mettre en œuvre des programmes de politiques, de législations et de recherches dans lesquelles plusieurs secteurs planifient, communiquent et travaillent ensemble pour obtenir de meilleurs résultats face aux menaces sanitaires pour l'homme, l'animal et l'environnement.

Par ailleurs le Règlement Sanitaire International (RSI-2005) et le Programme d'Action pour la Sécurité Sanitaire Mondiale (Global Health Security Agenda : GHSA) qui sont des instruments devant accompagner les pays à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à les maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique ». Ces instruments encouragent les pays à mettre en place des activités susceptibles d'améliorer la détection précoce, la prévention, la préparation et la riposte aux maladies. Pour y parvenir la RDC a élaboré après une auto-évaluation interne du RSI (décembre 2017), une Évaluation Conjointe Externe (JEE) du RSI (mars 2018), un Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire 2020-2024 (PANSS 2020-2024). Parmi les principes directeurs du PANSS figure le renforcement de la collaboration intersectorielle entre la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale, selon l'approche « Une Santé ». La stratégie pour y parvenir consiste à mettre en place à tous les niveaux, des instances de coordination multisectorielle et multidisciplinaire, pour la mise en œuvre du RSI avec tous les secteurs pertinents.

Par ailleurs, selon une évaluation du PVS, réalisée en 2008, il a été observé que les services vétérinaires de la RDC sont loin de satisfaire aux exigences de l'OIE aussi bien en termes d'organisation que du nombre en ressources humaines nécessaires pour offrir les services vétérinaires de qualité.

Il existe en RDC, depuis 2011 une plateforme « Une Santé », dénommée Comité de Coordination « Une Santé » (CCUS), structure de réflexion, de facilitation, de formulation des politiques, de coordination et d'harmonisation, de la mise en œuvre et de suivi des activités visant le renforcement de la collaboration multidisciplinaire et intersectorielle conformément à l'approche « Une Santé » pour mieux prévenir,

détecter, préparer et répondre aux épidémies et épizooties dans un contexte multidisciplinaire et multisectoriel.

En vue de contribuer à l'amélioration des scores que la RDC se propose d'atteindre d'ici 5 ans (score 3 pour chacun des 48 indicateurs) ([OMS, 2018](#)) et sur base d'une analyse SWOT de l'implémentation de la stratégie « Une Santé » en RDC, le CCUS, en collaboration avec d'autres parties prenantes, les partenaires au développement, la société civile a élaboré ce présent plan stratégique quinquennal et un plan de mise en œuvre sur 1 an pour « Une Santé » en RDC (2021-2026). Le plan comble certaines des lacunes identifiées dans l'évaluation externe conjointe des principales capacités du RSI et l'évaluation des besoins en ressources humaines suivant l'approche « Une Santé » réalisée en 2018 avec l'appui de OHCEA (actuellement AFROHUN) financé par l'USAID. Ce plan reflète l'engagement partagé d'améliorer les collaborations multisectorielles pour relever les défis de santé publique à l'interface Homme-Animal-Environnement. Le souhait est que ce plan soit mis en œuvre avec succès en vue d'asseoir la multisectorialité dans tous les domaines de santé animale (sauvage, domestique), humaine et environnementale et ainsi améliorer la prise en charge des maladies zoonotiques, la résistance antimicrobienne, la sûreté et la sécurité alimentaires. En considérant tel que soulignée par la Convention sur la biodiversité que la limitation des risques pour la santé doit s'appuyer sur les connaissances portant sur la variabilité des organismes vivants de toute origine y compris entre autres les écosystèmes terrestres, marins, et les complexes écologiques qui comprennent la diversité des espèces et les interactions entre espèces et écosystèmes.

Fait à Kinshasa, le2021

Ministre de la Santé Publique,
Hygiène et Prévention

Vice-Premier Ministre, Ministre de
l'Environnement et Développement
Durable

Ministre de Pêche et Elevage

Ministre de l'Enseignement
Supérieur et Universitaire

REMERCIEMENTS

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo à travers le Comité de Coordination « Une Santé » ainsi que l'équipe de la consultance remercient l'USAID (One Health Next generation), le réseau universitaire AFROHUN Africa One Health University Network; le projet One Health Workforce Next -Generation piloté par l'université de Californie DAVIS ainsi que les partenaires du système des nations unies (FAO et OMS) pour leur accompagnement dans l'élaboration de ce plan stratégique.

Pour le Comité de Coordination « Une Santé »,

*Pr Nadège **NGOMBE KABAMBA***

Coordonnateur

INTRODUCTION

1. Profil du pays

1.1. Géographie, Administration et population

La République Démocratique du Congo (RDC), souvent appelée Congo-Kinshasa en référence à sa capitale, par opposition au Congo-Brazzaville, son voisin de l'Ouest, est un pays d'Afrique Centrale, appartenant à la région de golf de Guinée.



La RDC est un pays vaste qui s'étend sur une superficie de 2.345.410 km² et possède des frontières terrestres et maritimes représentant une longueur totale de 10.340 km. La RDC est entourée de 9 pays à savoir : Burundi, Rwanda, Ouganda, Soudan du Sud, République Centrafricaine, Congo Brazzaville, Angola, Zambie, Tanzanie.

La RDC a un climat tropical et possède de grandes diversités de sols et de végétations.

Figure 1: Carte administrative de la RDC ([Radio Okapi](#))

Le fleuve Congo qui prend naissance dans l'ex-province du Katanga, traverse les provinces de Maniema, de la Province orientale, de l'Equateur, de Bandundu et l'ex province du Bas-Congo actuellement Kongo central et forme, avec les eaux de nombreux affluents, un vaste bassin hydrologique qui couvre une grande partie du territoire national. L'hydrographie du Congo, très étendue et dense, est caractérisée par le fleuve Congo qui traverse le pays de l'Est en Ouest et reçoit les eaux d'une multitude d'affluents venant s'y articuler. Dans la région des Monts de Cristal, le débit du fleuve Congo est de 50.000 m³/seconde. Le réseau lacustre comporte des grands lacs à l'Est, Édouard, Albert, Kivu, Tanganyika, Moëro, et deux autres lacs dans la Cuvette Centrale, Mai-Ndombe et Tumba. Le relief de la République

Démocratique du Congo est composé des plaines et des montagnes en passant par des savanes boisées et herbeuses ainsi que de basses et hauts plateaux.

Depuis la promulgation de la constitution du 18 février 2006, la République Démocratique du Congo est passée de 11 à 26 provinces et compte 145 territoires, repartis entre 26 provinces du pays. Les territoires couvrent de vastes étendues, et comprennent plusieurs villages, localités, ou villes ([Bruneau, 2009](#)).

Sur le plan démographique, la RDC est l'un des pays avec le taux de croissance démographique le plus élevé, soit 3,30% par an. Sa population est estimée actuellement à 91.592.083 personnes, avec une densité de 40,84 habitants par km², un PIB/habitant de 562 USD en 2018 et une espérance de vie de 60,40 ans. En 2015, les taux de natalité et de mortalité sont respectivement de 43,69 ‰ et 13,27 ‰ ([Population data, 2020](#)).

Sur le plan politico-administratif, à côté du gouvernement central, il y a les entités décentralisées. Au niveau provincial, il y a un gouverneur et des ministres provinciaux et des commissaires généraux ainsi qu'une assemblée provinciale.

1.2. Aspects socio-économiques

Dans le rapport 2019 ([PNUD, 2019](#)), la RDC se classe à la 175^{ème} position sur l'indice de développement humain du PNUD, avec un indicateur d'inégalité de genre de 0,617, mettant le pays à la 150^{ème} position sur ce paramètre de développement. Il y a lieu de noter que peu d'améliorations ont été enregistrées sur les conditions de la femme comparativement aux années passées.

L'agriculture est freinée par sa faible productivité, tandis que le déficit énergétique limite les efforts d'industrialisation du pays. La croissance a été soutenue par la demande intérieure, en particulier par l'investissement privé et la consommation publique.

Grâce à une bonne coordination des politiques monétaire et budgétaire, le taux d'inflation, qui était de 29,3 % en 2018, est tombé à 4,5 % en 2019.

1.3. Systèmes sanitaires (Humain et Animal)

Le système sanitaire congolais est une pyramide hiérarchique à 3 niveaux. Les informations circulent dans les deux sens en suivant cette hiérarchie moyennant le

Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Les trois niveaux se présentent comme suit :

- a. Le niveau central ; du Cabinet du Ministre national de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, du Secrétariat Général à la Santé dirigé par un Secrétaire Général responsable de l'administration, de 13 directions, de 52 programmes et services spécialisés. Le niveau central a pour responsabilité la mise en place des stratégies et normes qui définissent les grandes orientations de la Politique Sanitaire Nationale ;
- b. Le niveau intermédiaire : celui-ci est composé du niveau provincial et du district. Le niveau Provincial comprend le ministère provincial de la santé, l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS) et une Division Provinciale de la Santé (DPS), ayant à son sein 13 bureaux qui sont les répondants de 13 Directions centrales. On y trouve aussi les coordinations provinciales des programmes spécialisés. Au total, il existe 11 Divisions Provinciales de la Santé. A ce niveau on trouve des laboratoires provinciaux (Lubumbashi, Mbandaka, Kisangani, Matadi, Bukavu et Kananga) et de centrales de Distribution des médicaments. Le Ministre provincial en charge de la santé préside les réunions du Comité Provincial de Pilotage (CPP). Il a sous sa gestion les DPS qui sont les partenaires prioritaires du gouvernement, comme organismes d'intérêt public, du fait qu'elles jouent un rôle-clé dans l'encadrement et le développement des ZS. Le niveau de district est situé entre la Division Provinciale de la Santé et les Zones de Santé. Ce niveau est constitué d'un bureau de district sanitaire regroupant plusieurs zones de santé. La RDC dispose au total de 65 bureaux de district sanitaire et ; chaque district sanitaire est composé de 3 cellules à savoir : Cellule des services et études, Cellule de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques, Cellule des services de l'hygiène. On retrouve également à ce niveau, les antennes qui sont des sous coordinations des programmes spécialisés (PNEL, PNLS, PEV, etc.) ;
- c. Le niveau périphérique→ la Zone de Santé : c'est le niveau opérationnel qui a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaire. Il est composé d'un Bureau central de la zone de santé et est composé d'une constellation de centres de Santé ayant pour rôle d'offrir un paquet minimum d'activités (PMA) et d'un Hôpital Général de Référence qui se charge d'assurer le paquet complémentaire d'activités (PCA). Le pays est divisé en 516 Zones de Santé (ZS). Une Zone de Santé (District Sanitaire) est un espace variant de 100.000 habitants pour les Zones de Santé rurales à 150.000

habitants pour les Zones urbaines. La zone de santé est elle-même divisée en Aire de Santé qui, à travers un CS, couvre 5 à 10.000 habitants. Actuellement, on dénombre 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8628 Centres de Santé planifiés. Au niveau des CS, les communautés sont représentées par un Comité de Santé (COSA) et par les relais communautaires, des volontaires informés et formés, capables d'influencer à travers leurs activités les comportements, les modes de vie et les attitudes des familles en faveur de la promotion de la santé familiale et des communautés ([Minisante RDC, 2010](#))

Il y a cependant à côté de l'organisation officielle de la santé en RDC, une prolifération exponentielle des structures privées, qui emploient le plus souvent de nombreux agents du secteur public mettant en mal le fonctionnement des structures étatiques. A défaut, ces structures recourent à un personnel peu qualifié et couvrent des populations de plus en plus petites. Peu d'entre eux sont viables comme tel.

Le système sanitaire congolais est généralement précaire et reste caractérisé principalement par : un sous-financement criant justifié par un très faible budget consacré au secteur de la santé et estimé à 16 \$/ capital/an ; la fragilisation du leadership du ministère de la santé publique en RDC à cause de la dépendance aux financements extérieurs ; la couverture sanitaire insuffisante dans certaines provinces et aires de santé, qui limite fortement l'accès géographique des populations aux services et soins de santé ; les migrations internes et externes du personnel de santé mal payé et travaillant dans des conditions difficiles, conduisent au débauchage du personnel du secteur public vers le secteur privé et au phénomène d'agents "fantômes" ; la pullulation des structures privées peu ou pas régulées ; le non-respect de textes légaux régissant le domaine de la santé.

Dans le domaine de la santé animale, il y a lieu de noter que le secteur est suffisamment oublié et peu valorisé. Jusqu'à ce jour, la RDC compte environ 2500 médecins vétérinaires dont 50% avaient une activité reconnue. Le nombre de vétérinaires dans la fonction publique était de 402 soit 28% de l'effectif total. Leur statut professionnel et leur niveau de rémunération sont jugés peu satisfaisants, de plus ils manquent de personnel d'appui, il n'y a pas une gestion prospective de même qu'une définition précise des emplois.

En matière d'organisation administrative, la chaîne de commande apparaît complexe et n'offre pas les garanties d'efficience nécessaires. Elle peut même être source de

déviations ou de dédoublement. Ni les directions et services spécialisés de la santé animale en province, ni même le Service de Quarantaine Animale et Halieutique (SQAHA), n'ont de délégation de signature du Ministre et donc ne disposent pas d'autorité directe et suffisante sur les services provinciaux et de districts, qui relèvent de l'autorité directe des gouverneurs de province. Ceci constitue une contrainte pénible à l'application des mesures sanitaires et de sécurité sanitaire des aliments.

Globalement, la gouvernance et les structures de l'administration vétérinaire ne sont pas stables. Au niveau provincial, ils se trouvent noyées dans un organigramme complexe, qui bloque la lisibilité et l'autonomie du service vétérinaire public.

Sur le plan financier, les services vétérinaires ne disposent d'aucun budget régulier de l'Etat ni même de fonds de concours spéciaux, en rapport avec les missions qui leur sont dévolues aussi bien au niveau central que provincial ou du district. Le SQAHA, bénéficie du trésor public d'une ristourne déduite des sommes mensuellement collectées. Mais celle-ci reste largement en dessous des besoins réels de fonctionnement (la ristourne affectée aux directions et services spécialisés de la santé animale et au SQAHA, constitue à peine 5% des sommes collectées). La mobilisation des recettes, n'est pas autonome au niveau des provinces et les coûts réels des actions vétérinaires ne sont pas analysés ni connus correctement.

L'administration vétérinaire en RDC ne dispose que de trois laboratoires. Cependant, les compétences en termes de ressources humaines sont disponibles et capables de développer les techniques nécessaires si le financement et l'amélioration des procédures de gestion sont au rendez-vous. Malheureusement, le minimum requis dans un laboratoire digne de ce nom, fait défaut. Le SQAHA dispose d'une administration autonome ; mais ses moyens d'intervention sont insuffisants et restent très limités ; en conséquence, l'analyse de risque n'est pas formellement réalisée. L'Office Congolais de Contrôle (OCC) qui dispose des moyens nécessaires, peut apporter sa contribution dans ce domaine. Mais, la dépendance administrative de l'OCC du ministère de Commerce ne facilitera pas la tâche.

En ce qui concerne la protection des frontières, les postes d'inspection sont d'importance très variable et gravement sous équipés. Le SQAHA et les directions et services spécialisés de la santé animale sont dotés des personnels compétents, disposant de procédures, mais n'ayant pas accès à des réseaux informatisés et ont peu de retour d'information. Ils travaillent dans de très mauvaises conditions techniques avec des frontières terrestres très "perméables".

En République Démocratique du Congo, l'épidémiosurveillance a fait l'objet d'efforts soutenus dans le cadre du Programme Panafricain de Contrôle des Epizooties (PACE). Les réseaux souffrent à présent des difficultés financières générales qui se traduisent par la faiblesse des moyens informatiques et logistiques. Le dispositif qui avait été mis en place pour une surveillance épidémiologique efficace dans le cadre du PACE, s'est complètement effondré, exposant tout le pays à la menace des facteurs nosogènes de toutes sortes par la faible capacité technique.

Le problème du médicament vétérinaire reste très sérieux, car l'accès des praticiens aux médicaments vétérinaires, d'une part et leur distribution d'autre part n'est pas satisfaisante. Ces médicaments quelle que soit leur origine circulent librement ; leur marché n'est que très peu contrôlé auprès du grand public. Les postes de contrôle frontalier ne sont pas suffisamment équipés pour vérifier leur qualité dans un pays où la circulation de médicaments de qualité inférieure a atteint de proportions inquiétantes. La sous-estimation de la fonction économique du médicament vétérinaire par le droit congolais est un obstacle évident au développement du maillage sanitaire du territoire (OIE, 2010).

1.4. Systèmes de surveillance (Humain et Animal)

Le Ministère de la Santé Publique de la RDC est structuré en forme de pyramide à 3 niveaux, à savoir : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel. L'organisation provinciale de la santé est située au niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire. A ce niveau, la supervision et la mise en œuvre des stratégies et politiques élaborées par le niveau central sont assurées par la Division Provinciale de la Santé (DPS) chapeautée par un Ministre Provincial en charge de la Santé qui comprend une Division Provinciale de la Santé (DPS), une Inspection Provinciale de la Santé, un hôpital général provincial de référence, 8 hôpitaux généraux de référence et des Centres de santé et assimilés.

Selon le rapport de l'évaluation des services vétérinaires en RDC réalisée sous les auspices de l'OIE en 2007, la surveillance animale en RDC continue de présenter un déficit en termes d'organisation et d'application. Cela est dû essentiellement à la détérioration de la situation économique générale du pays, la désorganisation et l'insuffisance de financement des services vétérinaires publics, la porosité des frontières nationales, l'abandon de cliniques et dispensaires vétérinaires, la

déficience de la surveillance des maladies animales et l'absence d'un programme national de contrôle des maladies animales. En RDC, des actions sont entrain d'être mises en place pour renforcer le système de surveillance. A cet effet, il faut noter l'installation progressive des unités épidémiologiques dans les Provinces; l'opérationnalisation de la surveillance à temps réel avec l'outil EMA-i (Events Mobile Application) de la FAO, la formation des professionnels vétérinaires en épidémiologie vétérinaire de terrain, niveau basique ou ISAVET (In Service Applied Veterinary Epidemiology training ou ISAVET frontline) ([FAO, 2019](#)).

Le rôle de la faune dans les épidémies récentes affectant les animaux domestiques et les humains a été largement documenté. Les épidémies de maladies infectieuses telles que Ebola, Influenza aviaire hautement pathogène etc. ont convaincu la communauté internationale du bien-fondé d'une surveillance accrue des animaux sauvages pour la prévention des maladies, surtout à l'interface Homme-Animal-Environnement. Sur base de cette observation, la Faculté de Médecine Vétérinaire de l'Université de Lubumbashi (UNILU) a mis en place deux programmes de master : 1) Master en Médecine Vétérinaire de la Faune Sauvage et Ecotourisme et 2) Master en Epidémiologie appliquée (Faune Sauvage et Domestique). Alors que le programme de master en Médecine Vétérinaire de la Faune Sauvage et Ecotourisme est strictement réservé au détenteur d'un diplôme de médecin vétérinaire, celui en Epidémiologie de la Faune Sauvage et Domestique se veut transdisciplinaire et focalisé sur l'interface Homme-Animal-Environnement. Ce programme est basé sur l'approche « Une Santé ». Les objectifs du programme de master en Médecine Vétérinaire de la Faune Sauvage et Ecotourisme sont de former des médecins vétérinaires compétents en cliniques vétérinaires des animaux sauvages, capables d'assurer la gestion, la conservation et la valorisation des espaces protégés. Le programme de master en Epidémiologie de la Faune Sauvage et Domestique, par contre, forme des experts dans un contexte pluridisciplinaire capables de surveiller, détecter préparer et riposter aux épidémies qui menacent la faune sauvage et domestique, ainsi qu'assurer la gestion sanitaire à l'interface Homme-Animal-Environnement. En outre, des formations sous un format non académique, notamment FELTP (Field Epidemiology Laboratory Training Program) ou ISAVET, sont organisées à l'intention des professionnels principalement du secteur public. Etant donné que plus 75 % des maladies qui menacent le monde au 21^{ème} siècle sont d'origine animale, il est essentiel de former un personnel de santé du futur qui soit en mesure d'appréhender les contributions de différentes disciplines afin de mieux résoudre les problèmes sanitaires et de développement complexes.

Le bassin du fleuve Congo, dont la majeure partie est localisée en Afrique centrale, regorge de nombreuses espèces parmi lesquelles certaines sont des réservoirs des agents pathogènes comme c'est le cas du virus à maladie Ebola qui font de la RDC une zone à haut risque pour les maladies émergentes et réémergences.

1.5. Biodiversité

Pays à la fois équatorial et tropical, la République Démocratique du Congo jouit d'une diversité d'écoclimats locaux dus à la combinaison de plusieurs facteurs : physiographie, température, précipitations, durée des saisons, impacts des activités de l'homme sur le milieu naturel et position à cheval sur l'Equateur. Les précipitations annuelles s'étalent de 800 mm le long de la Côte Atlantique à 2.200 mm en Cuvette Centrale jusqu'à 2.500 mm dans les régions montagneuses de l'Est où elles peuvent même dépasser 3.000mm.

La République Démocratique du Congo dispose d'un capital naturel particulièrement important. Avec une superficie de 2.345.410 Km² ; l'ensemble de ce vaste territoire congolais est une immense dépression, vestige d'une ancienne aire de subsidence dont l'altitude se situe entre 325 et 350 mètres, entourée d'une série de massifs montagneux à l'Est, dépassant 5.000 mètres d'altitude et de hauts plateaux atteignant 3.000 mètres: *Marungu, Kibara, Kundelungu, Bianco, Manika, Kamina, Sankuru, Kasai, Kwango, Bateke, Lunda*, culminant à plus de 1.000 mètres, et les Monts de Cristal s'élevant à 900 mètres d'altitude. Environ trois quarts du territoire de la RDC sont couverts de forêts de types divers constitués d'une flore riche et diversifiée et abritant une faune également abondante, faisant de ce pays la deuxième plus grande forêt tropicale au monde, représentant environ 145 millions d'hectares, la plus grande biodiversité d'Afrique, plus de 50% des ressources d'eau douce du continent, près de 80 millions d'hectares de terres arables ([Chishugi, 2019](#)).

Cette diversité et cette richesse biologique sont le résultat d'une longue histoire géologique marquée par l'absence de périodes glaciaires et d'une combinaison de nombreux facteurs écologiques variés. La biodiversité congolaise fournit d'importants services environnementaux, aussi bien sur le plan international par la régulation du climat que régionale par la production d'eau ; mais avant tout à la population congolaise, bénéficiaire de divers services écosystémiques, notamment l'agriculture, la pêche, la chasse, la cueillette pour de raisons alimentaires ou médicinales.

Malgré la contribution socio-économique de l'exploitation des ressources naturelles, elle pose aussi des défis environnementaux et sanitaires importants. La faune est plus que jamais sous pression anthropique. A la chasse traditionnelle, en passant par les filières de viande de brousse commerciale à destination des centres urbains, s'ajoute le grand braconnage et le trafic d'espèces de toutes sortes. La consommation de certaines espèces est aujourd'hui soupçonnée d'être la source de la survenue de certaines zoonoses comme Ebola. Les facteurs de risque environnementaux sont à l'origine d'une part importante de problèmes de santé des populations pauvres. En RDC, les études réalisées permettent d'estimer que la proportion des cas de maladies qui sont liées au mauvais état de l'environnement pourrait atteindre 80%.

Selon la Déclaration de Libreville, les écosystèmes africains évoluent rapidement, principalement en raison de l'activité humaine, ce qui a des conséquences sur la santé humaine de diverses manières. En outre, les changements climatiques entraînent un ensemble nouveau et divers d'impacts sur l'environnement, qui accroît la vulnérabilité aux maladies transmises par l'air, l'eau et vecteurs, ainsi que la malnutrition. L'Afrique a fait d'énormes progrès dans la mise en place d'une plateforme efficace pour traiter de contrer ces impacts environnementaux sur la santé. Pour prendre en compte les questions environnementales dans les dispositions réglementaires, la RDC a intégré dans sa législation les problèmes environnementaux avec un accent particulier sur les changements climatiques. La RDC reconnaît ainsi l'environnement comme un secteur devant fournir un cadre approprié à une performance pour divers secteurs qui entrent dans la promotion de la santé publique. Cette volonté politique est traduite par le plan de développement national tel que repris dans l'action gouvernementale et la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté GSCRP 1 et 2. En outre, la RDC a mis en œuvre un nombre de projets de réforme intersectoriel en matière d'eau et d'assainissement avec le soutien de ses partenaires ([OMS & ONU-Environnement, 2018](#)).

1.6. Préparation et Réponse aux maladies infectieuses

Comme l'avait indiqué la cartographie de risque conduite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2016, le pays est à haut risque de survenue des urgences de santé publique. Il a fait face notamment à 12 épidémies de la maladie à virus Ebola dont la 11^{ème} a été déclarée Urgence de Santé Publique de Portée Internationale par l'OMS. Le pays a également connu plusieurs épidémies de fièvre jaune et il fait face actuellement à la pandémie de COVID-19. Comprenant, le risque

de survenu de ces différentes urgences, le pays avait fait appel à l'évaluation externe conjointe (JEE 2018) des capacités du Règlement Sanitaire International (RSI 2005) qui avait démontré une faible capacité dans la préparation et la riposte contre les épidémies et les autres urgences de santé publique ([OMS, 2018](#)).

Tenant compte des recommandations formulées par les experts, le pays s'est engagé dans une dynamique visant à améliorer ses capacités en termes de préparation contre les urgences de santé publique. C'est ainsi qu'avec l'appui des partenaires, les actions suivantes ont été menées :

- **Elaboration du Plan d'Action National de Sécurité Sanitaire (2019-2023) :** avec pour_ orientations stratégiques retenues accordant la priorité : (i) à la formation du personnel associée à l'organisation des exercices de simulation (ii) à la dotation en équipements adéquats, (iii) à l'élaboration des mécanismes de collaboration interdisciplinaire et intersectorielle, (iv) à l'élaboration de normes et procédures opérationnelles pour renforcer et améliorer la prévention, la détection et la prise en charge des victimes lors des situations d'urgence. Ce plan note un faible ancrage de de l'approche « Une Santé ».
- **Le guide technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte en RDC : SIMR 3^{eme} Edition :** pour améliorer la surveillance épidémiologique et l'adapter à la troisième version du guide élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé, le pays a mis à jour ce guide important pour la préparation et la riposte contre les épidémies. En effet, avec l'appui de la FAO, le secteur de la santé animale a été doté du Guide de Surveillance Intégrée des Maladies Animales et Riposte (SIMAR) en 2018. La diffusion de ce guide est en cours. Ce dernier couvre toutes les composantes de la surveillance épidémiologique avec un accent sur l'approche « Une Santé » en faisant appel à la surveillance à base communautaire et la surveillance basée sur les événements ([Minisante, 2011](#)).
- **L'organisation des exercices de simulation :** pour tester les capacités du pays à réagir promptement aux urgences de santé publique, les exercices de simulation ont été organisés avec l'appui des partenaires. Mais cela s'est limité au niveau national alors qu'il a été noté que la plupart des épidémies surviennent en milieu rural.

Cependant, le pays ne dispose pas encore d'un plan multirisque capable de mobiliser toutes les disciplines et tous les niveaux du système de santé pour détecter tôt et riposter efficacement contre les urgences de santé publique. Les ressources

financières adéquates pour la mise en œuvre du PANSS peinent toujours à être mobilisées.

Section sur la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique 10 ans après, 2008 - 2018

La République Démocratique du Congo est l'un des 54 pays africains ayant signé la déclaration interministérielle de Libreville (Gabon) sur l'environnement et la santé en 2008 et de l'acte d'engagement de la mise en œuvre de cette déclaration à Luanda (Angola) en 2010. Organisée par le Bureau des Nations Unies pour l'environnement et l'Organisation Mondiale de la Santé, cette dernière reconnaît un impact important de l'environnement sur la santé. Ainsi, les facteurs de risque environnementaux contribuent à hauteur de 24 % de la charge mondiale de morbidité toutes causes confondues en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) et à 23 % de la totalité des décès. En Afrique, les décès imputables à l'environnement dépassent même le chiffre mondial estimé pour atteindre environ 28 %. Les écosystèmes africains évoluent rapidement, principalement en raison de l'activité humaine, ce qui a des conséquences sur la santé humaine de diverses manières.

Elle repose sur 11 actions prioritaires tendant à renforcer la collaboration multisectorielle entre les services de santé et ceux de l'environnement. Il s'agit de :

1. Etablir une alliance stratégique santé et environnement comme base pour les plans d'action commune (une coordination multisectorielle).
2. Intégrer les liens entre la santé et l'environnement dans les dispositions législatifs nationaux.
3. Mettre en œuvre des programmes intersectoriels prioritaires pour accélérer la réalisation des ODD.
4. Mettre en place ou renforcer des institutions de santé et de l'environnement.
5. Soutenir l'acquisition et la gestion des connaissances.
6. Mettre en place ou renforcer des systèmes de surveillance de la santé et de l'environnement.
7. Faire respecter les conventions internationales.
8. Mettre en place des mécanismes nationaux de suivi et d'évaluation.
9. Instituer la pratique de l'évaluation systématique des risques pour la santé et l'environnement.
10. Développer des partenariats pour un plaidoyer ciblé et spécifique sur les questions de santé et d'environnement.

11. Atteindre un équilibre dans l'allocation des ressources budgétaires nationales.

En 2018, une auto-évaluation de la mise en œuvre de cette déclaration a été conduite dans 47 pays membres. Il a été noté que la RDC n'avait mise en œuvre que 6 des 11 composantes. Une des recommandations était la mise en d'une coordination multisectorielle entre le système de santé et celui de l'environnement pour planifier, organiser et suivre les activités de cette déclaration.

2. APPROCHE UNE SANTE EN RDC

2.1. Concept « Une Santé »

Comme relaté dans l'avant-propos, plusieurs études ont montré que 60 % des maladies infectieuses humaines connues et plus de 75 % des maladies émergentes sont d'origine zoonotique d'où l'utilisation depuis 2000 du terme « One Health/Une Santé ». Le concept « Une Santé » est une approche intégrée de la santé face à la mondialisation des risques sanitaires, elle se veut une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire aux niveaux local, régional, national et mondial en vue d'obtenir des résultats optimaux en matière de santé et de bien-être à l'interface Homme-Animal-Environnement.

C'est au milieu des années 1800 que l'idée de « One Health » a été lancée par Rudolf Virchow (1821-1902): « entre la médecine humaine et la médecine animale il n'y a pas de ligne de démarcation. L'objet est différent mais l'expérience obtenue constitue la base de toute la médecine ».

En 2004 ce concept a été davantage approfondi lors du symposium international de la Wildlife Conservation Society qui a réuni des experts de la santé humaine et animale pour discuter des maladies communes aux hommes, aux animaux sauvages et domestiques

Le concept « Une Santé » entre maintenant dans le cadre de la Sécurité Sanitaire Mondiale dont l'objectif est de rendre le monde plus sûr et plus sécurisé, en renforçant les capacités de la Communauté Internationale à prévoir, détecter et répondre aux épidémies de maladies infectieuses et depuis 2007, date de l'adoption de ce concept par la Communauté Internationale (l'alliance tripartite entre FAO-OIE-

OMS), il a été constaté des avancées significatives dans l'implémentation des activités liées au concept "Une Santé".

Ainsi, l'approche « Une Santé » devient essentielle pour que de multiples secteurs puissent accomplir leurs missions respectives plus efficacement et pour promouvoir, améliorer et défendre la santé et le bien-être de toutes les espèces en renforçant la collaboration multidisciplinaire entre médecins, vétérinaires et autres professionnels.

En RDC, l'approche « Une Santé » a été essentiellement développée au travers du réseau OHCEA sous EPT1 et 2. Cette approche a consisté principalement à assurer l'appropriation des compétences « Une Santé » (Communication, Leadership, Culture et croyances, Management, Pensée systémique, Plaidoyer, Gender, Valeurs et éthique, Recherche), en faveur des communautés vulnérables aux épidémies et épizooties, par la mise en œuvre des activités phares à savoir ; (i) la formation sur les maladies infectieuses et la résistance aux antimicrobiens. Cette activité a permis de former à travers le pays 1033 étudiants issus des facultés (de Médecine, de Médecine Vétérinaire, Sciences Pharmaceutiques), de l'Ecole de Sante Publique et de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales ; (ii) les exercices de simulation de terrain. 280 étudiants des institutions précitées ont été formés sur la prévention, la détection et la riposte aux épidémies et épizooties ; (iii) la mise en place des clubs « Une Santé ». Un réseau multidisciplinaire et multisectoriel de 1018 étudiants a pu être mis en place pour la vulgarisation et la sensibilisation des bonnes pratiques en cas d'épidémies et épizooties, mais également pour la durabilité de la stratégie « Une Santé » ; (iv) la formation des autorités politico-administratives au niveau des entités territoriales décentralisées. Cette activité avait pour objectif d'impliquer directement le pouvoir public dans la prévention, la détection et la riposte aux maladies zoonotiques. Ainsi, 147 administrateurs de territoire ont été formés ([EPT, 2019](#)).

2.2. Le Règlement Sanitaire International et la RDC

Le Règlement Sanitaire International (RSI) est un ensemble de règlements adoptés par 194 États Membres de l'OMS pour la coordination des événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, et pour améliorer la capacité des pays à évaluer et à gérer les risques majeurs pour la santé publique. Les lignes directrices du RSI (2005) exigent que les événements sanitaires inhabituels, y compris les zoonoses, soient traités par une surveillance nationale efficace et la mise en place de mécanismes d'intervention coordonnés à l'interface Homme-Animal-Environnement à tous les niveaux. Ces lignes directrices exigent

également l'inclusion de vétérinaires et d'autres experts de la faune dans les comités nationaux et infranationaux de gestion des urgences de santé publique lorsqu'ils traitent d'événements zoonotiques ([RSI, 2005](#)).

Lors de la 61^{ème} Assemblée mondiale de la Santé en 2008, l'OMS a adopté 20 indicateurs clés pour le suivi des capacités de base du RSI au niveau national, y compris deux indicateurs spécifiques à la stratégie « Une Santé ». Premièrement, chaque pays doit établir un mécanisme de coordination de tous les secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI (2005). Deuxièmement, chaque pays doit établir un système de surveillance des zoonoses et des événements zoonotiques potentiels.

En février 2006, un accord tripartite entre la FAO, l'OIE et l'OMS a créé le système mondial d'alerte précoce pour la détection, la prévention et le contrôle des maladies, y compris les zoonoses.

En outre, l'Organisation Mondiale de la Santé Animale (OIE) a plaidé pour une meilleure gouvernance des zoonoses par ses pays membres et a reconnu qu'une meilleure collaboration entre les secteurs de la santé publique et animale était essentielle dans ce processus.

Les directives du RSI qui ont été promulguées en 2005 et sont entrées en vigueur le 15 juin 2007 sont juridiquement contraignantes pour les États Membres. En 2006, la résolution AFR / RC56 / R2 du Comité régional pour l'Afrique à Addis-Abeba a appelé à la mise en œuvre du RSI (2005) dans le contexte de la surveillance et de la riposte intégrées aux maladies (IDSR). La mise en œuvre réussie du RSI (2005) nécessite la réalisation de 8 capacités de base, notamment la législation, la politique et la coordination, la surveillance, la préparation, la réponse, la communication des risques, les ressources de laboratoire et humaines à tous les niveaux, y compris le point d'entrée, ainsi que les dangers (événements zoonotiques). Une liste de contrôle et des indicateurs élaborés pour suivre les progrès accomplis dans le développement des capacités de base du RSI dans les États membres ont été élaborés et définis à l'aide des niveaux de capacité (c'est-à-dire le niveau de performance atteint par un État partie pour un indicateur, une composante et une capacité de base donnés). L'objectif de la liste de contrôle est de permettre l'auto-évaluation de l'état du développement des principales capacités des États membres et d'identifier les domaines à renforcer. La liste de contrôle recommandée pour suivre les progrès du renforcement des capacités de base du RSI dans les événements zoonotiques en fonction des niveaux de capacité est la suivante:

Niveau de capacité 1: Fondamental

- Il existe une coordination au sein de la ou des autorités gouvernementales responsables pour la détection et la réponse aux événements zoonotiques.
- La « Liste des zoonoses prioritaires » avec définitions de cas est disponible.
- Un fichier (liste) d'experts régulièrement mis à jour pouvant répondre aux événements zoonotiques est disponible.

Niveau de capacité 2 : Intrants et processus

- Une politique, une stratégie ou un plan national pour la surveillance et la réponse aux événements zoonotiques sont en place.
- Point (s) focal (s) responsable (s) de la santé animale (y compris la faune) désigné (s) pour la coordination avec le ministère de la Santé et le respect du RSI 2005
- Une collecte et un collationnement systématiques et opportuns des données sur les zoonoses sont effectués.
- L'Accès à la capacité des laboratoires, au niveau national ou international (par le biais des procédures) pour confirmer que les événements zoonotiques prioritaires sont disponibles.
- Un mécanisme de réponse aux flambées de maladies zoonotiques chez l'homme et l'animal des secteurs de la santé est créé.

Niveau de capacité 3 : Produits et résultats

- Des mécanismes fonctionnels de collaboration intersectorielle comprenant des unités et des laboratoires de surveillance de la santé animale et humaine sont mis en place.
- Une surveillance des maladies zoonotiques comprenant une composante communautaire est mise en œuvre.
- Des Échanges d'informations en temps opportun et systématique entre les unités de surveillance animale et les unités de surveillance de la santé humaine et autres secteurs pertinents concernant les risques zoonotiques et événements zoonotiques urgents sont effectifs.
- Des Réponse en temps opportun à plus de 80% des événements zoonotiques d'éventuels préoccupation internationale sont effectifs.

Niveau de capacité 4 : Succès supplémentaires

- Les expériences et les résultats des pays concernant les risques zoonotiques et les événements potentiellement préoccupants aux niveaux national et international ont été partagés avec la communauté mondiale.

2.3. Global Health Security Agenda (GHSA)

Le Global Health Security Agenda (GHSA) a été lancé en février 2014 en réponse à la menace mondiale que les maladies infectieuses constituent dans notre monde de plus en plus interconnecté. Dans le passé, des flambées telles que le SRAS (2002), la grippe H1N1 (2009), le MERS-CoV (2012), la grippe H7N9 (2013) et Ebola (2014) ont eu des impacts humains, sécuritaires et économiques dévastateurs dans le pays, au niveau régional et niveau mondial.

Les Objectifs clés sont les suivants :

- Renforcer les capacités des pays pour prévenir, détecter et répondre aux maladies infectieuses
- Faire de la sécurité sanitaire mondiale une priorité nationale et galvaniser les engagements de haut niveau en faveur de la sécurité sanitaire mondiale
- Promouvoir l'engagement et la collaboration multisectoriels

Cet agenda mondial qui réunit plusieurs pays se force d'accompagner l'implémentation du RSI dans les différents pays, parties prenantes au RSI ([GHSA,2021](#)).

2.4. Institutionnalisation de l'approche « UNE SANTE » EN RDC

En application des directives du Règlement Sanitaire International (RSI, 2005), du Code sanitaire des animaux terrestres, du Code sanitaire des animaux aquatiques, de la Convention sur la Biodiversité ainsi que du Programme Mondial de la Sécurité Sanitaire (GHSA), de nombreux pays, ont commencé à s'approprier l'approche « Une Santé » par la création de plateformes et de comités techniques chargé de faciliter, coordonner et promouvoir la collaboration, la coopération multisectorielle et transdisciplinaire pour la préparation, la prévention, la détection, et la riposte contre les zoonoses et autres problèmes de santé publique à l'interface Homme-Animal-Environnement.

C'est ainsi que la RDC à travers les secteurs impliqués dans la lutte contre les maladies émergentes et ré-émergentes, a élaboré les textes susceptibles de promouvoir la collaboration multisectorielle et lui permettant ainsi de remplir ses engagements face au RSI. A cet effet, le Comité de Coordination Une Santé (CCUS) ou plateforme nationale « Une Santé » de la RDC a été créé les Arrêtés Ministériels N° 405/MINESU/CAB.MIN/MML/CB/JN/2011 et N° 406/MINESU/CAB.MIN/MML/CB/JN/2011 du 9 novembre 2011 avec l'appui des partenaires dont l'USAID à travers son projet Emerging Pandemic Threats phase 1 (EPT-1). Le CCUS est une structure technique qui facilite, coordonne et harmonise les actions en vue de la mise en œuvre de la stratégie « Une Santé » afin de mieux préparer, prévenir, détecter et de répondre aux épidémies et épizooties dans un contexte multidisciplinaire et multisectoriel. Il s'implique à chaque fois dans les activités de promotion de la multisectorialité comme ce fut le cas lors de l'évaluation des besoins en ressources humaines selon l'approche « Une Santé » en septembre 2018 (USAID/OHCEA) et l'évaluation conjointe des risques liés aux maladies zoonotiques réalisées du 19 au 22 janvier 2021 avec l'appui de la tripartite OMS-OIE-FAO.

A l'instar de la plateforme "Comité de Coordination Une Santé" (CCUS) de la RDC, plusieurs plateformes ont vu le jour en Afrique Centrale et de l'Ouest. Ces plateformes créées par différents textes règlementaires (décret présidentiel, décret de la primature, arrêtés ministériels, etc.) ou par mémorandum d'entente, continuent de faire face à des crises de leadership et à des difficultés dans la mise en œuvre de la collaboration multisectorielle. Et cela montre combien de fois, la formalisation ou l'institutionnalisation des plateformes certes importantes, n'est pas suffisante pour une meilleure appropriation de cette approche nouvelle et innovante, indépendamment de la nature du texte de création. Il convient donc de définir les procédures de la mise en œuvre de la stratégie « Une Santé » et de continuer à mener avec acharnement le combat de la sensibilisation des parties prenantes nationales sur la valeur ajoutée de l'approche « Une Santé » et le leadership partagé qui, au-delà des compétences techniques se focalise sur les compétences dites « Une Santé ». La figure 2 nous montre les différentes plateformes de l'Afrique Centrale et de l'Ouest et le type de textes les créant.

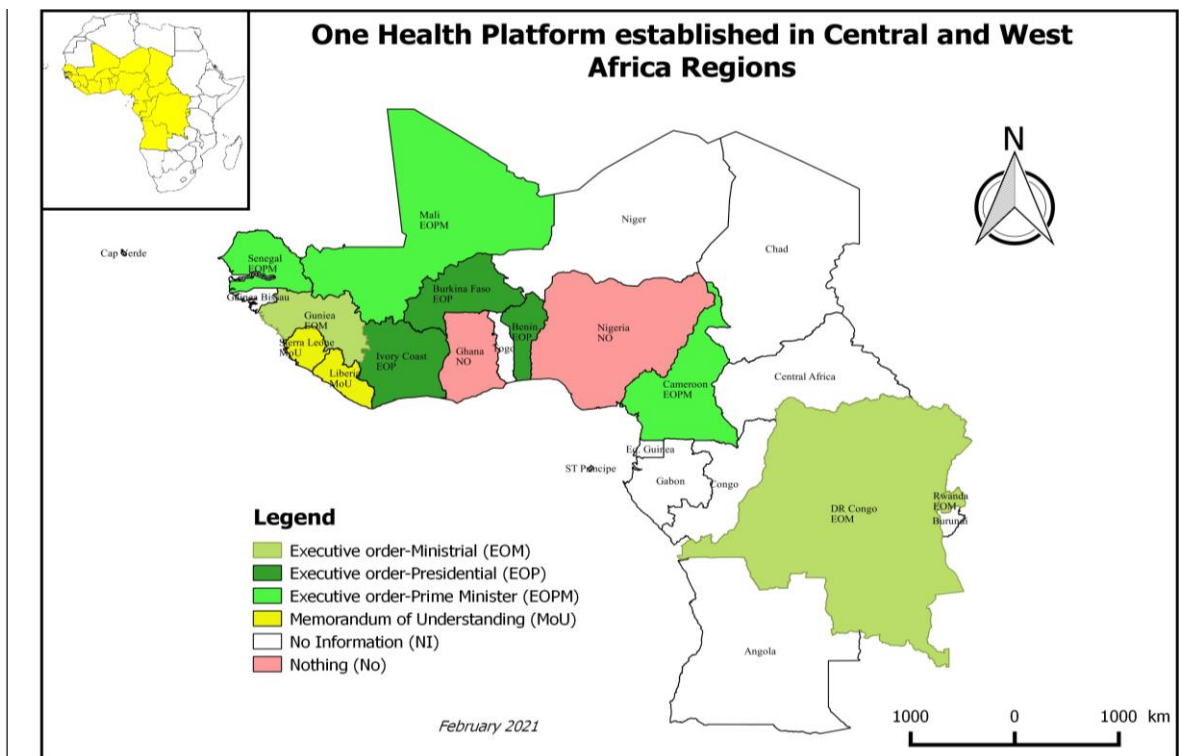


Figure 2: Plateformes « Une Santé » de l’Afrique Centrale et de l’Ouest (Nzietchueng, 2021).

Au sein du CCUS existe la “Fédération Une Santé ” (FUS), plateforme de collaboration et de concertation créée par 5 corporations des professionnels de santé, à savoir les Ordres des Médecins, des Pharmaciens, des Médecins Vétérinaires, des Infirmiers et l’Association des Techniciens Vétérinaires ([CCUS, 2021](#)).

Le réseau universitaire *One Health Central and Eastern Africa* (OHCEA) devenu *Africa One Health University Network* (AFROHUN), dont l’Ecole de Santé Publique de l’Université de Kinshasa (UNIKIN) et la Faculté de Médecine Vétérinaire de l’Université de Lubumbashi (UNILU) sont membres, a été créé en 2010. Il est principalement financé par l’Agence Américaine de Développement (USAID) et comprend à ce jour le Cameroun, la Côte d’Ivoire, l’Ethiopie, le Kenya, l’Ouganda, la RDC, le Rwanda, le Sénégal et la Tanzanie. La mission d’AFROHUN est de faciliter l’amélioration continue de la santé et du bien-être des humains, des animaux et des écosystèmes grâce à une recherche, une formation et un service communautaire multidisciplinaire. Vous trouverez des informations supplémentaires en ligne sur le site d’AFROHUN (www.afrohun.org).

2.5. Maladies zoonotiques prioritaires en RDC

Les maladies zoonotiques sont des pathologies qui peuvent se propager entre les animaux et les êtres humains. La plupart des maladies infectieuses humaines connues et environ les trois quarts des infections émergentes et ré-émergentes trouvent leur origine chez les animaux. Certaines zoonoses représentent une menace importante à la santé humaine, alors que d'autres peuvent avoir des conséquences catastrophiques sur l'élevage et de graves impacts sociaux et/ou économiques. La nature intersectorielle des maladies zoonotiques représente un défi majeur pour la préparation et l'intervention face aux menaces de maladies zoonotiques au niveau de l'interface Homme- Animal-Environnement, soulignant le besoin fondamental de l'approche « Une Santé » multisectorielle et interdisciplinaire pour faire face à ces menaces sanitaires.

La priorisation des maladies zoonotiques a pour but d'identifier les maladies zoonotiques de préoccupation nationale majeure en utilisant un outil de sélection semi-quantitative, l'outil de priorisation des maladies zoonotiques selon l'approche "Une Santé", développé et coordonné par les Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (CDC) des Etats-Unis. La cartographie sur les maladies zoonotiques prioritaires en RDC a été réalisée au cours du projet EPT2 (*Emerging Pandemic Threats*), pour la rage, la grippe aviaire, les salmonelloses, la maladie à virus Ebola et la fièvre jaune. Cependant, des travaux effectués récemment avec l'appui du CDC Atlanta ont retenu pour la RDC 6 catégories de maladies zoonotiques prioritaires : la rage, les salmonelloses, les fièvres hémorragiques virales, y compris Ebola et la fièvre de la vallée de Rift, la Grippe aviaire, les arboviroses telle que la fièvre jaune et le Monkey pox ([FAO, 2018](#)) .

2.6. Résistance aux antimicrobiens (RAM)

Le Guide 2019 élaboré par la tripartite OMS-FAO-IOE, couvre en plus des zoonoses d'autres menaces pour la santé à l'interface Homme-Animal-Environnement, notamment, la résistance aux antimicrobiens et la sécurité sanitaire des aliments. L'émergence rapide de la RAM est un risque sanitaire mondial majeur qui peut avoir d'énormes conséquences médicales, économiques et sociales particulièrement dans les pays à faible revenu comme la RDC. La perte progressive

d'antibiotiques efficaces compromet les capacités à lutter contre les maladies bactériennes infectieuses chez l'homme, les animaux et dans l'environnement. Si l'émergence et la propagation de la RAM ne sont pas maîtrisées, le nombre de personnes qui meurent chaque année d'infections bactériennes résistantes est sans cesse croissant.

Au-delà du risque de mortalité humaine, la RAM menace la santé des animaux et leur productivité (et donc les moyens de subsistance de millions de producteurs qui dépendent du bétail, de la volaille et du poisson) avec des effets sur la sécurité alimentaire, la sécurité sanitaire des aliments et l'environnement. L'utilisation irrationnelle et abusive des antimicrobiennes suites aux mauvaises prescriptions, à l'automédication, au non-respect des règles de distribution et de dispensation des médicaments, etc., reste un problème dans le pays. La RDC ne dispose pas d'un programme spécialisé de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. La recherche dans ce domaine est également peu fournie, ce qui fait de la RDC un pays suffisamment exposé aux conséquences de la résistance aux antimicrobiens. Cela est d'autant plus vrai que plusieurs études réalisées sur l'étendue nationale montrent un taux élevé d'automédication au sein de la population (Atoba et al, 2013 ; [Chiribagula et al, 2015](#)). La mise en place d'une structure chargée de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens est une nécessité pour le pays. En outre, il faut développer une série de recherches pluridisciplinaires dans ce domaine en vue d'identifier les principales causes de la résistance aux antimicrobiens et trouver les moyens d'y faire face. Au cours du projet EPT 1 et 2, des travaux ont été conduits pour la formation du professionnel de santé. A cet effet, les formations portaient sur le développement d'un cadre leader en RAM dans les principaux laboratoires vétérinaires aux fins de garantir un leadership, un plaidoyer, des techniques de laboratoires en RAM, des conditions de transport et de conservation des médicaments, des notions fondamentales sur la RAM, des initiatives durables, des méthodes d'épidémiosurveillance, des aspects de régulation de la RAM, etc. L'établissement d'une surveillance effective des médicaments est un défi pour le Gouvernement de la RDC. Le Ministère de la Santé Publique a appuyé l'institution d'un Centre National de Pharmacovigilance à l'Université de Kinshasa ([Minisante RDC, 2015](#)). Malheureusement ce Centre ne s'intéresse qu'aux données de la santé humaine. Un effort est à fournir pour la prise en compte des données de la santé animale et la transformation du Centre en programme national en pharmacovigilance de la santé animale et humaine.

Le fonctionnement en réseau des laboratoires vétérinaires avec ceux d'analyses biomédicales en santé humaine est un moyen efficace pour la détection rapide aussi bien des souches résistantes que des médicaments défaillants dans les maladies microbiennes.

L'Evaluation Externe Conjointe de 2018 a montré que la RDC dispose de laboratoires en santé humaine et animale, capables d'assurer la détection et la notification de certains agents pathogènes prioritaires, résistants aux antimicrobiens. Il existe un plan national stratégique de lutte contre la RAM qui n'est pas suffisamment vulgarisé et mis en œuvre. Au niveau de la recherche scientifique il y a également des thématiques consacrées à la recherche sur la RAM ; mais avec peu de coordination. En santé animale, les capacités des laboratoires restent à développer au niveau périphérique pour prendre en charge la surveillance de la RAM. C'est ainsi il a été recommandé au pays de : (1) Concevoir et mettre en œuvre un plan d'action national multisectoriel pour la détection et la notification des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens, et pour la gestion des antimicrobiens ; (2) Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action national pour la surveillance et la prévention des infections associées aux soins ; (3) Etablir et mettre en œuvre un plan d'action national pour la surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens ; (4) Renforcer les capacités des personnels et des structures en matière de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. ©

En plus des problèmes de santé évoqués ci-dessus, la RDC fait face à d'autres menaces pouvant nécessiter l'approche « Une Santé ». Il s'agit de la mauvaise qualité de l'eau de boisson, la sécurité sanitaire des aliments, l'insalubrité, l'utilisation pour la cuisson et le chauffage de combustibles biologiques, la pollution atmosphérique urbaine due aux déchets et leur combustion non contrôlée, aux véhicules à moteur et aux groupes électrogènes, la nuisance sonore, la distribution et la consommation de médicaments de qualité inférieure, la distribution et la consommation des aliments contenant des additifs dangereux pour la santé.

2.7. Santé environnementale

La RDC possède un énorme potentiel naturel comprenant d'importantes ressources en eau, des forêts, de la faune, de la flore et des vastes étendues de terres fertiles. La biodiversité congolaise fournit d'importants services environnementaux, aussi bien sur le plan international par la régulation du climat que régional par la production d'eau ; mais avant tout à la population congolaise, bénéficiaire de divers services écosystémiques, notamment l'agriculture, la pêche, la chasse, la cueillette

pour de raisons alimentaires ou médicinales. Malgré la contribution socio-économique de l'exploitation des ressources naturelles, elle pose aussi des défis environnementaux et sanitaires importants. Les impacts environnementaux liés aux activités des industries extractives (minières, pétrolières, forestières) en RDC sont importants et progressent d'une façon inquiétante.

Cette situation combinée avec le passif environnemental hérité des années d'exploitation minière sans égard à la protection de l'environnement et d'une gestion inefficace de l'exploitation forestière aggrave l'état actuel de l'environnement du pays. Les écosystèmes naturels en RDC subissent un nombre grandissant de sollicitations diverses de la part de l'homme, dont certaines conduisent à des modifications et des dégradations irréversibles. En effet, le degré de dépendance de la population vis-à-vis des ressources naturelles reste principalement lié au niveau de pauvreté qui touche 88 % de la population du pays et constitue une menace significative pour la biodiversité.

L'OMS rapporte qu'annuellement les risques cachés dans l'environnement occasionnent, dans le monde, des pertes de vie estimées à plus de 12 millions de personnes. Ces risques peuvent être liés à la pollution de l'air, de l'eau, des animaux et des végétaux par les produits chimiques. Ceci expose directement la santé des populations. En outre, il y a une relation intime entre la dégradation de l'environnement et l'apparition de certaines maladies notamment les zoonoses qui se justifient par la déstabilisation des écosystèmes. Avec ses 63% d'étendue nationale couverte par les forêts à côté d'un climat tropical, la RDC est un véritable foyer de potentielles zoonoses à l'instar de la fièvre hémorragique à virus Ebola.

Il faut noter que l'environnement constitue généralement le point d'intersection Homme-Animal-Environnement et sa dégradation affecte avec les mêmes degrés de dangerosité la vie humaine, animale et environnementale. Une meilleure gestion de l'environnement améliore indirectement la santé humaine et animale.

Sur le plan de l'urbanisation, il s'observe une croissance rapide mais anarchique sur l'ensemble du territoire national de la RDC. La pression démographique en milieu urbain essentiellement soutenue par un exode des populations qui viennent du milieu rural à la recherche des conditions meilleures de vie, se traduit par la suppression des espaces verts au profit du bâti. C'est le cas de la ville de Lubumbashi dans la province du Haut-Katanga ([Sikuzani et al, 2017](#)). L'épanouissement des villes dans tous les sens sans respect des normes urbanistiques est à ce jour source d'inondations et d'érosions, mais également,

source de propagation de maladies liées à l'insalubrité et aux mauvaises conditions hygiéniques, notamment les maladies des mains sales. La faible capacité du pouvoir d'achat des populations qui habitent ces bidonvilles limite leur accès aux soins de santé de qualité. Par conséquent, les pratiques comme l'automédication, aussi bien pour les maladies humaines et animales, ainsi que la consommation de viande d'animaux morts naturellement sont bien développées dans ces milieux. Et pourtant, l'automédication est source de résistance aux antimicrobiens alors que les animaux morts naturellement peuvent être une source de zoonoses. Les arbres d'alignement, jadis si caractéristiques de plusieurs villes de la RDC, qui rendaient des services écosystémiques importants, notamment en termes de microclimat et d'atténuation des poussières ont sensiblement disparus. Ceci dégrade les conditions de vie humaine et animale en milieu urbain.

La RDC est un pays à exploitation essentiellement minière. L'exploitation des minerais tels le cuivre, l'or, le coltan etc. constituent des menaces sérieuses de la biodiversité. Les exploitations minières artisanales par les populations et à grande échelle par les entreprises minières exposent aux problèmes environnementaux tout comme les risques sanitaires et les risques d'expositions aux toxiques chimiques par la contamination de la flore par les rejets miniers toxiques et émissions atmosphériques des produits chimiques tel le mercure, l'acide cyanhydrique etc. Les activités minières artisanales et à l'échelle industrielle et ses activités connexes sont aujourd'hui une de principales causes de déforestation et de perte de la biodiversité, de dégradation du sol et du paysage de la pollution. En ce qui concerne la gestion environnementale, le pays ne dispose pas de moyens techniques et financiers pour disposer des données environnementales et ne présentent pas de plan de suivi environnemental (« monitoring ») selon les pratiques internationales. Malgré l'obligation de soumettre un rapport annuel d'activités qui comporte également une section sur leur gestion de l'environnement (modèle de rapport établi par l'arrêté ministériel n.3156/CAB.MIN/MINES/01/2001), la majorité des entreprises minières ne fournissent pas des informations précises et suffisantes sur la quantité et la qualité des leurs effluents liquides, rejets solides et émissions atmosphériques. En conséquence, la RDC ne dispose pas des données fiables (statistiques) pour connaître le niveau de pollution environnementale générée par l'industrie minière.

La consommation de certaines espèces animales est aujourd'hui soupçonnée d'être la source de la survenue de certaines zoonoses comme Ebola ([Fa et al, 2019](#)). Les facteurs de risque environnementaux sont à l'origine d'une part importante des problèmes de santé des populations pauvres. De nouveaux défis se profilent dans

toutes les directions suites aux menaces environnementales traditionnelles comme l'eau, l'assainissement, les maladies à transmission vectorielle et la pollution de l'air intérieur, les dangers émergents comme les substances chimiques et les changements climatiques ([OMS, 2020](#)). En RDC, les études réalisées permettent d'estimer que la proportion des cas de maladies qui sont liées au mauvais état de l'environnement pourrait atteindre 80%. L'engagement de la RDC en faveur des Objectifs de Développement Durable (ODD) implique d'assumer la responsabilité d'un environnement sain pour tous et spécialement pour les enfants, étant donné le potentiel qu'ils renferment pour améliorer la vie et l'avenir de tant de personnes. Seule une collaboration multisectorielle et multidisciplinaire et multi-niveaux permettra de bâtir un monde plus sain pour tous et pour l'avenir.

2.8. Evaluation des besoins en ressources humaines selon l'approche « UNE SANTE »

Durant les quatre décennies passées et à ce jour, la RDC a connu plus de dix épisodes de la maladie à virus Ebola. Trois constats fondamentaux en découlent : (1) la mortalité élevée du personnel de santé, (2) la nécessité de mobiliser et d'impliquer la communauté dans la prévention et la riposte contre la maladie et (3) la localisation rurale ou semi-rurale de la plupart de ces épidémies. Bien que la RDC ait acquis une expertise en matière de riposte à l'épidémie d'Ebola, le pays demeure à grand risque. Malgré la difficulté reconnue de réaliser un diagnostic clinique précoce d'une infection que celle à virus Ebola, un personnel aguerri, compétent, judicieusement formé et recyclé appliquerait au mieux les principes de prévention et de contrôle d'infections émergentes et ré-émergentes dont la prise en charge holistique nécessite une collaboration multisectorielle et multidisciplinaire. Douze ans après l'adhésion de la RDC au RSI, il est plus que temps que l'état des lieux sur les ressources humaines nécessaires pour sa mise en œuvre soit établi et des actions appropriées y afférentes soient planifiées. Au mois de mars 2018, la RDC a réalisé son évaluation externe (Joint External Evaluation – JEE) de la mise en œuvre du RSI (Règlement Sanitaire International). De cette évaluation des recommandations devraient servir de repères à l'évaluation des besoins en ressources humaines du secteur santé.

C'est ainsi que cette même année, un projet d'évaluation des besoins en ressources humaines a été financé par le programme de l'USAID | EPT 2 (One Health Workforce) à travers le réseau universitaire OHCEA ([EPT, 2019](#)).

Ce projet visait à : (i) déterminer le nombre du personnel de santé nécessaire pour assurer un bon fonctionnement des institutions publiques et privées impliquées dans

la prévention, la détection et la réponse aux épidémies et épizooties ; (ii) évaluer la qualité du personnel en termes de compétences (savoir-savoir, savoir-faire et savoir-être), techniques spécifiques par secteur; particulièrement dans le domaine des maladies infectieuses et de l'épidémiologie, et les compétences en matière de collaboration multidisciplinaire du personnel de santé ; (iii) développer la cartographie des liens institutionnels afin d'assurer une collaboration effective dans le cadre de la formation initiale et continue du personnel de santé ; (iv) identifier les opportunités et défis pour relever les compétences du personnel de santé au niveau scolaire, académique et en cours d'emploi.

L'exécution de ce projet avait consisté en 4 phases dont la première phase conceptuelle, qui avait permis de définir le cadre conceptuel de l'étude, la deuxième phase dédiée à la revue documentaire sur les différents documents d'évaluation (nationale, internationale) existant au pays, et les documents sectoriels utiles pour le projet, la troisième phase d'organisation d'implémentation de l'atelier OH-SMART (One Health – Systems Mapping and Analysis Resources Toolkit) et enfin la quatrième pour la mise à jour du logiciel de gestion des ressources humaines du secteur santé dénommé « BONOBO ».

Ce travail sur l'évaluation des besoins en ressources humaines avait permis d'avoir une vue globale de la situation de terrain de tous les ministères impliqués dans les activités « Une Santé » pour ce qui est des ressources humaines, leur déploiement, leur degré de collaboration et aussi leur implication dans la gestion des épidémies/épizooties.

D'une manière générale, l'analyse SWOT réalisé en 2018 dans le cadre de l'évaluation des besoins en ressources humaines en santé de la RDC a démontré globalement un déficit quantitatif des professionnels de santé.

A l'issue de ce projet, des recommandations ont été formulées à l'endroit des parties prenantes et aux décideurs politiques devant promouvoir l'approche « Une Santé » : (1) aux deux chambres du parlement de doter le pays d'une loi sur l'approche « Une Santé » pour appuyer la collaboration interministérielle et d'associer les députés nationaux et sénateurs dans la lutte contre les épidémies/épizooties ; (2) au gouvernement de fournir aux ministères, membres du CCUS, un cadre de concertation effectif; de promouvoir la collaboration multisectorielle et multidisciplinaire pour une coordination des actions en cas d'épidémies/épizooties en RDC; de revoir l'ordonnance sur les attributions des ministères pour éviter les

conflits de compétences et de leadership ; d'adopter des comportements et des mesures favorisant la collaboration multisectorielles et multidisciplinaire dans la lutte pour éviter la recrudescence et la propension des épidémies/ épizooties en RDC; d'intensifier la surveillance épidémiologique et la sensibilisation dans la communauté ; (3) aux partenaires internationaux ; d'assurer le renforcement des capacités des tous les acteurs impliqués dans la lutte à tous les niveaux (périphérique, intermédiaire et central) ; d'appuyer la RDC dans la surveillance épidémiologique; d'appuyer régulièrement le CCUS pour l'organisation des Ateliers OH-SMART ; d'aider les ministères, membres du CCUS à avoir des équipements et moyens pour assurer la formation du personnel commis à la lutte contre les épidémies/épizooties ; (4) au CCUS de promouvoir la collaboration multisectorielle et multidisciplinaire ; de faire des plaidoyers auprès du gouvernement et des partenaires pour la mise en place d'un cadre de concertation formalisé ; d'organiser un atelier de mise à jour des modules sur les compétences « Une Santé » et sur l'Assainissement et Hygiène ; de vulgariser l'approche « Une Santé » dans toutes les provinces de la RDC ; de partager et de déposer les résultats de l'Evaluation des besoins en Ressources Humaines dans tous les Cabinets ministériels et secrétariats généraux impliqués dans le CCUS ; (5) à AFROHUN de soutenir les activités du CCUS pour son implantation dans toutes les provinces et universités ou instituts supérieurs de la RDC ; d'organiser régulièrement des Ateliers OH-SMART pour renforcer les capacités des cadres et membres du CCUS ; de créer des mécanismes de collaborations avec les autres partenaires internationaux impliquées dans la lutte contre les épidémies en RDC ; d'assurer la formation des journalistes en communication de la santé.

2.9. Evaluation des capacités de base du RSI en RDC

L'évaluation externe conjointe (JEE) est une évaluation de la capacité d'un pays à prévenir, détecter et répondre aux menaces pour la santé publique dans le cadre du cadre de suivi et d'évaluation du Règlement Sanitaire International (RSI 2005). L'évaluation externe conjointe (*Joint External Evaluation*-JEE) de la RDC a été réalisée en mars 2018 (OMS 2018).

La RDC avait sollicité dans le cadre d'élaboration d'un Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire, avec l'appui de l'OMS pour réaliser une mission d'évaluation externe conjointe (JEE) de la mise en œuvre des capacités nationales, requises au titre du Règlement Sanitaire International (RSI) (2005) et selon l'approche «Une Santé », pour prévenir, détecter et répondre aux menaces pour la santé publique, qu'elles soient naturelles, délibérées ou accidentelles.

Cette évaluation avait porté sur les 19 domaines techniques selon un score allant de 1 à 5 (Scores: 1=capacité inexistante; 2=capacité limitée; 3=capacité développée; 4=capacité démontrée; 5=capacité pérenne), tel que repris dans le tableau ci-dessous.

Table 1: Scores et actions prioritaires pour la République démocratique du Congo (JEE 2018)

Capacités	Indicateurs	Score
Législation, Politique et financement nationaux	P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour voir appliquer le RSI (2005).	2
	P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et harmonisé la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005).	2
Coordination, communication et promotion du RSI	P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI (2005)	2
Résistance aux antimicrobiens	P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens.	1
	P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.	1
	P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé.	1
	P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens.	1
Zoonoses	P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires.	3
	P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale	3
	P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles.	1
Sécurité	P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de	1

sanitaire des aliments	riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments.	
Sécurité et sûreté biologiques	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	2
	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques	1
Vaccination	P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national.	3
	P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national.	3
Système national de laboratoires	D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires.	3
	D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons.	2
	D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire	3
	D.1.4 Système de qualité des laboratoires.	1
Surveillance en temps réel	D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements.	3
	D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.	1
	D. .2.3 Analyse des données de surveillance.	3
	D.2.3 Systèmes de surveillance syndromique.	4
Notification	D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE.	3
	D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays.	2
Développement	D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer	2

du personnel	les principales capacités requises au titre du RSI.	
	D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place (type FETP).	4
	D.4.3 Stratégie pour les personnels.	3
Préparation	R.1.1 Un plan national multirisques de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué.	1
	R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités.	1
Interventions d'urgence	R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence.	1
	R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence.	1
	R.2.3 Programme d'interventions d'urgence.	3
	R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliqués pour les dangers relevant du RSI.	1
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité	R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en 1 liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé.	1
Moyens médicaux et déploiement de personnel	R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique.	1
	R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique.	1
Communication sur les risques	R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.).	1
	R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires.	2

	R.5.3 Communication publique.	2
	R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées.	2
	R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs.	2
Points d'entrée	PoE.1 Capacités de routine présente aux points d'entrée.	1
	PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée.	1
Événements d'origine chimique	CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique.	1
	C E.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique.	1
Situations d'urgence radiologique	RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire.	2
	RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique	2

Les domaines techniques ayant obtenu un meilleur score de 4 sont :

- Développement du personnel pour les indicateurs: existence d'un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place (type FETP) ;
- Système de surveillance en temps réel pour l'indicateur : Systèmes de surveillance syndromique.

Les domaines ayant obtenu un score de 3 sont les suivants :

- Développement du personnel : Stratégie pour les personnels
- Intervention d'urgences : Programme d'interventions d'urgence
- Notification : Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE
- Surveillance en temps réel : Analyse des données de surveillance.
- Système national de laboratoires : Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires et Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.
- Vaccination : La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national et Accès et délivrance de vaccins au niveau national.

- Zoonoses : Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires et Personnels vétérinaires et de santé animale

Les capacités des autres domaines techniques ont obtenu des scores faibles (Score 1 et ou score 2) et méritent d'être améliorés.

En plus de ces résultats, les observations suivantes ont été faites sur la capacité du pays à faire face aux menaces pour la santé publique, y compris les événements zoonotiques.

Les résultats de cette mission ont montré un engagement considérable des autorités de la RDC dans le processus d'amélioration des capacités de mise en œuvre du RSI (2005) à travers la création d'une agence congolaise de prévention et de lutte contre les maladies et l'établissement à court terme d'un plan national intégré et multisectoriel pour le renforcement de la sécurité sanitaire. Le pays dispose d'expertises et d'expériences régionales en matière de gestion des fièvres hémorragiques virales et possède également des atouts avec notamment la mise à l'échelle nationale de la Surveillance intégrée des maladies et la riposte ; l'existence d'un réseau de laboratoires et la mise en place d'un programme de formation en épidémiologie d'intervention ; la création d'un centre d'opérations d'urgence déjà opérationnel ; l'existence des laboratoires mobiles pour la riposte à la maladie à virus Ebola et autres fièvres hémorragiques ; l'opérationnalisation du Centre régional d'études nucléaire de Kinshasa et des progrès considérables en matière de communication sur les risques dans la quasi-totalité des districts.

Le rapport a indiqué que pour disposer des capacités fonctionnelles et pérennes, le pays devra renforcer l'ensemble des 19 domaines techniques en mettant en œuvre les recommandations identifiées lors de cette JEE, avec un accent tout particulier sur : (i) l'élaboration ou l'adaptation des documents législatifs ou officiels pour une meilleure application du RSI (2005) selon l'approche « Une Santé » ; (ii) le renforcement du cadre multisectoriel de coordination, de coopération et de collaboration pour prévenir, détecter, se préparer et riposter en tenant compte de l'ensemble des menaces ; (iii) la rédaction, l'actualisation et l'application de procédures opératoires standardisées pour chaque domaine technique, afin d'harmoniser la gestion des interventions d'urgence ; (iv) l'établissement et la mise en œuvre de plans opérationnels pour acquérir les capacités minimales requises au titre du RSI (2005), en insistant tout particulièrement sur la formation adéquate des personnels de tous les secteurs clés, notamment au niveau inférieur de la pyramide sanitaire nationale afin de couvrir l'ensemble du pays ; et (v) l'allocation de ressources nationales, doublée d'un plaidoyer auprès des partenaires pour la

mobilisation de ressources supplémentaires, dédiées à la mise en œuvre des plans nationaux et au suivi-évaluation des progrès accomplis (OMS 2018).

2.10. Cartographie, répertoire des textes et activités « One Health » en RDC

En vue de l'institutionnalisation et de l'opérationnalisation de l'approche « Une Santé » en RDC et dans le cadre de l'appui institutionnel et organisationnel et des activités du Centre d'urgence de la FAO pour la lutte contre les maladies animales transfrontalières (FAO-ECTAD), la FAO avait financé une consultance pour : (1) Cartographier les activités « Une Santé » telles que la mise en œuvre par ou avec le concours des Ministères en charge de la santé humaine, santé animale et de l'environnement ou des organismes et les mécanismes sous tutelle de ces Ministères telles que les plateformes « Une Santé », les groupes de travail sur les maladies zoonotiques, les réseaux de surveillance et diagnostic des maladies zoonotiques, etc. ; (2) Identifier les problèmes de santé autres que les maladies zoonotiques et la résistance aux médicaments qui nécessiteraient l'opérationnalisation de l'approche « Une Seule Santé » pour la mise en place de solution durable ; (3) Faire un inventaire du dispositif légal (lois, décrets, arrêtes, règlements, etc.) et contractuels (protocole d'accord) en relation avec l'institutionnalisation et l'opérationnalisation de l'approche « Une Santé » en RDC (FAO 2020).

Les résultats de cette consultance ont permis d'avoir une vue globale de la situation de terrain de l'approche « Une Santé » pour ce qui est des activités et des textes légaux. Pour l'implémentation de l'approche « Une Santé » en RDC, il a été créé en 2011 sur arrêtés ministériels, le CCUS, plateforme « Une Santé » qui constitue le cadre légal et regroupe des acteurs clés. Le dispositif légal et contractuel de l'ancrage institutionnel de l'approche « Une Santé » en RDC regroupe des textes réglementaires et des procédures du niveau national international.

Au niveau national, les textes sont ceux du CCUS et des ministères impliqués dans la stratégie "One Health" ayant un lien avec la détection, la prévention et la riposte aux épidémies et épizooties. Sont disponibles les outils réglementaires suivants : (1) l'Arrêté Ministériel N0 405/MINESU/CAB.MIN/MML/CB/JN/2011 du 9 novembre 2011 et l'Arrêté Ministériel N0 406/MINESU/CAB.MIN/MML/CB/JN/2011 du 9 novembre 2011 Arrêtés créant le Comité de coordination « Une Santé » ; (2) les textes portants création, organisation et fonctionnement des corporations membres de la Fédération « Une Santé » (FUS) à savoir l'Ordonnance Loi n° 68/70 du 1^{er} mars 1968 pour l'Ordre des Médecins, l'Ordonnance Loi n° 91-018 du 30 mars 1991 pour

l'Ordre des Pharmaciens, l'Ordonnance Loi n° 016/15 du 15 juillet 2016 pour l'Ordre des Infirmiers, l'Ordonnance n°89-087 du 12 mai 1989 pour l'Association des Médecins Vétérinaires du Congo devenue Ordre des Médecins du Congo et l'Arrêté Interministériel CABMINJED 920 du 13 septembre 1994 pour l'Association des Techniciens Vétérinaires du Congo qui sont accessibles au Journal Officiel ; (3) l'Ordonnance-Loi n° 17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ; (4) l'Ordonnance-Loi n°17/025 du 10 Juillet 2017 fixant les Attributions des Ministères, nous a permis de ressortir les attributions sur lesquelles quelques ministères clés s'appuient pour promouvoir les activités « Une Santé » ; (5) l'Ordonnance Loi n° 69-041 du 22 Août 1969 relative à la conservation de la Nature ; (6) Loi n°75-024 du 22 Juillet 1975 relative à la création des secteurs sauvegardés ; (7) Loi n° 82-002 du 28 mai 1982 portant réglementation de la chasse en RDC ; (8) Loi N°11/009 du 09 Juillet 2011 portant principes fondamentaux relatifs à la protection de l'environnement ; (9) Loi n°08/012 du 31 juillet 2008 portant principes fondamentaux relatifs à la libre administration des provinces ; (10) Loi-cadre n°14/004 du 11 juillet 2014 de l'Enseignement national. L'article 9, points 4 et 11 retient l'éducation environnementale et la lutte contre les maladies endémiques et épidémiques parmi les 23 options fondamentales de l'Enseignement national ; (11) Loi de 1952 sur l'exercice de l'art de guérir ; (12) le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 qui est disponible au Journal Officiel; (13) le Cadre Organique du Secrétariat Général de la pêche et Elevage ; (14) le Plan National stratégique du Ministère de la pêche et Elevage ; (15) le Plan Nationale Stratégique du Développement ; (16) l'Instruction du Ministère de la communication et médias demandant les DG de la RTNC et de l'ACP à diffuser gratuitement tous les messages relatifs à la santé etc.

Au niveau International, peuvent être cités a titre d'exemples: (1) le Règlement Sanitaire International (2005) ; (2) le Rapport de l'évaluation externe conjointe (JEE) de la RDC (mars 2018) ; (3) la Convention sur la conservation de la biodiversité (juin 1992) ; (4) le Protocole de Nagoya (février 2012) ; (5) la Convention sur le commerce international des espèces de faune et flore sauvages menacées d'extinction (CITES) (1973) ; (6) la Convention sur la conservation des espèces migratrices appartenant à la faune sauvage (CMS) (1979) ; (7) l'Accord bilatéral entre RDC et USA (USAID) ; (8) les Fonds international pour la protection des animaux (1969) ; (9) les Directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; (10) les Directives de l'Organisation Mondiale de la Santé Animale (OIE) ; (11) la Note Conceptuelle Tripartite OMS-

FAO-OIE, Avril 2010 ; (12) la Note d'engagement de la Tripartite FAO-OIE-OMS, Octobre 2017 ; (13) le Protocole d'accord FAO-OIE-OMS, Mai 2018 ; (14) l'Intersectoriel Engagement 2018: Priorisation des maladies zoonotiques principales de la RDC (Zoonotic Disease Prioritization in the Democratic Republic of Congo 2016 ; (15) la Prévention de l'Influenza Aviaire Hautement Pathogène et Renforcement des Services Vétérinaires dans la Région des Grands Lacs d'Afrique" de 2006 à 2009, Protocole d'accord, Août 2006; (16) le Plan d'action mondiale contre la résistance antimicrobienne, 2015 ; (17) l'Agenda de Sécurité Sanitaire Mondiale (Global Health Security Agenda- GHSA 2014).

Le CCUS devrait faciliter, coordonner et harmoniser les actions en vue de la mise en œuvre de la stratégie « Une Santé » afin de mieux prévenir, détecter et de répondre aux épidémies et épizooties dans un contexte multidisciplinaire et multisectoriel à travers des activités en collaboration avec divers partenaires (USAID, AFROHUN, FAO etc.). Certes, des activités « Une Santé » ont été réalisées essentiellement avec l'appui des partenaires suite à une faible implication gouvernementale mais beaucoup reste à faire pour l'institutionnalisation et l'opérationnalisation de l'approche « Une Santé ». Les recommandations suivantes ont été formulées : faire un plaidoyer pour renforcer l'ancrage institutionnel One Health, élaborer la politique national « Une Santé » (One Health), élaborer un plan stratégique et un plan opérationnel « Une Santé », renforcer le fonctionnement du CCUS par la mise à disposition d'un budget annuel, d'un secrétariat et des groupes techniques de travail (GTT) fonctionnels, décentraliser la plateforme One Health (CCUS) et renforcer la sensibilisation des acteurs en vue de l'appropriation de l'approche « Une Santé » (FAO 2020).

3. *Approche « Une Santé » : ANALYSE SWOT*

L'analyse du niveau d'implémentation, de l'institutionnalisation et de l'opérationnalisation de la mise en œuvre de l'approche « Une Santé » en RDC, en vue de développer un plan stratégique « Une Santé », requiert une analyse SWOT des domaines clés d'intervention en rapport avec les parties prenantes de l'approche « Une Santé ».

Table 2: Analyse SWOT de l'approche « Une Santé » en RDC

Axe stratégique 1 : Coordination de la stratégie « Une santé » : Gouvernance et leadership	
Forces	Faiblesses
- Existence de la plateforme « Une Santé » créée par AR Ministériel (Comité de Coordination Une santé : CCUS) - Opérationnalité du comité de coordination « une santé » - Existence de la Fédération « Une Santé » : FUS - Existence d'un manuel de gouvernance et du règlement intérieur du comité de coordination « Une Santé » - Existence des initiatives internationales, régionales et nationales sur le concept One Health - Lancement officiel de l'approche « Une Santé » en RDC 2011 - Existence d'un cadre de concertation multisectorielle du volet laboratoire dans le cadre de la sécurité sanitaire - Existence du Ministère de la Santé Publique, de pêche	- Consensus partiel sur l'ancrage de la plateforme une santé - Faible perception du fardeau des zoonoses parmi le public / les décideurs et Politicien - Les critères d'allocation des ressources ne sont pas en faveur des zoonoses - Faible coordination multisectorielle sur les problèmes sanitaires à l'interface Homme-Animal-Environnement - Manque de fonds pour soutenir la multisectorialité (durabilité) - Absence de plan stratégique national global pour la promotion du concept "une seule santé" - Manque d'appropriation du concept « One Health » parmi les décideurs - Faible compréhension de l'approche « Une Santé » - Faible intégration du Concept « One Health » dans

et élevage et de l'environnement et développement durable - Existence d'une coordination formelle entre les institutions (pour certaines maladies zoonotiques) - Présence d'une expertise multisectorielle (Santé animale, humaine, environnementale.)	les universités / institutions - Cadre de concertation formelle des trois ministères clés de l'approche « Une Santé » non opérationnelle -
Opportunités	Menaces
- Existence de la coordination tripartite l'OMS, l'OIE et la FAO - Existence d'initiatives One Health dans différents secteurs (AFROHUN, SACIDS, Union Africaine, etc.) - Existence d'une expérience de riposte sur les maladies zoonotiques émergentes et réémergences telles qu'Ebola - Inclusion de la stratégie « Une Santé dans les secteurs gouvernementaux ainsi que dans le cursus de formation universitaire - Existence de divers partenaires internationaux/ locaux de mise en œuvre de l'approche One Health - Besoins reconnus pour la collaboration multisectorielle	- Problèmes de leadership sur l'établissement des priorités parmi les principaux acteurs - Conflits d'intérêts dans différents ministères et changement de personnel - Structure organisationnelle instable - Crise économique mondiale - Instabilité politique parmi les pays de la région - Priorités concurrentes - Existence de projets parallèles avec des priorités différentes. - Insuffisance des ressources propres

Axe Stratégique 2: Formation et Recherche suivant la stratégie « Une Santé »	
Forces	Faiblesses
- Existence d'un curriculum de formation suivant la stratégie Une Santé en Médecine Vétérinaire (UNILU) et en Santé Publique (UNIKIN) - Disponibilité des compétences académiques formées sur la Stratégie « Une Santé » - Existence du CCUS - Disponibilité des formateurs et des apprenants - Existence des universités, instituts de recherche et autres structures apparentées - Existence de chercheurs qualifiés dans les Universités et autres institutions de recherche (ICCN, CRAA, INRB, Labo Vet, etc.) - Existence d'un module de formation de l'enseignant sur les notions du règlement sanitaire international RSI (2005) en milieu scolaire ; - Existence d'un module de formation en Eau, Hygiène et Assainissement ; - Loi-cadre n° 14/004 du 11 Février 2014 de l'Enseignement National sur l'éducation nationale	- Absence d'un curriculum pluridisciplinaire sur la vision Une Santé incluant toutes les parties prenantes - Faible proportion du personnel de la Santé formé à la Stratégie Une Santé - Absence des mécanismes de suivi et d'évaluation du curriculum en Médecine Vétérinaire/Santé Publique - Insuffisance de montage des projets Recherche Développement sur la vision Une Santé - Sous équipement des laboratoires de recherche des institutions parties prenantes - Faible participation aux appels à projet dans les domaines Une Santé - Insuffisance des mises à jour de la recherche sur les zoonoses (- Infrastructures de recherche inadéquates - Faible financement - Faible motivation des chercheurs - Fuite des cerveaux

N°004 de 2014 (Article 31) ; - Stratégie Sectorielle de l'éducation 2016-2021 ; - Circulaire sur le lavage des mains; - Existence de la direction susceptible de jouer un rôle important dans les activités « Une Sante » Direction des programmes scolaires et matériel didactique ; - Programme National de l'Enseignement Primaire (PNEP, 2011) - Annuaire statistique; - Existence des 2000 écoles techniques vétérinaires - Existence des procédures pour l'inspection des écoles. - Existence du Programme Ecole et village assainis	- Manque de collaboration entre chercheurs / institutions / - Manque de collaboration entre chercheurs et décideurs - Non prise en compte des résultats de recherche dans les politiques publiques - Résultats de recherche peu vulgarisés - Peu de session de formation des inspecteurs à tous les niveaux; - Carence d'inspecteurs itinérants au Primaire comme au Secondaire.
Opportunités	Menaces
- Disponibilité d'une gamme variée d'appels à projet dans les domaines Une Santé - Disponibilité des partenaires engagés dans la formation du personnel selon la vision Une Santé - Reconnaissance de la Fièvre Hémorragique a virus Ebola comme urgence sanitaire internationale - Existence des problèmes de santé à l'interface homme-animal-environnement (maladies, agents pathogènes, RAM,	- Faible capacité de riposte aux urgences sanitaires à l'interface Homme-Animal-Environnement - Vulnérabilité permanente de la population potentiellement exposée aux risques sanitaires à l'interface Homme-Animal-Environnement - Faible sollicitation claire auprès des donateurs - Faible engagement du gouvernement sur la matérialisation de l'approche Une Santé

- Facteurs de risque environnementaux, Biosécurité, questions de biosécurité) - Existence de l'appui des partenaires techniques et financiers (OMS, OIE, UNICEF, BEP, PNUE, FAO, etc.) - Possibilité de collaboration selon l'approche Une santé	- Insuffisance de ressources matérielles, financières et humaines
Axe Stratégique 3: Plaidoyer et Communication suivant l'approche « Une Santé »	
Forces	Faiblesses
- Existence de textes de lois organisant la communication et la profession du journalisme - Existence des structures publiques et étatiques de la communication - Existence des textes réglementaires autorisant les radios et télévisions à fonctionner ; - Existence des directions susceptibles de jouer un rôle important dans les activités « Une Santé », les Directions de l'Audiovisuel et de la Presse au secrétariat général (Direction de la programmation de la Radiotélévision Nationale Congolaise (RTNC), Agence Congolaise de la presse (ACP), le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel pour la régulation des	- Processus de la décentralisation du pays non encore achevé ; - Déficit communicationnel entre les structures qui œuvrent à l'interface Homme-Animal-Environnement ; - Insuffisance d'information sur l'approche « Une Santé » ; - Insuffisance de formation des acteurs de communication sur l'approche « Une Santé » ; - Faible vulgarisation du PANSS ; - Faible vulgarisation du RSI ; - Faible utilisation des services et des actions « Une Santé » dans les structures et communautés

médias, Association des communicateurs en santé, Fédération des Radios de Proximité de la RDC (470 radios communautaires qui couvrent toute la République), Direction des Études et Planification, Réseau des journalistes Amis pour Enfants ; - Existence des programmes, des émissions consacrées surtout à la santé sexuelle animée par des spécialistes; - Existence de plusieurs radios communautaires des confessions religieuses ; - Existence dans les ministères des Direction ayant en charge la communication (Direction de la communication de Santé Animale, Direction de la communication sanitaire - Existence de la politique, de la stratégie de communication des risques et des SOPs (Standards Operating Procédures)	- Faible promotion et vulgarisation des pratiques clé et actions essentielles « Une Santé » - Faible collaboration entre acteurs à tous les niveaux - Faible vulgarisation de textes légaux et directives - Faible accès à l'information et à la communication en matière d'une santé ; - Faible implication des leaders d'opinion en faveur des activités de communication « Une Santé »; © - Non existence d'une base des données d'activités de communication « Une Santé » ; - Faible intégration de l'approche une santé dans le curriculum universitaire. - Déficit en nombre des cadres journalistes formés en matière de santé et sur l'approche « Une Santé ». - Insuffisance d'espace médiatique dédié à la promotion de l'approche « Une Santé » Faible participation communautaire dans les actions et activités « Une Santé »; Faible production des émissions et programmes sur la santé; - Faible communication sur les zoonoses et épizooties ; Faible production d'émissions consacrées au Gender selon l'approche Une Santé; - Faible sensibilisation sur les problèmes de santé,
--	---

	particulièrement sur les épidémies et épizooties. - Insuffisance de personnes ou structures spécialisées dans le plaidoyer sur des questions de communication en santé - Faible implication des leaders d'opinion dans l'encadrement et la sensibilisation sur les maladies zoonotiques ; - Pas de participation aux émissions sur la question de santé par la Direction d'Archives et Nouvelles technologies de l'Information et Communication ; - Accès limité aux bases des données des informations de terrain dans le domaine de la santé à l'interface Homme-Animal-Environnement; - Peu de plages dans la charge horaire pour la formation des étudiants sur l'approche Une Santé appliquée à la prévention des épidémies
Opportunités	Menaces
- Formation ponctuelle des communicateurs en santé (OMS, USAID/Change project, UNICEF, UNFPA); - Collaboration avec les organismes tels que la Fondation Hirondelette; - Création de la Taskforce sur la communication - Elaboration du Plan stratégique sur la	- Faible coordination des activités sur la communication des risques sanitaires - Faible collaboration et coordination entre les acteurs impliqués dans la communication des risques sanitaires - Communication sur les risques sanitaires assurée

communication - Collaboration avec les organismes tels que la Fondation Hironde ; - Existence des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) en faveur des activités « Une Santé » (Breakthrough Action, OMS, USAID, CDC Africa, RTL, IMC, Banque Mondiale, JICA etc.)	par des personnes peu qualifiées (Improvisation des personnes non qualifiées en experts en communication) - Duplication de rôles par plusieurs structures - Manque de financements - Contexte politique
Axe stratégique 4 Surveillance, prévention, contrôle et riposte aux épidémies et épizooties suivant la stratégie « Une Santé »	
Forces	Faiblesses
- Disponibilité d'un noyau académique, administratif et professionnel des compétences Une Santé - Expérience reconnue a la préparation et a la riposte de la fièvre Hémorragique a virus Ebola - Existence des lois (Loi sur la santé publique (2018), Loi sur l'environnement) - Existence de lignes directrices pour la surveillance des maladies (animales et humaines) - Existence du Guide technique pour la surveillance intégrée des maladies animales et riposte : Guide technique pour la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR, 2018)	- Absence d'un programme national de lutte contre les maladies zoonotiques virales - Faible développement de la surveillance épidémiologique vétérinaire - Insuffisance des effectifs de professionnels pour la stratégie Une Santé - Nombre réduit des laboratoires de diagnostics spécialisés dans la détection des agents pathogènes émergents et réémergents - Absence d'un observatoire pour la surveillance, la prévention et le contrôle des épidémies et épizooties suivant la stratégie Une Santé

- Existence des laboratoires de diagnostic (Animal et Humain) - Existence de comités multisectoriels de gestion des catastrophes au niveau provincial et de district - Existence d'équipes de préparation et d'intervention au niveau national et infranational - Existence des structures médicales de diagnostic et de prise en charge	- Manque d'une institution de recherche spécialisée dans les pathologies infectieuses à l'instar de l'Institut Pasteur qu'on peut baptiser Institut Congolais des Pathologies infectieuses (ICPI) - Faible capacité des laboratoires de diagnostic dans l'identification des agents pathogènes des maladies émergents et réémergents - Travail en silo - Faible coordination des activités de lutte contre les maladies émergentes et réémergents - Absence de mécanismes de partage d'information entre laboratoires intersectoriels - Ressources humaines insuffisantes aux niveaux intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire de la RDC - Faible sensibilisation des communautés sur les maladies zoonotiques
Opportunités	Menaces
- Existence du CCUS - Possibilités de formation du personnel qualifié en faune sauvage - Existe des NTIC qui prennent en charge les rapports via mobile (MINIPEL)	- Faible capacité de riposter à une flambée épidémique - Faible collaboration renforcée entre les parties prenantes axées sur les maladies zoonotiques

- Existence de quelques outils de surveillance - Présence de donateurs potentiels pour soutenir la surveillance des maladies et la prévention	- Intérêts contradictoires et / concurrence des priorités sur les ressources et allocations - Diversité des réservoirs des agents pathogènes des maladies émergents et réemergents - Changement climatique imprévisible comme facteur favorisant la survenue de maladies émergentes et réemergents
Axe stratégique 5 : Mobilisation durable des ressources financières	
Forces	Faiblesses
- Existence du pouvoir public régulateur et organisateur des activités de santé publique -	- Faible financement du secteur de la Santé le pouvoir public à hauteur de 25%, le reste étant supporté par les partenaires (50%) et la population (25%) - Absence d'une taxe spécifique pour le financement du secteur de la Santé - Insuffisance de moyens financiers alloués à la recherche, à la formation, et à l'organisation de la surveillance épidémiologique des maladies zoonotiques
Opportunités	Menaces
- Appui des partenaires locaux, et internationaux	Arrêt des activités de la surveillance, prévention, préparation et contrôle par manque de financement

4. PLAN STRATEGIQUE POUR UNE SANTE

4.1. Vision

Devenir un pays leader en stratégie « Une Santé » pour des animaux sains et productifs, des communautés prospères et des écosystèmes équilibrés par l'approche « Une Santé ».

4.2. Mission

Améliorer le bien-être des populations de la RDC en encourageant la collaboration multisectorielle en vue de répondre aux priorités sanitaires nationales selon l'approche « Une Santé ».

4.3. Valeurs Fondamentales

- Excellence - promouvoir les normes de performance les plus élevées à travers la stratégie « Une Santé » pour assurer la qualité et l'amélioration continue du système à tous les niveaux
- Travail d'équipe - relation de travail étroite avec toutes les parties prenantes pour une synergie d'action
- Transparence - ouverture et volonté de promouvoir et de partager la mise en œuvre de la stratégie « Une Santé »
- Résilience - reconnaître la diversité du personnel, des programmes, des disciplines, des secteurs et des antécédents dans le but ultime d'atteindre un objectif commun
- Partenariats - Travailler ensemble pour faire progresser la santé humaine, animale et environnementale
- Responsabilité - Reconnaître et accepter la responsabilité des activités « Une santé » par toutes les parties prenantes
- Intégrité - Promotion des valeurs et normes éthiques dans les activités « Une santé »

- Équité - Actions justes et équitables qui favorisent une bonne santé et préservent les ressources naturelles pour les générations futures
- Coordination - Rassembler toutes les parties prenantes de l'approche « Une santé » pour qu'elles travaillent harmonieusement
- Innovation - Adoption d'approches et de processus nouveaux et améliorés pour résoudre les questions relatives à la stratégie « Une Santé »
- Durabilité - Assurer la disponibilité continue des ressources, des capacités et processus pour l'approche « Une Santé »

4.4. Principes Directeurs

- Travail en équipe multidisciplinaire
- Mutualité et respect
- Partenariats stratégiques
- Participation et inclusion
- Prise de décision collective
- Responsabilisation et transparence
- Innovation

4.5. Buts

- Prévenir, détecter et riposter efficacement aux menaces pour la santé à l'interface Homme- Animal -Environnement
- Mettre en place une plateforme « Une Santé » pérenne et institutionnalisée à tous les niveaux (central, régional et local)
- Mettre en place un programme de recherche stratégique, intégré, sûr et sécurisé et une capacité soutenue pour la mise en œuvre de l'initiative « Une Santé » en RDC
- Sensibiliser intensivement à la stratégie « Une santé » pour toutes les parties prenantes
- Renforcer l'engagement et le soutien du gouvernement et des autres parties prenantes en faveur de la santé.

4.6. Cadre logique stratégique : Axes stratégiques, Objectifs, actions, indicateurs

Axe stratégique 1. Coordination de la stratégie « Une santé » : Gouvernance et leadership

Objectif 1. Rendre opérationnel et de manière durable le CCUS

Axes stratégiques 2. Formation et Recherche suivant la stratégie

« Une santé » interdisciplinarité renforcement de la collaboration (réseautage)

Objectif 2 Elaborer un programme de recherche et de formation stratégique, intégré, sûr et sécurisé selon l'approche « Une Santé »

Axe stratégique 3. Plaidoyer et Communication suivant l'approche

« Une Santé »

Objectif 3 Sensibilisation accrue à l'approche « Une santé » pour toutes les parties prenantes

Axe stratégique 4. Surveillance, prévention, Préparation, contrôle et riposte aux épidémies et épizooties suivant la stratégie « Une Santé »

Objectif 4 : Prévenir, détecter et répondre efficacement aux menaces de la santé publique grâce à l'approche « Une Santé »

Axe stratégique 5. Durabilité : Mobilisation des ressources financières

Objectif 5

Engager les parties prenantes à travailler pour une meilleure implémentation de la stratégie une santé

Axe 6 : Suivi et évaluation

Pour démontrer le progrès et supporter à atteindre les objectifs dans le temps

Orienter et guider dans la mise en œuvre des objectifs et adresser les défis

Pour éviter de dupliquer les efforts etc.

Table 3: Cadre logique sur l'Approche « Une Sante » en RDC

Axe stratégique 1 : Coordination de la stratégie « Une santé » : Gouvernance et leadership						
Objectif stratégique : Rendre opérationnel et de manière durable le Comité de Coordination « Une Santé » (CCUS)						
Stratégies	Activités	Chronogramme	Ressources Requises	IOV	Moyens de verification	Responsable (s)
1. Amélioration effective et efficiente de la Plateforme “Une Santé “ (Comité de Coordination Une Sante) : Rôles et responsabilités de de coordination de plateforme défini et accepté (Vulgarisation du manuel de gouvernance)	(1). Revisiter le fonctionnement du CCUS	(S1-2)	Atelier (5 jours)	Bon fonctionnement du CCUS Nombre de gaps identifiés	Rapport d’atelier	CCUS
	(2) Elaborer les procédures Opérationnelles Normalisées (PON) du CCUS	(S1-2)	Réunion pour la rédaction Equipe de rédaction (2 mois) Atelier de validation (5 jours)	Fonctionnement efficient de la Plate-forme Une Sante Manuel des procédures produit	Manuel de bord	CCUS
	(3) Produire des outils de vulgarisation selon l’Approche	(S1-10)	CCUS, MiniPech-El, Min Environ, Mini Sante,	Disponibilité des documents de vulgarisation	Rapport d’activités Support d’émissions Support des spots	CCUS

	OH		Min Communicati on, ESU, Partenaires	adaptés selon l'approche « Une Sante »		
	(4) Produire des outils de sensibilisation selon l'Approche OH	(S1-10)	CCUS, MiniAgripel, Min Environ, Mini Sante, Min Communicati on, ESU, Partenaires	Disponibilité des messages de sensibilisation adaptés selon l'approche « Une Santé »	Rapport d'activités Outils de sensibilisation produits (T-shirts, banderoles, dépliants, affiches, pamphlets etc.)	CCUS
	(5) Développer et adapter des modules de formation selon l'Approche Une Santé suivant les cibles (niveau central ; décentralisé et communautaire) Produire des ressources de	(S1-10)	CCUS, MiniPech-El, Min Environ, Mini Santé, Min Communicati on, ESU, Partenaires	Disponibilité des modules de formation adaptés selon l'approche « Une Santé »	Rapport d'activités Programme de formation, Manuel ou Module de formation	CCUS

	formation selon l'Approche Une Santé					
	Organiser des formations des formateurs		Atelier de 5 jours	Nombre de formateurs formés	Rapports d'activités	
2. Décentralisation du CCUS	(1) Créer des points focaux provinciaux (2) Déterminer et définir des modalités du fonctionnement des entités décentralisées (voir Manuel de bord)	(S3-4)	CCUS, Mini Pech-El, Min Environ, Mini Santé, Min Communication, ESU, Partenaires	Fonctionnement effectif des points focaux	Rapport d'activités, photo du lancement des activités des entités décentralisées des points focaux	CCUS
	(3) Renforcer les capacités (compétences, outils, réflexion stratégique, coordination) de la	(S3-4)	Atelier de formation	Nombre de personnes formées : bon fonctionnement de la Plate-forme	Rapport d'activité, Certificat de participation	CCUS

	plateforme « Une Santé »et d'autres parties prenantes					
	(3) Former les points focaux et les prestataires		Atelier de 5 jours	Nombre des points focaux et prestataires formés	Rapports d'activités	CCUS
Axe Stratégique 2: Formation et Recherche suivant la stratégie « Une Santé »						
Objectif stratégique : Elaborer un programme de recherche et de formation stratégique, intégré, sûr et sécurisé selon l'approche « Une Santé »						
Strategie	Activités	Chronogramme	Ressources Requises	IOV	Moyens de vérification	
1. Renforcer les capacités des ressources humaines dans la prévention, la détection et la riposte aux maladies zoonotiques	(1) Déterminer par secteur des besoins en ressources humaines	(S1-2)	Atelier (de 5 jours), lieu, ESU Recherches scientifiques, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Envir, OIE, OMS, FAO et	Insuffisance sectorielle qualitative et quantitative des professionnels de santé	Rapport d'activités, Cahier de charges pour la formation des professionnels de santé (Nombre et qualité des participants, durée de la formation)	CCUS, MiniSanté, MiniEnvir, MiniAgri MinPech-El

	(2) Evaluer les besoins en prévention, détection et riposte des maladies zoonotiques	(S1-2)	Partenaires Atelier (de 5 jours), lieu, ESU Recherches scientifiques, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Envir, OIE, OMS, FAO et Partenaires	Incapacité à prévenir, diagnostiquer et riposter aux maladies zoonotiques	Rapport d'activités, Grilles de formation disponibles	CCUS, MiniSanté, MiniEnvir, MiniAgri, MiniPech-El
	(3) Définir les types de formation destinés aux professionnels de santé selon l'Approche Une Santé (Ecogardes, communautés riveraines, etc.)	(S1-2)	Atelier (de 5 jours), lieu, ESU Recherches scientifiques, Mini Sante, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Envir, OIE, OMS, FAO et Partenaires	Obsolescence des divers programmes de formation en sante	Rapport d'activités, Grilles des programmes mis à jour	CCUS, MiniSante, MiniEnvir, MiniAgripel, ESU

	(4) Planifier des formations des professionnels selon l'Approche Une Santé et associés	(S3-5)	Atelier (de 5 jours), lieu, ESU Recherches scientifiques, Mini Santé, MiniAgri, MiniPel, Mini Envir, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Insuffisance de mise à jour des programmes de formation en santé	Rapport d'activités, Grilles des programmes de formation	CCUS, MiniSanté, MiniEnvir, MiniAgri MiniPech-El, ESU
--	--	--------	--	--	--	---

	(5) Former des professionnels de santé selon l'Approche Une Santé	(S3-10)	Formation de courte durée (Facilitateurs) et longue durée (Institutions appropriées)	Augmentation sectorielle du nombre des professionnels de santé	Rapport d'activités, Certificats, Diplômes	CCUS, MiniSanté, MiniEnvir, MiniAgri, MiniPech-El, ESU
2. Mettre en place un curriculum académique pluridisciplinaire selon l'Approche « Une Santé »	(1) Identifier les domaines d'intérêt pour la réussite de l'Approche « Une Santé »	(S3-6)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El,	Existence des diplômés formés sur l'Approche « Une Santé » 2. Prise en	1. Grille de programmes de formation en sciences de la santé 2. intitulé du diplôme	CCUS, AFROHUN

			Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	compte de l'Approche « Une Sante » dans la surveillance, la détection et la riposte aux épidémies et épizooties	3. Rapports académiques des Universités 4. Rapports de l'ESU	
	(2) Evaluer les compétences actuelles dans les domaines d'intérêt selon l'approche Une Santé	(S3)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Existence du nouveau curriculum pluridisciplinair e	Rapport d'activités Copies du programme et des descriptifs des cours	CCUS, AFROHUN
	(3) Concevoir un curriculum basé sur les résultats de l'évaluation et des modalités	(S4-6)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El,	Existence du nouveau curriculum pluridisciplinair e	Rapport d'activités Copies du programme et des descriptifs des cours	CCUS, AFROHUN, ESU

	de sa mise en application		Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires			
	(4) Mettre en place d'un comité chargé du plaidoyer, du suivi et d'évaluation du nouveau curriculum	(S7-8)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Evaluation régulière du nouveau curriculum	Rapports d'évaluation du curriculum	CCUS, AFROHUN, ESU
	(5) Mettre en application du nouveau curriculum	(S8-10)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Sante, MiniAgri, Mini Pel,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Diplôme selon le nouveau curriculum	Modules ou Syllabus des cours, Copie des Diplômes délivrés	CCUS, ESU
3. Mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation des	(1) Définir les mécanismes de suivi et d'évaluation	(S8-10)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Santé,	Curriculum révisé et actualisé	Rapport d'activités Copies du programme des cours révisés	CCUS, ESU

nouveaux curricula	de nouveaux curricula		MiniAgri, MiniPech-El, Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires			
	(2) Déterminer le chronogramme d'évaluation	(S8-10)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Existence du calendrier d'évaluation du curriculum	Rapports d'activités Copies du calendrier	CCUS
	(3) Définir des modalités de correction des gaps observés	(S8-10)	Atelier (de 5 jours), lieu CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPel, Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Curriculum révisé et actualisé	Rapport d'activités	CCUS
4. Assurer une formation du	(1) Evaluer les besoins	(S1-2)	Atelier (de 5 jours), lieu, ESU	Personnel qualitativement	Rapport d'activités, Cahier	CCUS, AFROHUN

personnel de la santé selon l'Approche « Une Santé »	sectoriels en ressources humaines		Recherches scientifiques, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Envir, OIE, OMS, FAO et Partenaires	et quantitativement compatibles a la Stratégie Une Sante	de charges pour la formation des professionnelles de santé (Nombre et qualité des participants, durée de la formation)	
	(2) Evaluer les besoins en prévention, détection et riposte des maladies zoonotiques	(S1-2)	Atelier (de 5 jours), lieu, ESU Recherches scientifiques, Mini Santé, MiniAgri, MiniPel, Mini Envir, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Existence de l'Approche de riposte selon l'Approche Une Santé	Rapport d'activités, Grilles de formation disponibles	CCUS, AFROHUN
5. Développer des Projets Recherche Développement selon l'Approche « Une Santé »	(1) Créer un réseau de recherches en Santé	(S3-5)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El,	1. Existence des solutions innovantes 2. Réduction des flambées épidémiques	1. Articles de recherche, Mémoires de fin de cycle, de DEA et de Thèse, Rapports des	CCUS, ESU

			Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	3. Meilleure compréhension des chaminiaux de contamination 4. Mise au point des nouveaux traitements	Congres, des Brevets, Prix et Distinctions particulieres, Rapports académiques	
	(2) Définir des thématiques selon l'Approche Une Santé	(S4-10)	Atelier (de 5 jours), lieu , CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPel,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Existence de recherches sur des thématiques transversales	Copies des projets de recherches, Mémoire de DEA et de Thèse, Articles, Abstract Book, Manuel de Congrès	CCUS, AFROHUN
	(3) Conduire des projets de recherches selon l'Approche Une Santé	(S4-10)	CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Résultats de recherches transversales	Copies des projets de recherches, Mémoire de DEA et de Thèse, Articles, Abstract Book, Manuel de Congrès	ESU

6. Renforcer les capacités des laboratoires de recherche des institutions des parties prenantes	(1) Définir des critères et sélection des laboratoires de recherche à mettre en réseau	(S1-2)	Atelier (de 3 jours), lieu, 30 personnes (Labo vet (Goma, Lubumbashi et Kinshasa), INRB, Mini Santé, Mini Agr, MiniPech-El, ESU Recherches Scientifiques, Parties prenantes	Disponibilité des critères et des laboratoires	Liste des critères disponibles, listes des laboratoires disponibles, Rapport d'activités	CCUS, AFROHUN
	(2) Constituer un réseau des laboratoires de recherche	(S1-2)	Atelier (de 3 jours), lieu, 30 personnes (Labo vet (Goma, Lubumbashi et Kinshasa), INRB, Mini Santé, Mini Agr, Mini Pel, ESU Recherches Scientifiques, Parties prenantes	Existence du réseau des laboratoires	Rapport d'activités, listes des laboratoires du réseau	CCUS, AFROHUN, ESU
	(3) Identifier	(S1-2)	Atelier (de 3 jours), lieu, 30 personnes (Labo vet (Goma, Lubumbashi et Kinshasa), INRB, Mini Santé, Mini Agr, Mini Pel, ESU Recherches Scientifiques, Parties prenantes	Définition du	Listes des besoins	CCUS,

les besoins des laboratoires en matériels et en ressources humaines		jours), lieu, 30 personnes (Labo vet (Goma, Lubumbashi et Kinshasa), INRB, Mini Santé, Mini Agr, Mini Pel, ESU Recherches Scientifiques, Parties prenantes	gap en termes de ressources humaines et matérielles	qualitatif et quantitatif en équipement et en ressources humaines	AFROHUN, ESU, Mini Santé
(4) Identifier les besoins des laboratoires en ressources humaines					
(5) Equiper les laboratoires recherche	(S3-5)	Gouvernement RDC et partenaires	Augmentation du nombre et de la variabilité d'analyses biomédicales	Présence des nouveaux équipements au laboratoire, des factures d'achat, des PV de réception de matériel	Gouvernement
(6) Former le	(S3-10)	Formation de	Existence d'une	Certificat et	

	personnel des laboratoires de recherche		courte (Facilitateurs) et longue durée (Institutions appropriées)	variété d'analyses pointues	Diplôme, liste de participation	
7. Accroître la participation aux appels à projet dans les domaines Une Santé	(1) Identifier les causes de la faible participation aux appels à projet & définir de stratégies de leur correction (leur hiérarchisation et mise en place)	(S4-5)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Sante, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Augmentation de 60% aux appels a projet de recherches et de développement dans les domaines Une Sante	Projets acceptés et finances Rapports d'activités	CCUS, AFROHUN
	(4) Evaluer l'efficacité de stratégies sur la participation aux appels à projets à court,	(S8-10)	Atelier de 5 jours, CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Env, OIE ,	Pourcentage des projets soumis, acceptes et finances	Rapport d'activités Preuves de financement des projets Rapports de démarrage et de	CCUS

	moyen et long terme		OMS, FAO et Partenaires		clôture de projets	
Axe Stratégique 3: Plaidoyer et Communication suivant l'approche « Une Santé »						
Objectif stratégique : Accroître les actions de plaidoyer et de communication en faveur de l'approche « Une Santé »						
Stratégies	(1) Activités	Chronogramme	Ressources Requises	IOV	Moyens de vérification	Responsable
1. Plaidoyer et plaidoyer médiatique	(1) Organiser des visites de plaidoyer chez les décideurs			Existences du document de plaidoyer Nombre des visites de plaidoyer effectués Nombre des décideurs touchés	Liste de présence Rapport de l'atelier de plaidoyer	Task Force Communication
	(2) Tenir des réunions de plaidoyer chez les APA dans les provinces			Nombre de missions réalisées Nombre des APA touchées	Liste de présence Rapports de missions PV des réunions avec les APA	Task Force Communication

				par provinces	Types d'engagements pris par les APA	
	(3) Tenir des réunions de plaidoyer avec les chefs religieux et autres leaders communautaires			Nombre de réunions réalisées Nombre des leaders touchés	- Liste de présence - PV des réunions avec les leaders Types d'engagements pris par les leaders	Task Force Communication
	(4) Tenir des réunions de plaidoyer avec les responsables de médias			Nombre de réunions réalisées Nombre des Responsables de médias touchés	Liste de présence PV des réunions avec les responsables de médias Types d'engagements pris par les Responsables de medias	Task Force Communication
	(5) Obtenir des espaces pour			Nombre de contrats signés	Liste de médias en contrat	Task Force Communication

	la couverture et productions médiatiques			Nombre d'espaces btenus	Rapports de diffusion	n
2. Communication inter personnelle (CIP)	(1) Visite à domicile/Visite de terrain			Nombre de visites réalisées	Rapport de mission, Note conceptuelle, Fiche de collecte de données	Task Force Communication
	(2) Organiser de rencontre avec des organisations sur l'approche « Une Santé »		Campagnes de sensibilisation avec des communicateurs spécialisés en communication des risques sanitaires	Nombre de rencontres effectuées Nombre d'organisations touchées	Rapport d'activités	Task Force Communication
	(3) Organiser des discussions de groupes sur		Campagnes de sensibilisation avec des	Nombre de groupe touché Nombre de	Rapport d'activités	Task Force Communication

	L'approche « Une Santé »		communications spécialisés en communication des risques sanitaires	séance de travail		
	(4) Organiser les séances d'échanges avec les étudiants, les élèves sur l'approche « Une Santé »		Campagnes de sensibilisation avec des communications spécialisés en communication des risques sanitaires	Nombre de séances organisées	Rapport d'activités	Task Force Communication
	(5) Organiser les séances d'échange avec les croyants des confessions		Campagnes de sensibilisation avec des communications	Nombre de séances organisées	Rapport d'activités	Task Force Communication

	religieuses sur l'approche « Une Santé »		spécialisés en communication des risques sanitaires						
	(6) Impliquer les membres de la communauté dans l'implémentation de l'approche « Une Santé »					Rapport d'activités	Task Force Communication		
3. Mobilisation sociale et/ou communautaire	(1) Organiser de séances d'échanges au sein des associations, ONG, sur l'approche « Une Santé »		Campagnes de sensibilisation avec des communicateurs spécialisés en communication des risques	Nombre de séances organisées Nombre d'ONG, Associations touchées Nombre des	Rapports d'activités Listes de présence	Task Force Communication			

			sanitaires	personne touchée/sensible isées		
	(2) Organiser des séances d'échange dans les églises et universités sur l'approche « Une Santé »		Campagnes de sensibilisation avec des communicateurs spécialisés en communication des risques sanitaires	Nombre de séances organisées Nombre d'églises et universités touchées Nombre des personnes touchée/sensible isées	Rapports d'activités Listes de présence	Task Force Communication
	(3) Organiser de campagnes de masse dans les lieux publics sur l'approche « Une Santé »		Campagnes de sensibilisation avec des communicateurs spécialisés en communication	Nombre de campagne organisée Estimation de personnes touchées	Rapport d'activités Images (photos et vidéo)	Task Force Communication

		on des risques sanitaires				
	(4) Organiser des concours en milieu universitaire et scolaire en faveur de l'approche « Une Santé »			Nombre des jeux concours organisés Nombre de participant au jeu concours	Note conceptuelle TDR Liste de participants PV de délibération	Task Force Communication
	(5) Sponsoriser les activités des jeunes en lien avec l'approche « Une Santé »			Nombre d'activités sponsorisées	Contrat de partenariat Contrat de collaboration	Task Force Communication
	(6) Organiser des dialogues communautair		Campagnes de sensibilisatio	Nombre de dialogue organisé	Liste des présences	Task Force Communication

	es sur l'approche « Une Santé »		n avec des communicate urs spécialisés en communicati on des risques sanitaires	Nombre de personne touchée		
	(7) Organiser la célébration de la journée internationale « UNE SANTÉ »			Nombre de personne participée	Liste des présences	Task Force Communicatio n
	(8) Insérer et soutenir les aspects une santé dans les célébrations des journées internationales et nationales en lien avec les zoonoses			Nombre de journées internationales et nationales ayant accepté les aspects UNE SANTÉ	Rapports	Task Force Communicatio n

	prioritaires en RDC						
Axe Stratégique 4: Surveillance, prévention, Préparation, contrôle et riposte aux épidémies et épizooties suivant la stratégie « Une Santé »							
Objectif stratégique: Prévenir, détecter et répondre efficacement aux menaces de la santé publique grâce à l'approche « Une Santé »							
Actions	Activités	Chronogramme	Ressources Requises	IOV	Moyens de vérification		
1. Renforcer les capacités des laboratoires à l'identification des agents pathogènes des maladies zoonotiques	(1) Définition des critères de sélection des laboratoires d'analyses biomédicales à mettre en réseau en Santé animale et Humaine	(S1-2)	Atelier (de 3 jours), lieu, 30 personnes (Labo vet (Goma, Lubumbashi et Kinshasa), INRB, Mini Sante, Mini Agr, MiniPech-El, ESU Recherches Scientifiques, Parties prenantes	Disponibilité des critères et des laboratoires	Liste des critères disponibles, listes des laboratoires disponibles, Rapport d'activités		CCUS

	(2) Constitution du reseau des laboratoires d'analyses biomédicales en Santé animale et Humaine	(S3-4)	Atelier (de 3 jours), lieu, 30 personnes (Labo vet (Goma, Lubumbashi et Kinshasa), INRB, Mini Sante, Mini Agr, Mini Pel, ESU Recherches Scientifiques, Parties prenantes	Existence du reseau des laboratoires	Rapport d'activités, listes des laboratoires du reseau	CCUS, Minisante, MiniAgripel
	(3) Identification des besoins des laboratoires en matériels et en ressources humaines	(S3-4)	Atelier (de 3 jours), lieu, 30 personnes (Labo vet (Goma, Lubumbashi et Kinshasa), INRB, Mini Sante, Mini	Définition du gap en termes de ressources humaines et matérielles	Listes des besoins qualitatif et quantitatif en équipement et en ressources humaines	CCUS, Minisante, MiniAgripel

			Agr, Mini Pel, ESU Recherches Scientifiques, Parties prenantes			
	(4) Equipement des laboratoires d'analyses biomédicales	(S4-8)	Gouvernement RDC et partenaires	Augmentation du nombre et de la variabilité d'analyses biomédicales	Présence des nouveaux équipements au laboratoire, des factures d'achat, des PV de réception de matériel	Gouvernement
	(5) Formation du personnel de laboratoire d'Analyses biomedicales	(S3-10)	Formation de courte (Facilitateurs) et longue durée (Institutions appropriées)	Existence d'une variété d'analyses pointues	Certificat et Diplôme, liste de participation	CCUS, ESU, MiniSante
2. Renforcer la surveillance epidemiologique	(1) Détermination sectorielle des	(S1-2)	Atelier (de 5 jours), lieu , ESU	Insuffisance sectorielle qualitative et	Rapport d'activités, Cahier de charges pour la	CCUS, AFROHUN, MiniAgripel

veterinaire	besoins en ressources humaines		Recherches scientifiques, Mini Sante, MiniAgri, MiniPel, Mini Envir, OIE , OMS, FAO et Partenaires	quantitative des professionnels de sante	formation des professionnelles de sante (Nombre et qualite des participants, duree de la formation)	
	(2) Détermination du Gap en prevention, detection et riposte des maladies zoonotiques	(S1-2)	Atelier (de 5 jours), lieu , ESU Recherches scientifiques, Mini Sante, MiniAgri, MiniPel, Mini Envir, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Incapacité a prevenir, diagnostiquer et répondre aux maladies zoonotiques	Rapport d'activités, Grilles de formation disponibles	CCUS, AFROHUN
	(3) Définition des types de formation destines aux professionnels	(S3-4)	Atelier (de 5 jours), lieu , ESU Recherches scientifiques,	Obsolescence des divers programmes de formation en sante	Rapport d'activités, Grilles des programmes mis à jour	CCUS, AFROHUN

	de santé et associées (ecogardes, communautés riveraines, etc.)		Mini Sante, MiniAgri, MiniPel, Mini Envir, OIE , OMS, FAO et Partenaires			
	(4) Planification sectorielle et multidisciplinaire de formations des professionnels de santé et associées	(S3-4)	Atelier (de 5 jours), lieu, ESU Recherches scientifiques, Mini Sante, MiniAgri, MiniPel, Mini Envir, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Insuffisance de mise à jour des programmes de formation en sante	Rapport d'activités, Grilles des programmes de formation	CCUS, AFROHUN
	(5) Formation sectorielle et multidisciplinaire des professionnels de santé et associées	(S5-10)	Formation de courte durée (Facilitateurs) et longue durée (Institutions appropriées)	Augmentation sectorielle du nombre des professionnels de sante	Rapport d'activités, Certificats, Diplômes	CCUS, ESU

3. Multiplier le nombre de laboratoires d'analyses biomédicales spécialisées dans la détection des agents pathogènes viraux en santé animale et humaine	(1) Etablissement d'une cartographie des Laboratoires d'analyses Biomédicales en santé animale et humaine en fonction des priorités géographiques	(S1-2)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Mini Sante, MiniAgri, MiniPel,OIE , OMS, FAO et Partenaires	Augmentation du nombre des laboratoires	Rapport d'activités, Bulletin d'analyses,	CCUS, AFROHUN, Mini Santé
	(2) Détermination de besoins en nombre de laboratoires en fonction de l'emplacement géographique et de la densité de la population	(S1-2)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Mini Sante, MiniAgri, MiniPel,OIE , OMS, FAO et Partenaires	Détection des agents pathogènes zoonotiques par les laboratoires locaux	Rapport d'activités, Bulletin d'analyses,	CCUS, AFROHUN, Mini Santé
	(3) Création, équipement et	(S3-10)	Atelier (de 5 jours), lieu,	Existence d'un réseau de	Rapport d'activités	Mini Santé

	mis en réseau de nouveaux laboratoires du réseau Une Sante		CCUS, Mini Sante, MiniAgri, MiniPel, OIE , OMS, FAO et Partenaires	laboratoires		
4. Mettre en place un observatoire pour la surveillance, la prévention et le contrôle des épidémies et épizooties suivant la stratégie Une Sante	(1) Définir les besoins en ressources humaines, matérielles et financières de l'Observatoire	(S7-8)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Sante, MiniAgri, MiniPech-El, Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Existence d'une bonne collaboration entre l'Observatoire et les autres services en santé animale et humaine	Rapport d'activités, Existence de plusieurs volumes (numéros) trimestriels de la revue	CCUS, AFROHUN
	(2) Définir les modalités de fonctionnement et de collaboration de l'Observatoire avec les autres	(S7-8)	Atelier (de 5 jours), lieu , CCUS, Min ESU, Mini Sante, MiniAgri, MiniPech-	Fonctionnement effectif de l'Observatoire.	Rapport d'activités, Existence de plusieurs volumes (numéros) trimestriels de la revue	CCUS, AFROHUN

services existants en santé animale et humaine.		El,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires			
	(3) Démarrage des activités de l'Observatoire	(S8-9)	Atelier (de 5 jours), lieu CCUS, Min ESU, Mini Sante, MiniAgri, MiniPel,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Fonctionnement effectif de l'Observatoire.	Rapport d'activités, Existence de plusieurs volumes (numéros) trimestriels de la revue ESU, Mini Santé, MiniEnvir, Mini Agripel
	(4) Mise en place d'une revue trimestrielle pour la diffusion des activités de l'Observatoire	(S7-8)	Atelier (de 5 jours), lieu , CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPel,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Parution régulière de la Revue trimestrielle de l'Observatoire	Rapport d'activités, Existence de plusieurs volumes (numéros) trimestriels de la revue CCUS, AFROHUN

5. Créer un Institut de recherche spécialisée dans les pathologies infectieuses qu'on peut baptiser Institut Congolais des Pathologies infectieuses (ICPI)	(1) Définition des besoins en ressources humaines, matérielles et financières de l'Institut	(S7-8)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Existence de l' ICPI	Arrêté ministériel ou Décret de création de l'ICPI Rapport d'activités	CCUS, AFROHUN
	(2) Définition des modalités de fonctionnement et de collaboration de l'Institut avec les autres services existants en santé animale et humaine.	(S7-8)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Santé, MiniAgri, MiniPech-El,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Existence de l'ICPI	Arrêté ministériel ou Décret de création de l'ICPI Rapport d'activités	CCUS, ESU
	(3) Démarrage des activités de	(S9-10)	Atelier (de 5 jours), lieu,	Fonctionnement effectif de	Arrêté ministériel ou Décret de	ESU

	L'Institut		CCUS, Min ESU, Mini Sante, MiniAgri, MiniPech- El,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	L'Institut	création de l'ICPI Rapport d'activités	
	(4) Mise en place d'une revue trimestrielle pour la diffusion des activités de l'Institut	(S9-10)	Atelier (de 5 jours), lieu , CCUS, Min ESU, Mini Sante, MiniAgri, MiniPel,Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires	Parution régulière de la Revue trimestrielle de l'Institut	Quelques volumes ou numéros (soft ou dur) de la Revue trimestrielle	CCUS, ESU
	(5) Diffusion des données sur les pathologies infectieuses via le logiciel	(S9-10)	Atelier (de 5 jours), lieu, CCUS, Min ESU, Mini Sante,	Fonctionnalité effective du logiciel Bonobo	Site accessible et mis à jour	CCUS

	Bonobo		MiniAgri, MiniPech-El, Mini Env, OIE , OMS, FAO et Partenaires			
Axe Stratégique 5: Assurer un financement durable de la stratégie « Une Santé »						
Objectif stratégique : Engager les parties prenantes à travailler pour un financement durable et une meilleure implémentation de la stratégie « Une Santé »						
Stratégies	Activités	Chronogramme	Ressources Requises	IOV	Moyens de vérification	
Assurer un financement durable et significatif des activités de prévention, de détection et de riposte aux maladies zoonotiques en RDC	(1) Reviser la situation actuelle des ressources financières et identifier les lacunes	(S1-2)	Atelier (5 jours), Gouvernement RDC (Primature), Mini Santé, Mini Agri, Mini Pech-El, Mini enviro, OIE, FAO, OMS, USAID, Banque Mondiale, BAD, et autres partenaires	Disponibilité d'un grand nombre de sources de financement Nombre de potentielles sources de financement sont identifiés et les lacunes sont	Listes des sources de financement identifiées, Rapport d'activités Liste de présences des participants	CCUS, MiniSante

				connues		
	(2) Préparer et créer un plan de mobilisation des ressources de l'Approche Une Santé	(S3-4)	Atelier (5 jours), Mini Budget, Mini Finances, Mini Economie, Mini Santé, Mini Agri, Mini Pel, Mini enviro, Mni Deve durable, OIE, FAO , OMS, USAID, Banque Mondiale, BAD, et autres partenaires	Insuffisance des mécanismes de financement durables en santé Le plan de mobilisation des ressources financières est disponible	Documents des mécanismes de financement de la santé, Rapport d'activités Liste de présences des participants	MiniSante, CCUS
	(3) Etablir la clef de répartition du financement dans les divers domaines et dans les différentes zones d'intervention de l'Approche Une Santé	(S3-4)	Atelier (5 jours), Mini Budget, Mini Finances, Mini Economie, Mini Sante, Mini Agri, MiniPech-El, Mini enviro, Mni Deve durable, OIE, FAO, OMS,	Obsolescence de la Clef de répartition existant Le document de répartition des partenaires par domaine et par zone d'intervention	Document de répartition des ressources financières en santé Rapports d'activités Liste de présences	CCUS, MiniSante

			USAID, Banque Mondiale, BAD, et autres partenaires (Semi-virtuel)	est établi		
	(4) Mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation l'utilisation des fonds de l'Approche Une Santé	(S1-2)	Atelier (5 jours), Mini Budget, Mini Finances, Mini Economie, Mini Sante, Mini Agri, Mini Pel, Mini enviro, Mini Deve durable, OIE, FAO , OMS, USAID, Banque Mondiale, BAD, et autres partenaires	Insuffisance des mécanismes actuels de suivi et d'évaluation de financement en santé Le Document de mécanismes de suivi et évaluation de fonds est mis en place	Guide des procédures de suivi et d'évaluation de financement en santé Rapports d'activités Liste de présences des participants	CCUS
Axe Stratégique 6: Suivi et évaluation de la stratégie « Une Santé »						
Objectif stratégique :						

S- Semestre. Exemple S1 – premier semestre ; IOV – Indicateurs objectivement vérifiables.

5. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Le plan de mise en œuvre du plan stratégique « Une Santé » en RDC comprend des activités, des indicateurs, moyens de vérification, chronogramme et de responsable d'activités. Le suivi et l'évaluation du plan sera basé sur les champs existants dans le plan de travail. Le plan sera évalué deux fois par an (à la fin de chaque semestre de l'année civile). L'évaluation va être basée sur le plan de travail annuel.

En fonction de leur niveau d'exécution, les activités seront jugées :

- (i) Terminées : il s'agit des activités qui ont été réalisées sur base des indicateurs et des moyens de vérification au moment de l'évaluation
- (ii) En cours : ce sont des activités qui ont commencé, mais leur échéancier est dépassé ou est étendue selon le cas,
- (iii) En attente : il s'agit des activités pour lesquelles le calendrier est dépassé et dont le démarrage est imminent ou
- (iv) Planifiées : ce sont des activités dont les délais n'ont pas été atteints et il n'y a pas de nécessité de les démarrer maintenant.

Le rapport d'évaluation sera basé sur les objectifs mentionnés dans le plan stratégique ainsi que les résultats attendus. Pour chaque objectif, les activités seront classées comme terminées, en cours, en attente ou planifiées. L'évaluation sera documentée. Les personnes responsables seront interrogées pour documenter les raisons pour lesquelles les activités étaient en attente ou en cours (pour celles dont le calendrier s'est écoulé). Cela permettra d'identifier les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre du plan stratégique.

L'évaluation de fin du premier semestre annuel sera menée par le Comité de Coordination « Une Santé » (CCUS) et l'évaluation de fin d'année sera menée par un consultant indépendant ou par une commission mixte CCUS-Gouvernement-Partenaires.

REFERENCES

- Atoba Bokele, Camille; Batina Agasa, Salomon; Kayembe Tshilumba, Charles; Kazadi Musakayi, Daniel; Lutumba, Pascal; Tshomba Oloma, Antoine. 2013. Déterminants socio-économiques de l'automédecination aux antimalariens à Kisangani/RD Congo. *Rev. méd. Gd. Lacs* (Imprimé) ; 2(1): 54-67, 2013.
- Bruneau JC. 2009. , « Les nouvelles provinces de la République Démocratique du Congo : construction territoriale et ethnicités », *L'Espace Politique* [En ligne], 7 | 2009-1, mis en ligne le 30 juin 2009, consulté le 19 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/espacepolitique/1296> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.1296>
- Comité de Coordination Une Santé. 2021. Manuel de gouvernance
- ESESS PROMINES. 2014. Rapport final sur l'Évaluation Stratégique Environnementale et Sociale Sectorielle (ESESS) du secteur minier en RDC. CONTRAT ESESS PROMINES N°04 – 006 / 2012
- FAO. 2019. Frontline In-Service Applied Veterinary Epidemiology Training
- FAO. 2020. Cartographie, répertoire des textes et activités « One Health »
- John Emmanuel Fa, Robert Nasi, Nathalie van Vliet. 2019. Viande de brousse, impacts anthropiques et santé humaine dans les forêts tropicales humides : le cas du virus Ebola. *Santé Publique* 2019/HS1 (S1), pages 107 à 114
- Ministère de la Santé/RDC. 2016. PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2016-2020: vers la couverture sanitaire universelle
- OIE. 2010. Les médicaments vétérinaires. Bulletin N°2010-1
- OMS-ONU Environnement. 2018. Gestion des risques sanitaires environnementaux : nouvelle collaboration entre l'ONU-Environnement et l'OMS. <https://www.who.int/fr/news/item/10-01-2018-un-environment-and-who-agree-to-major-collaboration-on-environmental-health-risks>
- OMS. 2018. Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République Démocratique du Congo Rapport de mission: 12-16 mars 2018
- OMS. 2018. Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République démocratique du Congo. Rapport de mission: 12-16 mars 2018
- PNUD. 2019. Rapport sur le développement humain 2019
- Programme des Nations Unies pour l'Environnement, 2016. Évaluation environnementale de la pollution au mercure dans l'est de la République Démocratique du Congo. BUTUZI, SUD KIVU SOME, ITURI. 1-80

- Sikuzani, Malaisse, Kaleba, Kankumbi, Bogaert. 2017. Le rayon de déforestation autour de la ville de Lubumbashi (RD Congo): synthèse. *Tropicultura* 35.3 : 215-221
- Valentin Bashige Chiribagula et al. Prévalence et caractéristiques de l'automédication chez les étudiants de 18 à 35 ans résidant au Campus de la Kasapa de l'Université de Lubumbashi. *Pan African Medical Journal*. 2015;21:107. [doi: 10.11604/pamj.2015.21.107.5651]

CONTRIBUTEURS[D2]

Noms	Affiliation

ANNEXE PRESENCES



ONE HEALTH WORKFORCE - NEXT GENERATION
PROJECT



Activity Name: VALIDATION SESSION OF STRATEGIC AND OPERATIONAL PLANS BY CCUS
Workplan Activity Number: CD.4.5.3.
Activity Date: 02/08/2021
Activity Location: KINSHASA
Prepared By (Name): Bona MABEKA
Email address for person completing this spreadsheet: mbona@afrohun.org

	First Name/Given Names	Last/Family Name	Email Address	Gender	Institution /University	Position/Job Title	Type of participant	Age	Discipline	Role in this activity	Country of Residence
1	AYUMUNA	BELUNGA	AYUMUNANAGA	F	PNVATY	Chief	GVT	+30	Medicine	Parti	RDC
2	NA LADI		SI @YAHOO.COM		Nin Jent	Chief			human	Parti	RDC
3	NSALADI	STEVE	NSALADI	M	SEVES	CB	GVT	+30	Medicine	Parti	RDC
4	OSUKA	CLIVE	OSUKA	M	CCUS	Member	GVT	+30	Pharmacia	Expert	RDC
5	MUTWALE	PAULIN	garaphomutwale	M	CCUS	Member	GVT	+30	Pharmacia	Expert	RDC
6	KAPEPULA										
7	CIBUABUA	LEON	CIBUABUA	M	DPM/MSP	C.D.	GVT	+30	Pharmacia	Expert	RDC
8	KAFITA		KAFITA	M	CRADC	Director	ONG	+30	Communi	Expert	RDC
9	MALUKU	KALLY	MALUKU								
10											
11											

TOTAL PARTICIPANTS: 5
TOTAL OF WOMEN: 1
TOTAL MAN: 4

Activity Name: VALIDATION SESSION OF STRATEGIC AND OPERATIONAL PLANS BY CCILS
 Workplan Activity Number: CD-15.3
 Activity Date: 02/08/2021
 Activity Location: KINSHASA
 Prepared By (Name): Roma MABEKA
 Email address for person completing this spreadsheet: rombema@africums.org
 (in case of questions):

(in case of questions:)											
	First Name/Given Names	Last/Family Name	Email Address	Gender	Institution /University	n/job Title	Type of participant	Age	Discipline	Role in this activity	Country of Residence
1	IFALGO		chifalogo@fao.org		MINIPEL	CB	GVT	30	Midwet	Minister	RDC
2	EKOFO CLAUDE		Yehon	M							
3	NTOTIMBE		gbrimbe@fao.org	F	EPST	CB	GVT	35	South-west	Minister	RDC
4	EBENO BOUTTE		Yehon								
5	JEAN CLAUDE	DINANGA	daydin@fao.org	M	INUR	GVT		30	North-west	Minister	RDC
6											
7	NEAMONA JONAS	SUNDEY	pham@fao.org	M	FAO/Minister	Minister	GVT	62	Equatorial	Minister	RDC
8			Yehon								
9	MBIYA GERSON	WALUWANDA	mbiyager@fao.org	M	MP/PAU	Minister	GVT	35	Equatorial	Minister	RDC
10											
11											

TOTAL PARTICIPANTS: 5

TOTAL OF WOMEN: 2

TOTAL MAN: 4

[illegible]

	First Name/Given Names	Last/Family Name	Email Address	Gender	Institution / University	Position/Job Title	Type of participant	Age	Discipline	Role in this activity	Country of Residence
1	LEON	CIBUABIA	cibuabia@gmail.com	M	DPM	C.D.	Expert	45	Medicine	Expert	RDC
2		KAFITA	gmaill.com				Expert		Human		
3	Maurice	TINGU	tingu@gmail.com	M	CP/ESU	SP	GVE	47	Psychology	Participant	RDC
4		MAINDO	maindo@gmail.com	M	ATTCO	Private	Participant	42	Veterinary	Participant	RDC
5	Jean Pierre	WALUBANDA	walubanda@gmail.com	M	MSP/THH	Charge	Participant	35	Community	Participant	RDC
6	MIBIYA	GEDEM	mbiyage@gmail.com	M	MSP/THH	Charge	Participant	35	Community	Participant	RDC
7	Jeanette Kamusi	NASILU	jeanettekamusi@gmail.com	F	MSP/THH	Charge	Participant	32	Community	Participant	RDC

TOTAL PARTICIPANTS: 5
TOTAL OF WOMEN : 1
TOTAL MAN : 4



ONE HEALTH WORKFORCE - NEXT GENERATION
PROJECT



Activity Name: VALIDATION SESSION OF STRATEGIC AND OPERATIONAL PLANS BY CCUS
Workplan Activity Number: CA. 1.5.3.
Activity Date: 08/08/2021
Activity Location: KINSHASA
Prepared By (Name): Bona MABEKA
Email address for person completing this spreadsheet (in case of questions): mboona@afrohun.org

	First Name/Given Names	Last/Family Name	Email Address	Gender	Institution /University	Position/Job Title	Type of participant	Age	Discipline	Role in this activity	Country of Residence
1	Jacques	Mukoko	jacques.mukoko@fao.org	M	FRO	Expert	H-U	36	Medicine	Technical	RDC
2											
3	Jeanette	KAMUKISI	jeanette.kamukisi@pncps.gov.cd	F	PNCPS	CD	GVT	52	ACQUAINTANCE	Partner	RDC
4	SIMON	DIBANGA	simon.dibanga@iccn.gov.cd	M	ICCN	Director	GVT	65	Med vet	Partner	RDC
5	Ngombe	Nadège	nadegerph@gmail.com	F	CCUS	Coordinator	GVT	49	Pharm	Lead	RDC
6											
7	RAOUL	PNCPS	raoul.kamukisi@pncps.gov.cd	M	PNCPS	DIRECTOR	GVT	65	ACQUAINTANCE	Partner	RDC
8	KAMANDA		kamanda.pamvu@ccus.gov.cd	M	CCUS	SECRET.	PRESENT	34	BIOLOGIE	SECRET	RDC
9	PAMBU	AARON	aaron.pambu@ccus.gov.cd	M	CCUS	INFORMET.	PRESENT	35	INFORMATION	IT	RDC
10	GAUTHIER	MBELE	gauthier.mbele@gmail.com	M	CCUS						
11											

TOTAL PARTICIPANTS: 7
TOTAL OF WOMEN: 2
TOTAL MAN: 5



ONE HEALTH WORKFORCE - NEXT GENERATION
PROJECT



Activity Name: VALIDATION SESSION OF OH STRATEGIC AND OPERATIONAL PLANS BY CCUS
Workplan Activity Number: CA. 1.5.3.
Activity Date: 03/08/2021
Activity Location: KINSHASA
Prepared By (Name): Bona MABEKA
Email address for person completing this spreadsheet (in case of questions): mboona@afrohun.org

	First Name/Given Names	Last/Family Name	Email Address	Gender	Institution /University	Position/Job Title	Type of participant	Age	Discipline	Role in this activity	Country of Residence
1	Vital	Mondambi	mondambi.vital@oms.gov.cd	M	OMS	RS/SURV		63	Epi	Partner	RDC
2											
3	Nadège	Ngombe	nadegerph@gmail.com	F	CCUS	Coordinator		49	Pharma	Lead	RDC
4											
5	PAMBU	AARON	aaron.pambu@ccus.gov.cd	M	CCUS	Sec.		35	BIOLOGIE	Sec.	RDC
6	MBELE	GAUTHIER	gauthier.mbele@gmail.com	M	CCUS	IT		35	INFORMATION	IT	RDC
7											
8	MBENGAMBA	SERGE	serge.mbenkamba@pncps.gov.cd	M	PNCPS	C.S		62	JURISTE	CON	RDC
9	Jean Claude	AMANGA	jeanclaude.amanga@iccn.gov.cd	M	ICCN	Director					RDC
10											
11											

TOTAL PARTICIPANTS: 6
TOTAL OF WOMEN: 1
TOTAL MAN: 5



ONE HEALTH WORKFORCE - NEXT GENERATION
PROJECT



Activity Name: VALIDATION SESSION OF STRATEGIC AND OPERATIONAL PLANS BY CCUS
 Workplan Activity Number: CA-1.5.3
 Activity Date: 03/08/2021
 Activity Location: KINSHASA
 Prepared By (Name): Bona MABEKA
 Email address for person completing this spreadsheet: mbona@afrohun.org
 (in case of questions):

	First Name/Given Names	Last/Family Name	Email Address	Gender	Institution /University	Position/Job Title	Type of participant	Age	Discipline	Role in this activity	Country of Residence
1	AYUNUNA	DALANI	AYUNUNA DA	F	CCUS	Expert	GVT	430	Medicine	Part	RDC
2	BELIN DA		LAH @YAHOO								
3	DINGANGA	TRANBETO	trandinga@	M	ICCN	Dir	GVT	65	Med Vet	Part	RDC
4			@gmail.com								
5	NSALAMBI	NSUKA	stevensalambi	M	SENEC	ATB	GVT	430	Med-Vet	Part	RDC
6	STEVE		sgmuit.com								
7	RAOUL	KANGATEA	raoul.kangate	F	DNCE	Director	DPOR	65	Comm		RDC
8	KAMANDA		akanda@								
9	JACQUES	NKWESO	jacques.nkweso		FAD	Expert	N.U	36	Endocrine	Part	RDC
10											
11											

TOTAL PARTICIPANTS: 5
 TOTAL OF WOMEN: 1
 TOTAL MAN: 4



ONE HEALTH WORKFORCE - NEXT GENERATION
PROJECT



Activity Name: VALIDATION SESSION OF OH STRATEGIC AND OPERATIONAL PLANS BY CCUS
 Workplan Activity Number: CD.1.5.3
 Activity Date: 03/08/2021
 Activity Location: KINSHASA
 Prepared By (Name): Bona MABEKA
 Email address for person completing this spreadsheet: mbona@afrohun.org
 (in case of questions):

	First Name/Given Names	Last/Family Name	Email Address	Gender	Institution /University	Position/Job Title	Type of participant	Age	Discipline	Role in this activity	Country of Residence
1	NTOTIMBE	Brigitte	gobrimbe@	F	MnEPST	CB	GVT	+50	Single	Participant	RDC
2	EBONO		gobrimbe@								
3	IFASSO	CLAUDE	cliffass@								
4	EKOFO		gobrimbe@	M	MINIPEL	CB	GVT	+50	Med Vet	Part	RDC
5	Atadi Kouyiko	Steve	stadi@	M	DAS/HEAD	Expert	GVT	42	Environment	Participant	RDC
6											
7	NEARUNA	Florent	flor@	M	SENEC/Minirex	Director	GVT	62	Med Vet	Part	RDC
8	SURREY		@yahoo.com								
9	MALUKU	KALLY	Kall@	M	CRDC	Director	ONG	43	Comm	Part	RDC
10	MANKATU		@gmail.com								
11											

TOTAL PARTICIPANTS: 3
 TOTAL OF WOMEN: 1
 TOTAL MAN: 4

J 3

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE **AFROHUN** Advancing One Health

ONE HEALTH WORKFORCE - NEXT GENERATION PROJECT

Activity Name: **VALIDATION SESSION OF OH STRATEGIC AND OPERATIONAL PLANS BY CCUS**

Workplan Activity Number: **CD-1.5.3**

Activity Date: **03/08/2021**

Activity Location: **KINSHASA**

Prepared By (Name): **Bona MABEKA**

Email address for person completing this spreadsheet (in case of questions): **mbonaka@afrohungo.org**

	First Name/Given Names	Last/Family Name	Email Address	Gender	Institution /University	Position/Job Title	Type of participant	Age	Discipline	Role in this activity	Country of Residence
1	MANKITO	KEFONGE PAULIN	ikefongp@pau.edu	M	UNIVERSITY OF KINSHASA	Teacher		39	Finance		Japan
2	MARC	YAMBA YAMBA		M							
3	MABEKA	LEMBRA		M							
4											
5	Mathieu	Kolewaga		M	JHO/CCF	CCF			Ad. Communication		RDC
6											
7	Zaboul	NGINBI		M	CCUS				Ad. Training		RDC
8											
9											
10											
11											

TOTAL PARTICIPANTS: $3 + 2 = 5$

TOTAL OF WOMEN: $0 + 0 = 0$

TOTAL MAN: $3 + 2 = 5$

J 3

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE **AFROHUN** Advancing One Health

ONE HEALTH WORKFORCE - NEXT GENERATION PROJECT

Activity Name: **VALIDATION SESSION OF OH STRATEGIC AND OPERATIONAL PLANS BY CCUS**

Workplan Activity Number: **CD-1.5.3**

Activity Date: **04/08/2021**

Activity Location: **KINSHASA**

Prepared By (Name): **MABEKA Bona**

Email address for person completing this spreadsheet (in case of questions): **mbonaka@afrohungo.org**

	First Name/Given Names	Last/Family Name	Email Address	Gender	Institution /University	Position/Job Title	Type of participant	Age	Discipline	Role in this activity	Country of Residence
1	NGARUNA	FLORENCE	phlorence@univ-kinshasa.org	M	UNIVERSITY OF KINSHASA	Teacher		62	Medicine		RDC
2	SURBEY		@yaho.com	M	DPM	C.D.	GVT	+60	Pharmaceutical	Expert	RDC
3	LEON	CIBUABUA	cibubua@gmail.com	M	MSP						
4		KAFIA	sherechika@gmail.com	M	DSE	Expert	Pres. hel	57	Epidemiology	Expert	RDC
5	Jean Claude Kiphe	JHAKO	sherechika@gmail.com	M	ONG	Expert		63	Pharmaceutical	Expert	RDC
6	Vital	MARILYN	marilyn@univ-kinshasa.org	M	MSP	C. Sec	GVT		Ad. Training		RDC
7											
8											
9	MBENGA NGSO	SERGE	serge@univ-kinshasa.org	M	MSP	C. Sec	GVT		Ad. Training		RDC
10											
11											

TOTAL PARTICIPANTS: 5

TOTAL OF WOMEN: 0

TOTAL MAN: 5

