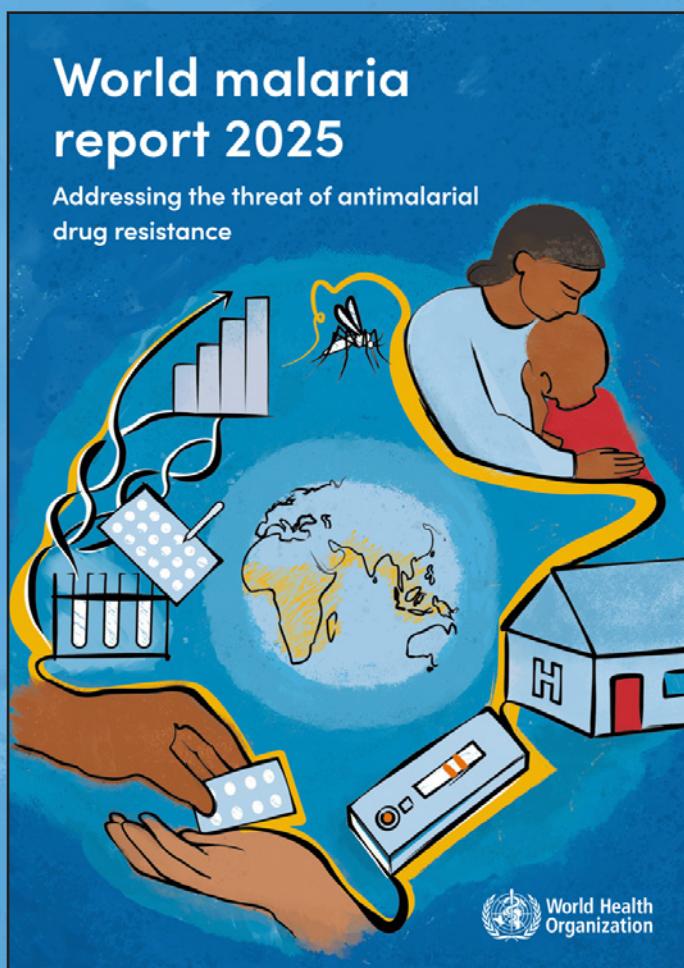


Rapport 2025 sur le paludisme dans le monde

Résumé



Situation mondiale du paludisme

Le rapport de cette année met en évidence plusieurs succès notables et tendances encourageantes, malgré des défis importants. Depuis 2000, 2,3 milliards de cas de paludisme et 14 millions de décès liés à cette maladie ont été évités dans le monde. Les efforts visant à atteindre les objectifs mondiaux d'élimination se sont poursuivis, 47 pays et un territoire étant désormais officiellement certifiés exempts de paludisme par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En 2024, les progrès ont été soutenus dans les régions à faible incidence, 37 pays ayant signalé moins de 1 000 cas. Les interventions efficaces de base, telles que l'utilisation du butoxyde de pipéronyle (PBO) et des moustiquaires imprégnées d'insecticide à deux matières actives, les tests de diagnostic rapide (TDR), la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) et chimioprévention du paludisme pérenne (CPP) et le vaccin contre le paludisme, ont également été étendues.

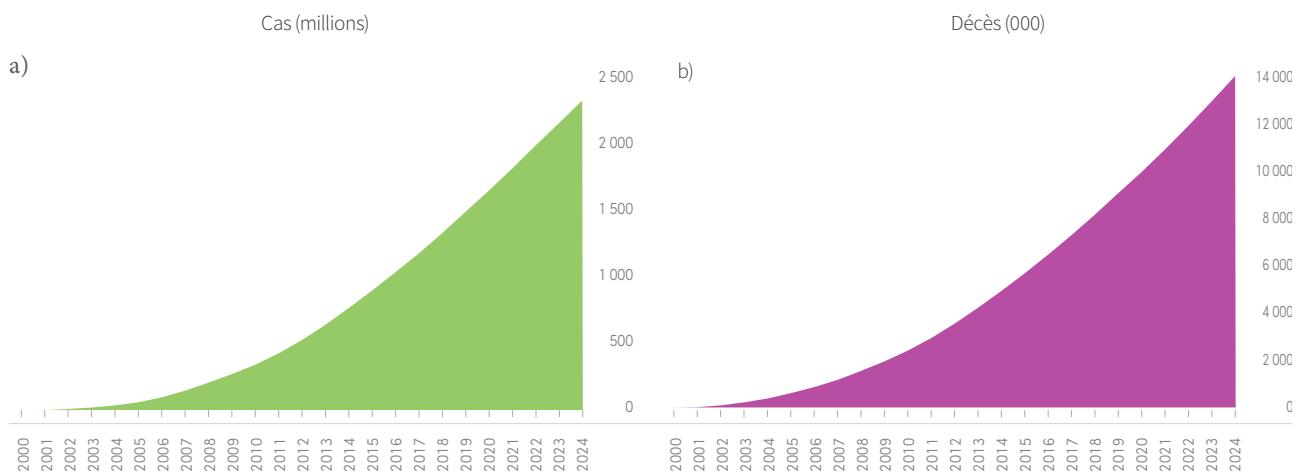
Malgré ces progrès, le paludisme reste un grave problème de santé mondiale, avec environ 282 millions de cas et 610 000 décès dans le monde en 2024, soit une légère augmentation par rapport à 2023. La région Afrique de l'OMS continue de concentrer la plupart des cas et des décès, 11 pays représentant environ les deux tiers de la charge mondiale du paludisme. Les progrès ne sont pas en voie d'atteindre les objectifs critiques de la *Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030* (GTS) pour 2025 en matière de réduction de l'incidence et de la mortalité.

La lutte mondiale contre le paludisme prévient la maladie et sauve des vies

Malgré les défis, la prévention et la lutte contre le paludisme continuent d'avoir un impact mesurable. Depuis 2000, les efforts de lutte contre le paludisme ont permis d'éviter 2,3 milliards de cas et 14 millions de décès dans le monde. Parallèlement aux interventions de base contre le paludisme, de nouveaux outils et des améliorations plus

générales en matière de santé et de développement, tels que l'urbanisation, l'amélioration des habitations, la nutrition, l'éducation et l'accès aux soins primaires, ont réduit l'exposition aux vecteurs du paludisme et amélioré la survie après l'infection.

Fig. 1. Nombre cumulé de a) cas de paludisme et b) décès dus au paludisme évités dans le monde, 2000-2024 Source : estimations de l'OMS.



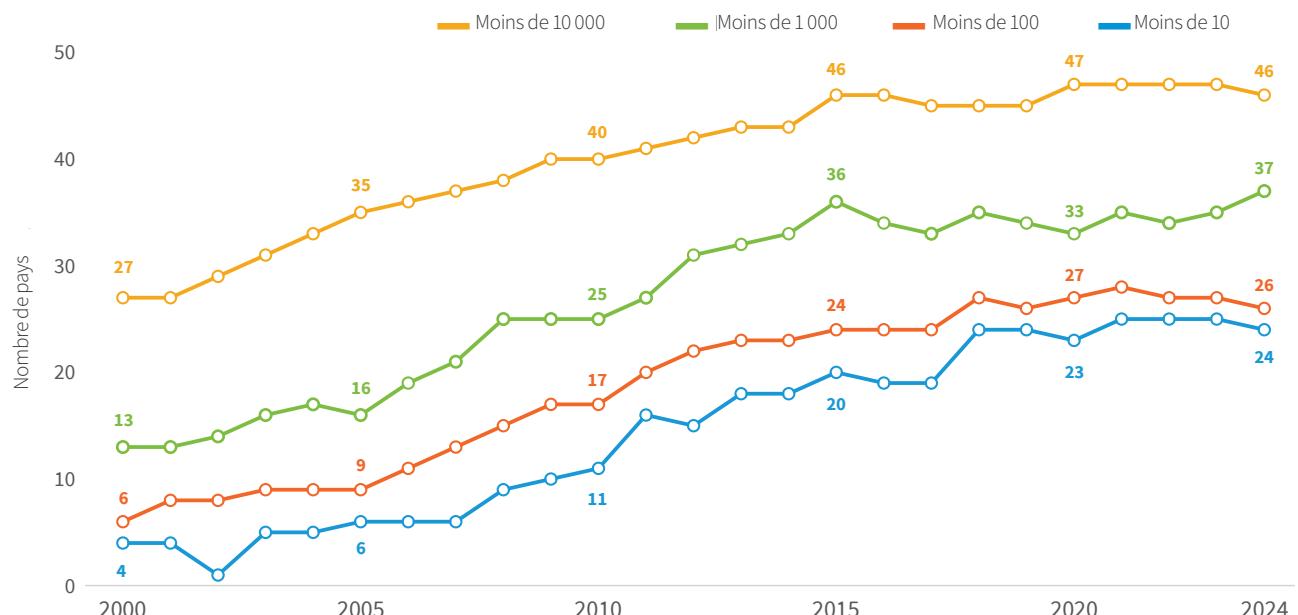
OMS : Organisation mondiale de la Santé

De nombreux pays font état de progrès vers l'élimination

Entre 2000 et 2024, le nombre de pays signalant moins de 1 000 cas de paludisme par an est passé de 13 à 37, tandis

que le nombre de pays déclarant moins de 10 cas est passé de 4 à 24.

Fig. 2. Nombre de pays endémiques en 2000 ayant enregistré moins de 10, 100, 1 000 ou 10 000 cas autochtones, 2000-2024 Sources : rapports des PNM et estimations de l'OMS.



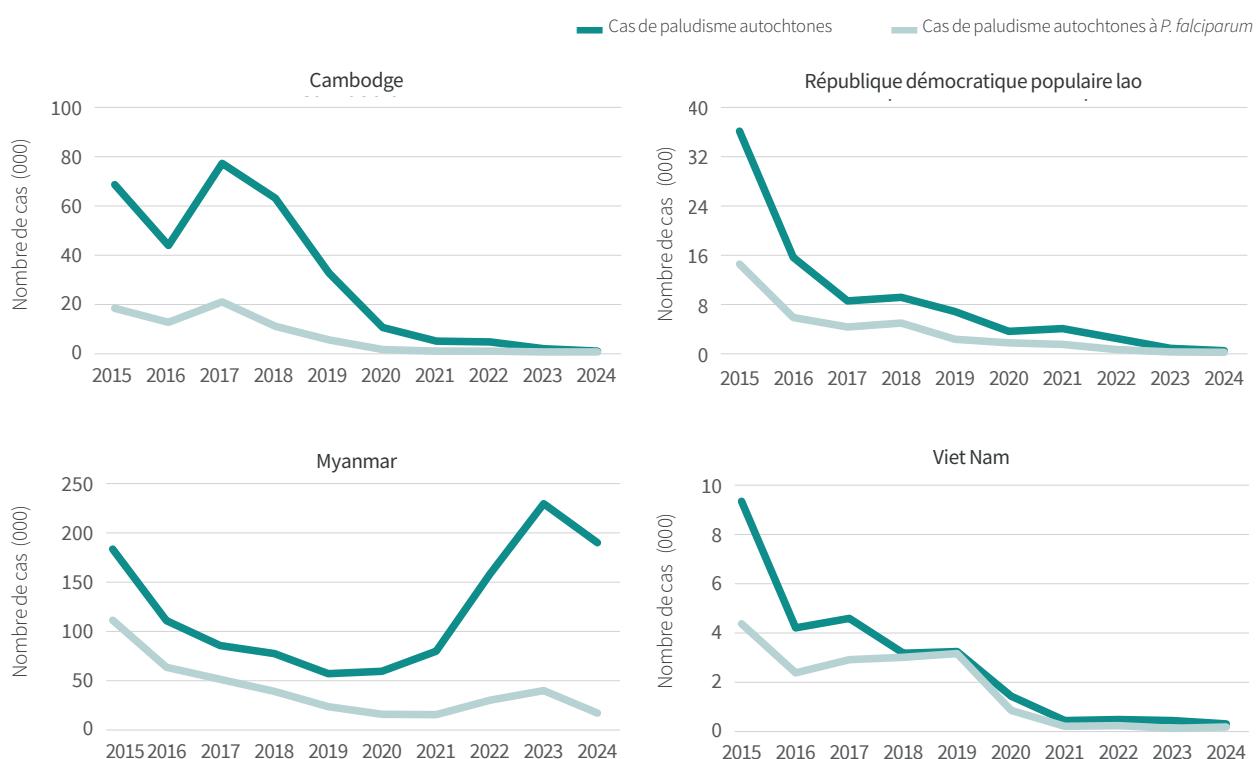
OMS : Organisation mondiale de la Santé ; NMP : Programme national de lutte contre le paludisme

Malgré la résistance aux antipaludiques, l'élimination est désormais à portée de main dans trois pays de la sous-région du Grand Mékong (GMS)

Entre 2015 et 2024, les cas autochtones de *Plasmodium falciparum* ont diminué de près de 90 % dans la région du Grand Mékong, le Cambodge, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam étant sur le point d'éliminer la maladie. Ce succès reflète un leadership national fort,

l'utilisation ciblée de traitements efficaces, une surveillance rigoureuse et un engagement communautaire soutenu, prouvant que l'élimination du paludisme est possible même dans les zones longtemps touchées par la résistance aux médicaments antipaludiques.

Fig. 3. Nombre total de cas autochtones de paludisme et de *P. falciparum* dans les pays endémiques de la région GMS, 2015-2024 Source : rapports NMP.



GMS: sous-région du Grand Mékong ; NMP : Programme national de lutte contre le paludisme

À ce jour, l'OMS a certifié 47 pays et un territoire comme exempts de paludisme

La certification « sans paludisme » est accordée lorsqu'un pays peut prouver, sans l'ombre d'un doute, que la chaîne de transmission autochtone du paludisme a été interrompue à l'échelle nationale pendant au moins trois

années consécutives. Parmi les pays récemment certifiés figurent l'Égypte, la Géorgie, le Suriname et le Timor-Leste (en octobre 2025).

Le paludisme reste un enjeu grave pour la santé mondiale, surtout dans la région Afrique de l'OMS

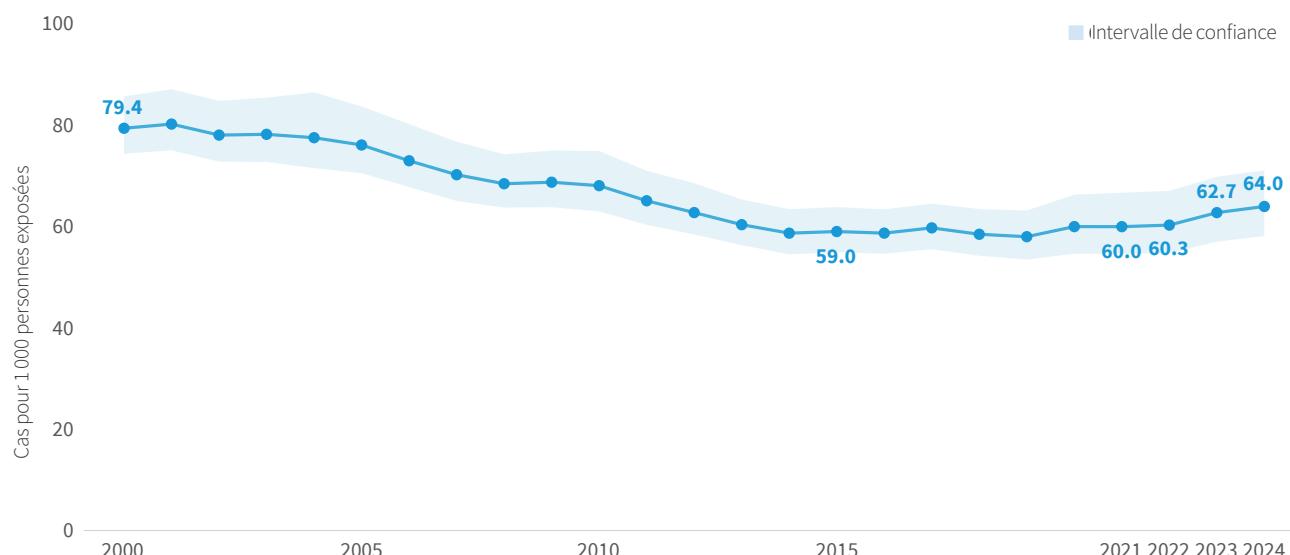
- En 2024, on estimait à 282 millions le nombre de nouveaux cas de paludisme dans 80 pays où la maladie est endémique, contre 273 millions en 2023 et 230 millions en 2015. L'augmentation du nombre de cas est largement due à l'évolution observée dans quelques pays, notamment l'Éthiopie (+2,9 millions), Madagascar (+1,9 million) et le Yémen (+378 000). L'incidence du paludisme, qui tient compte de la croissance démographique, a augmenté entre 2015 et 2024, passant de 59 à 64 cas pour 1 000 personnes exposées au risque.
- Le nombre total de décès dus au paludisme dans le monde a atteint 610 000 en 2024, contre 578 000 en 2015. Depuis 2015, le taux mondial de mortalité due au

paludisme est passé de 14,9 à 13,8 décès pour 100 000 personnes exposées. L'augmentation du nombre de décès, malgré la baisse du taux de mortalité, reflète les effets de la croissance démographique, tandis que les interventions ont permis de réduire efficacement le taux de mortalité.

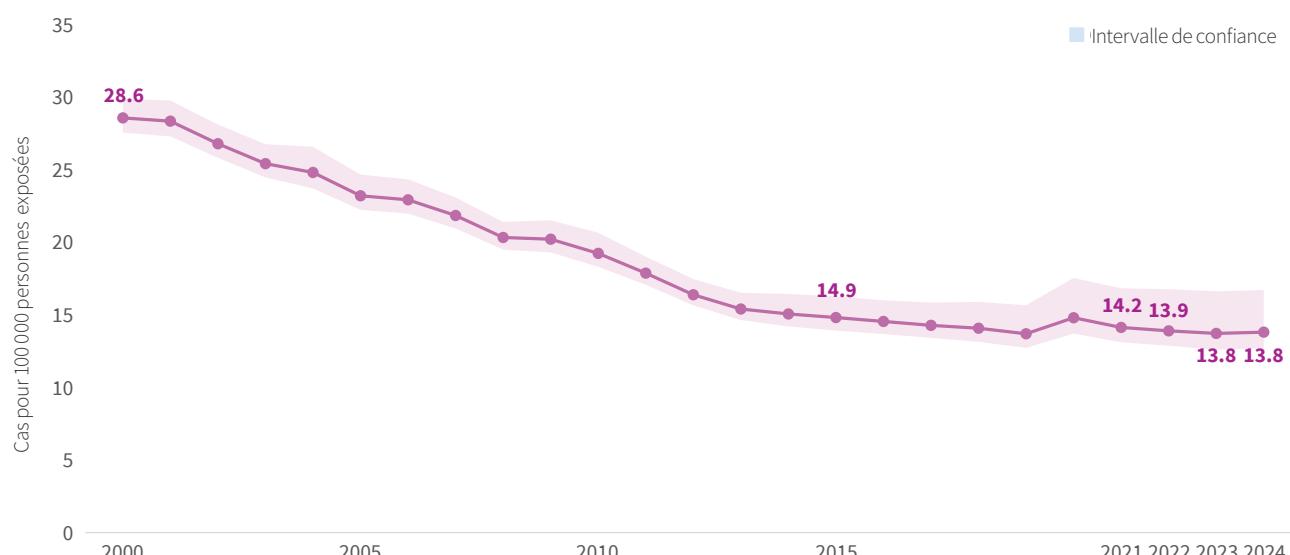
- La région Afrique de l'OMS est restée la plus touchée par le paludisme en 2024, avec 94 % des cas et 95 % des décès dans le monde, 75 % des décès dans la région touchant des enfants de moins de 5 ans. Cinq pays – la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Mozambique, le Nigéria et l'Ouganda – ont représenté plus de la moitié de tous les cas dans le monde.

Fig. 4. Tendances mondiales sur a) l'incidence des cas de paludisme (cas pour 1 000 personnes) et b) du taux de mortalité (décès pour 100 000 personnes), 2000-2024 Source : estimations de l'OMS.

a)



b)



Malgré les progrès, la lutte contre le paludisme en Afrique doit s'accélérer

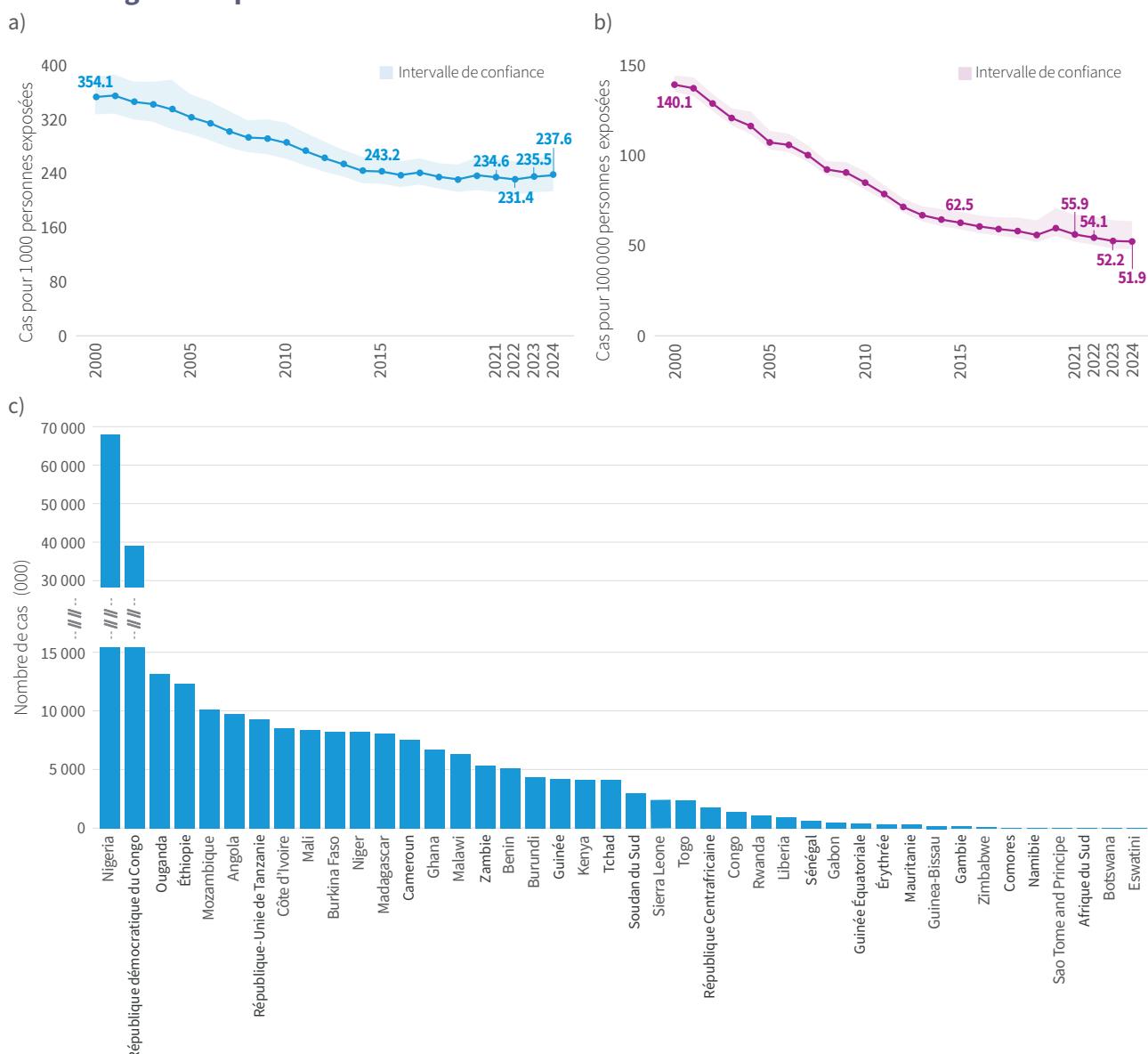
- Environ deux tiers des cas de paludisme et des décès liés à cette maladie dans le monde sont concentrés dans 11 pays africains : le Burkina Faso, le Cameroun, la République démocratique du Congo, le Ghana, le Mali, le Mozambique, le Niger, le Nigéria, le Soudan, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie.¹ L'incidence (nombre de cas pour 1 000 personnes exposées) et le taux de mortalité (nombre de décès pour 100 000 personnes

exposées) dans ces pays ont diminué respectivement d'environ 1 % et 14 % entre 2017 et 2024.

- Entre 2015 et 2024, la région Afrique de l'OMS a enregistré une réduction de 2 % de l'incidence des cas et une baisse de 17 % du taux de mortalité. Cependant, en 2024, les taux pour ces deux indicateurs étaient plus de deux fois supérieurs aux niveaux cibles fixés par le GTS.

¹ Ces 11 pays ont adopté l'approche « high burden to high impact » (charge élevée pour un impact élevé), un effort ciblé visant à atteindre les populations les plus exposées au paludisme grâce à des ensembles d'interventions adaptés, fondés sur les données locales et le contexte épidémiologique.

Fig. 5. Tendances a) de l'incidence des cas de paludisme (cas pour 1 000 personnes) et b) du taux de mortalité (décès pour 100 000 personnes), 2000-2024 ; et c) des cas de paludisme par pays dans la région Afrique de l'OMS^a Source : estimations de l'OMS.

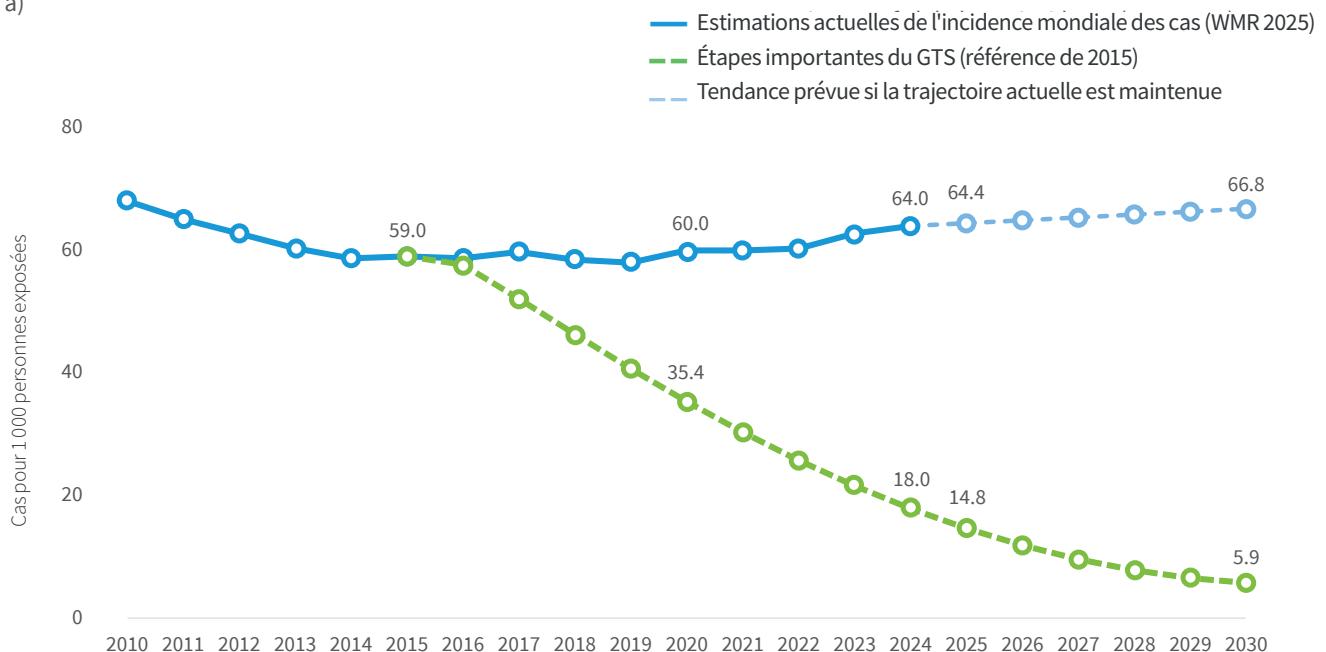


Les progrès vers les objectifs clés du GTS de l'OMS restent insuffisants

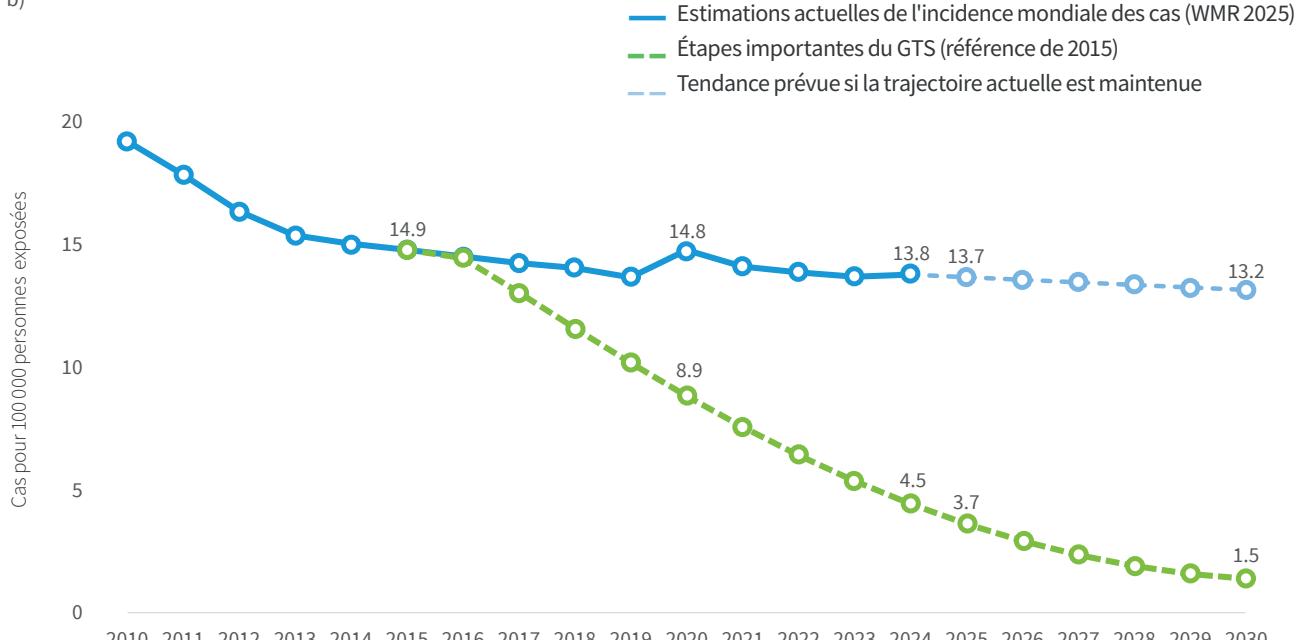
- Le GTS prévoit une réduction de l'incidence des cas de paludisme et du taux de mortalité d'au moins 75 % d'ici 2025 et de 90 % d'ici 2030, par rapport aux niveaux de référence de 2015. L'incidence du paludisme en 2024, soit 64 cas pour 1 000 personnes à risque, était plus de trois fois supérieure aux 18 cas pour 1 000 nécessaires pour atteindre l'objectif.
- En 2024, on comptait 13,8 décès dus au paludisme pour 100 000 personnes exposées, soit plus de trois fois l'objectif de la GTS, qui est de 4,5 décès pour 100 000 personnes.

Fig. 6. Comparaison des progrès mondiaux en matière de paludisme a) incidence des cas et b) taux de mortalité en tenant compte de deux scénarios : maintien de la trajectoire actuelle (en bleu) et réalisation des objectifs du GTS (en vert) Source : estimations de l'OMS.

a)



b)



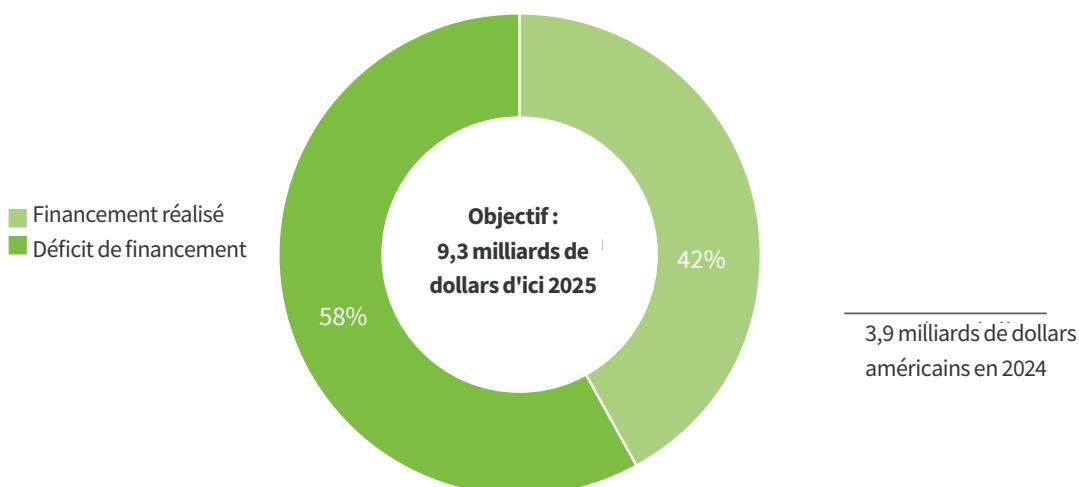
Principales menaces pesant sur les progrès

En 2024, d'importants défis biologiques, systémiques et financiers ont persisté. La résistance aux antipaludiques et les délétions *pfhrp2/3* ont continué de compromettre la prise en charge, tandis que la résistance généralisée aux insecticides a réduit l'impact de la lutte antivectorielle. *Anopheles stephensi* a encore étendu son aire de répartition, désormais signalé dans neuf pays africains, augmentant le risque de paludisme urbain. Par ailleurs, le changement climatique, les conflits et les crises humanitaires continuent de favoriser la résurgence du paludisme et de perturber les services essentiels.

En 2024, les fonds disponibles pour la lutte contre le paludisme restaient bien en-deçà de l'objectif de 9,3 milliards USD fixé par le GTS pour 2025

- À l'échelle mondiale, en 2024, les investissements totaux dans la lutte contre le paludisme ont atteint environ 3,9 milliards de dollars américains. Sur la base de l'objectif de 9,3 milliards de dollars fixé par le GTS pour 2025, cela correspond à un déficit prévu d'environ 5,4 milliards de dollars, soit seulement 42 % des fonds nécessaires.
- Entre 2010 et 2024, environ 67 % des fonds consacrés à la lutte contre le paludisme provenaient de sources internationales, tandis que les pays endémiques fournissaient 33 %. En 2024, environ 56 % des fonds provenaient de sources internationales, les pays endémiques augmentant leur part à 44 %.

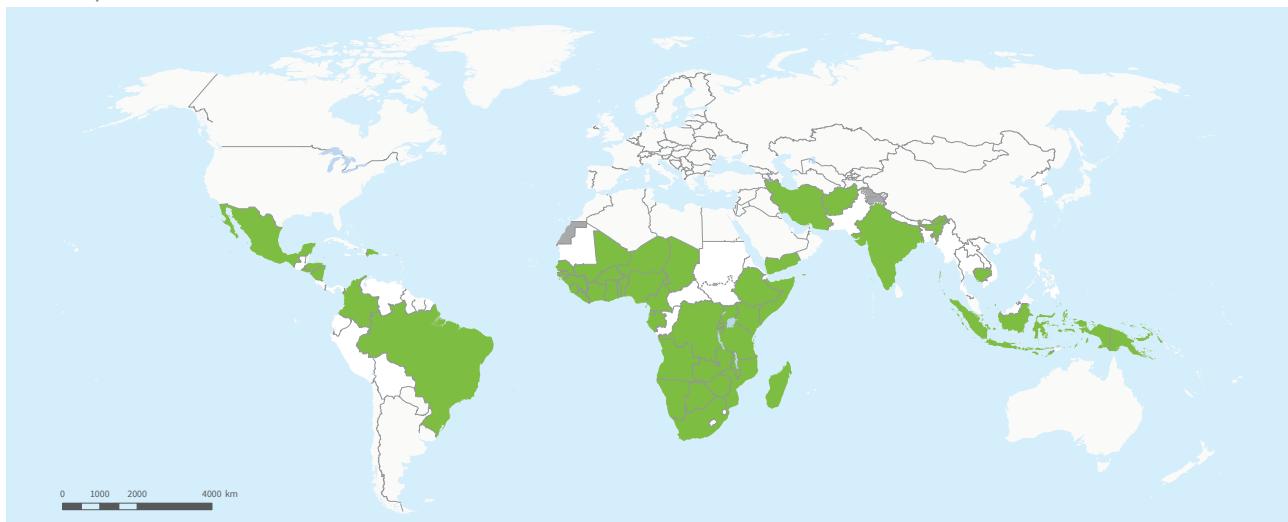
Fig. 7. Objectif de financement du GTS 2025 pour la lutte contre le paludisme et son élimination
Sources : GTS et mise à jour du GTS 2021.



La résistance des moustiques aux pyréthroïdes, les produits chimiques les plus couramment utilisés sur les MII, reste très répandue

- L'utilisation généralisée des MII a permis de réduire de 70 % les cas de paludisme en Afrique entre 2000 et 2015. Cependant, la plupart de ces MII ont été imprégnées d'insecticides appartenant à une seule classe : les pyréthroïdes.
- L'efficacité des MII est menacée par le développement d'une résistance aux pyréthroïdes, qui a été confirmée dans 48 des 53 pays ayant signalé une résistance aux pyréthroïdes entre 2020 et 2024.
- Les moustiquaires de nouvelle génération (PBO et double principe actif) offrent une protection supérieure contre le paludisme par rapport aux moustiquaires contenant uniquement des pyréthroïdes et sont de plus en plus largement disponibles.

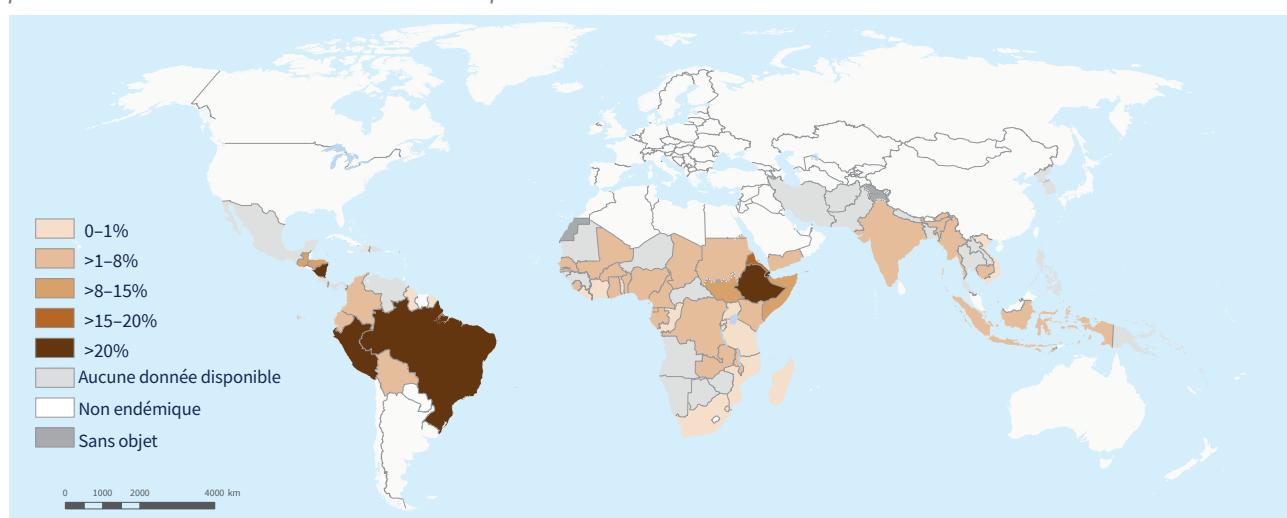
Fig. 8. Pays ayant signalé une résistance confirmée aux pyréthroïdes, 2020-2024 Source : Rapports des PNP et instituts nationaux de santé, de partenaires de mise en œuvre, des instituts de recherche et des publications scientifiques.



La propagation des délétions *pfhrp2* compromet le diagnostic du paludisme

- En 2024, des parasites du paludisme présentant des délétions du gène *pfhrp2* ont été signalés dans 42 pays endémiques. Le Viet Nam a signalé pour la première fois des délétions du gène *pfhrp2* en 2024. Bien que la prévalence des délétions du gène *pfhrp2* reste faible dans la plupart des pays, elle dépasse 15 % au Brésil, à Djibouti, en Érythrée, en Éthiopie, au Nicaragua et au Pérou. L'OMS recommande désormais de passer à des TDR à protéine 2 non riche en histidine dans les régions où la prévalence des délétions dépasse 5 %.

Fig. 9. Prévalence estimée des délétions du gène *pfhrp2*, 1996-2024 Source : Revue de la littérature publiée incluse dans la carte des menaces du paludisme

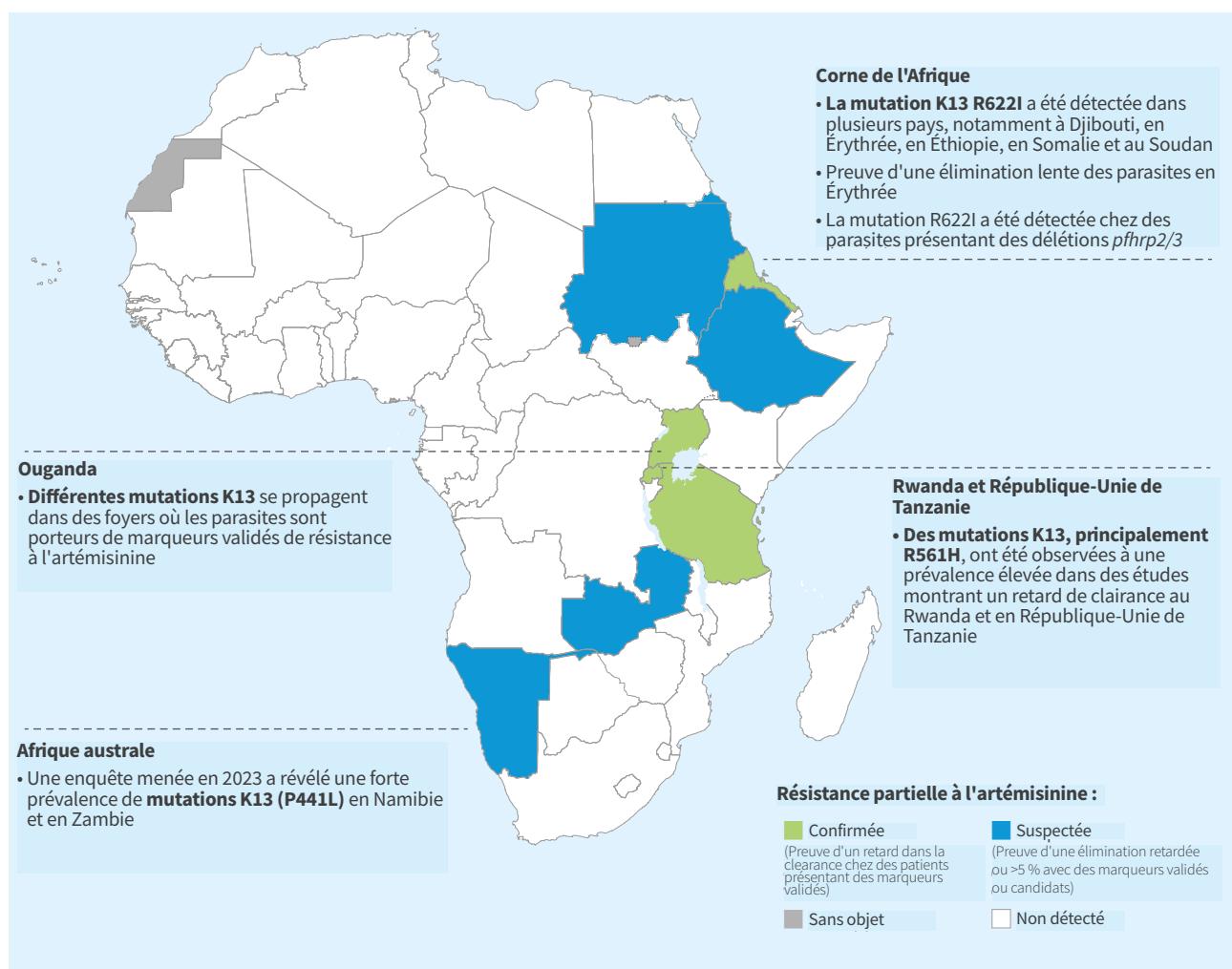


pfhrp2: protéine 2 riche en histidine de *Plasmodium falciparum*.

La propagation de la résistance aux antipaludiques en Afrique est très préoccupante

- La résistance aux médicaments antipaludiques est l'une des plus grandes menaces qui pèsent sur la poursuite des progrès vers l'élimination du paludisme. L'histoire de l'utilisation de la chloroquine et de la sulfadoxine-pyriméthamine montre à quelle vitesse la résistance peut inverser les progrès réalisés lorsqu'elle se propage sans être détectée ou traitée.
- Dans la région du Grand Mékong, l'émergence de la résistance est devenue une menace commune qui a entraîné des investissements à grande échelle, une surveillance coordonnée, un partage rapide des données et un changement de politique. Les pays qui étaient autrefois l'épicentre de la résistance, notamment le Cambodge, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam, sont aujourd'hui sur le point d'éliminer le paludisme à *P. falciparum*.
- En Afrique, des mutations du gène *Kelch13* (*PfKelch13*) de *P. falciparum* associées à une résistance partielle à l'artémisinine sont apparues à partir de multiples origines indépendantes et se propagent. Une résistance partielle à l'artémisinine a été confirmée en Érythrée, au Rwanda, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, et une résistance présumée a été signalée en Éthiopie, en Namibie, au Soudan et en Zambie. Dans certaines régions à forte transmission, comme l'Ouganda, plus de la moitié des parasites présentent des mutations associées à une résistance partielle à l'artémisinine.
- Les études d'efficacité thérapeutique (TES) indiquent que les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) sont encore capables de guérir la plupart des infections en Afrique, mais l'émergence et la propagation répétées d'une résistance partielle à l'artémisinine

Fig. 10. Carte de la résistance partielle à l'artémisinine en Afrique. Source : Revue de la littérature publiée incluse dans la carte des menaces liées au paludisme

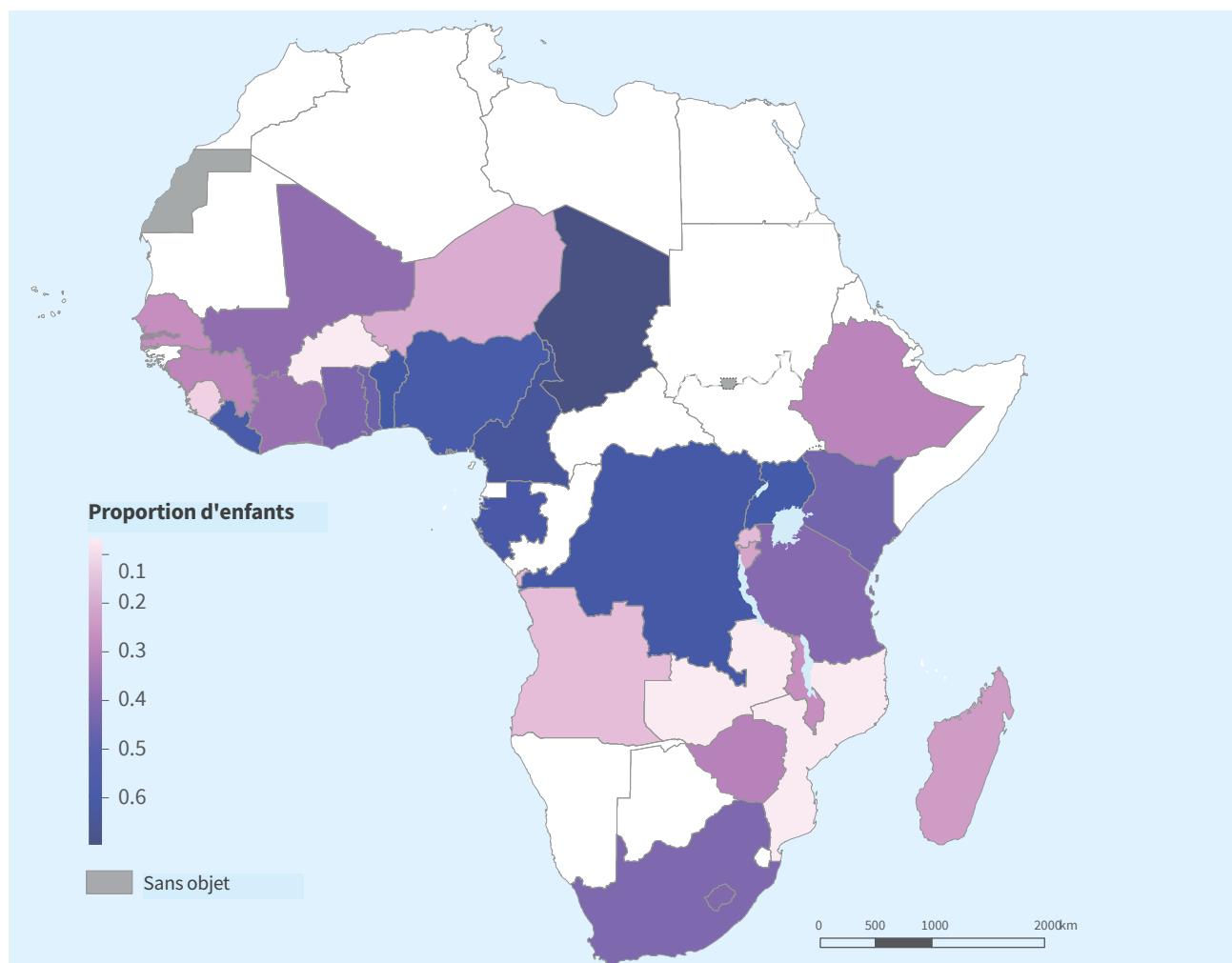


soulignent la pression croissante exercée sur les médicaments et la vulnérabilité accrue des médicaments associés, en particulier la luméfantrine et l'amodiaquine, dans un contexte où le traitement repose sur un nombre limité de combinaisons.

- Le secteur privé est une source majeure de soins contre le paludisme dans de nombreux pays endémiques, avec plus de 60 % des enfants atteints de fièvre qui se font soigner par des prestataires privés au Bénin, au Cameroun, au Tchad, en République démocratique du Congo et au Gabon. Ces structures élargissent l'accès aux soins, mais les tests diagnostiques limités, les traitements présomptifs, les cures incomplètes et la circulation d'antipaludiques non approuvés ou de mauvaise qualité créent des conditions favorables à l'émergence et à la propagation de parasites résistants.
- En 2022, l'OMS a lancé sa stratégie de lutte contre la résistance aux antipaludiques en Afrique, visant à améliorer la détection et la rapidité des interventions, à retarder l'émergence d'une résistance à l'artémisinine et aux médicaments des CTA, et à limiter la propagation des parasites résistants là où ils circulent déjà.

- Une réponse efficace doit être adaptée aux contextes locaux et tenir compte des lieux où les personnes recherchent réellement des soins, avec le soutien grâce à une réglementation stricte, une meilleure assurance qualité et un engagement actif des prestataires des secteurs public et privé. Il sera important d'intégrer de nouveaux outils et stratégies, notamment l'utilisation de plusieurs traitements de première intention, afin de réduire la pression exercée sur les médicaments et de ralentir la propagation des parasites résistants. Plusieurs pays, dont le Burkina Faso, l'Érythrée, le Malawi, le Rwanda et l'Ouganda, adaptent actuellement la stratégie de l'OMS à leurs besoins spécifiques.
- Une surveillance rapide et de haute qualité de l'efficacité et de la résistance aux médicaments, l'extension de la surveillance moléculaire, le partage rapide des données et la gestion de qualité des cas dans les secteurs public et privé, soutenus par un financement durable et une action coordonnée entre les pays et les secteurs, sont essentiels pour détecter et limiter l'impact de la résistance.

Fig. 11. Proportion d'enfants bénéficiant de soins dans le secteur privé (formel, informel ou pharmacies)^a Source : DHS/MIS 2015-2024.



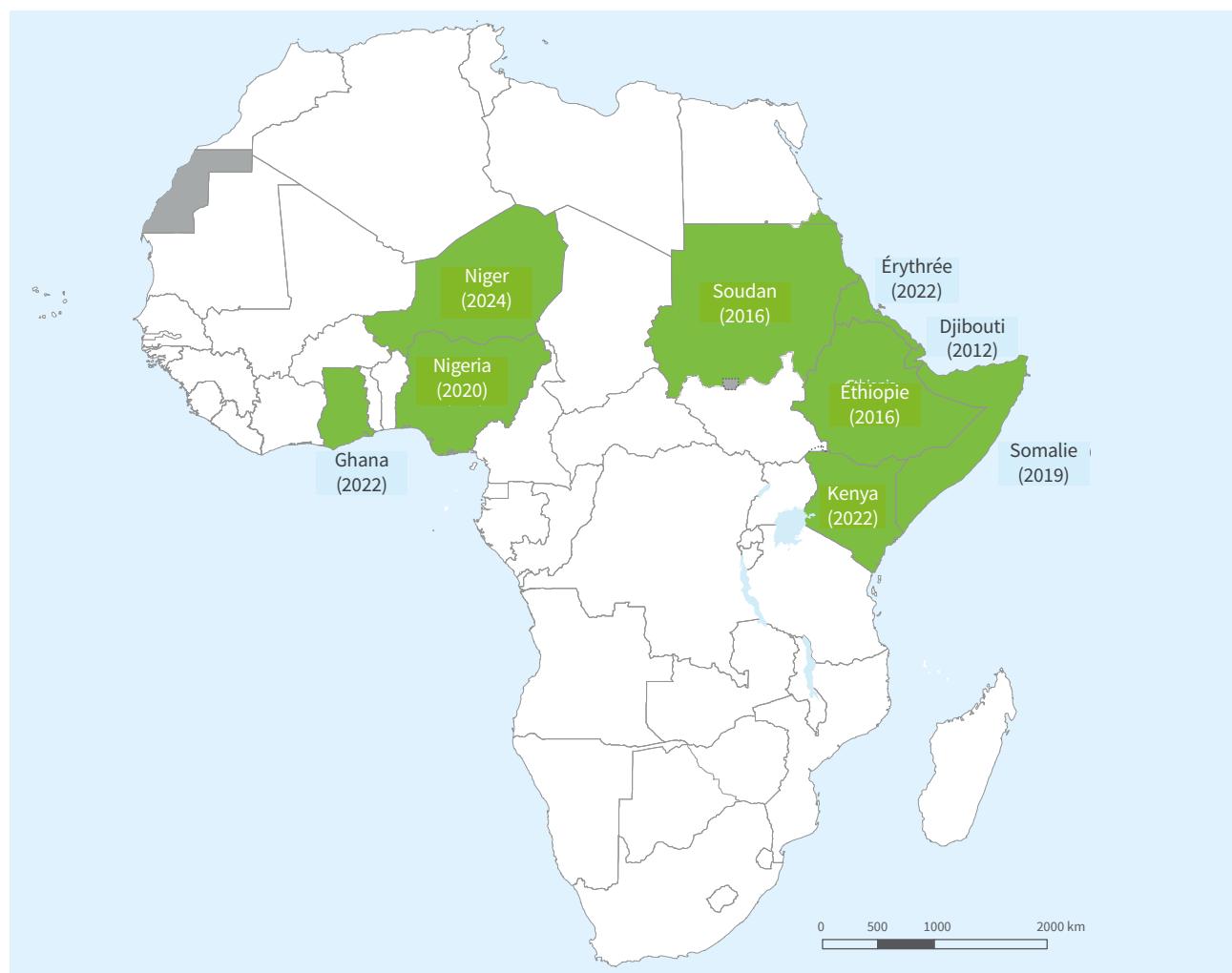
DHS : enquêtes démographiques et sanitaires ; MIS : enquêtes sur les indicateurs du paludisme.

^a Aucune donnée n'était disponible pour les pays en blanc

La propagation d'*An. stephensi* représente un défi supplémentaire pour la lutte contre le paludisme sur le continent africain

- Originaire de certaines régions d'Asie du Sud et de la péninsule arabique, l'espèce invasive de moustique *An. stephensi* a étendu son aire de répartition au cours de la dernière décennie, avec des détections signalées à ce jour dans neuf pays africains. En 2024, *An. stephensi* a été signalé pour la première fois au Niger.
- *An. stephensi* prospère en milieu urbain, supporte des températures élevées et résiste à de nombreux insecticides utilisés dans le domaine de la santé publique.
- En 2022, l'initiative de l'OMS visant à enrayer la propagation d'*Anopheles stephensi* en Afrique a été lancée afin de sensibiliser à cette menace croissante et de catalyser les efforts existants des États membres de l'OMS et de leurs partenaires pour empêcher la propagation d'*An. stephensi* en Afrique.

Fig. 12. Propagation de l'espèce envahissante *An. stephensi*, 2024. Data sources : rapports PNP, instituts nationaux de santé, partenaires de mise en œuvre, instituts de recherche et publications scientifiques.



An.: *Anopheles*.

La propagation du parasite *P. knowlesi* pose des défis uniques pour l'élimination du paludisme en Asie du Sud-Est

- Le parasite zoonotique *P. knowlesi*, initialement découvert chez les singes, est connu pour son infection rapide et grave, qui présente un taux de mortalité chez l'homme de 1 à 2 %. Au niveau mondial, 2 164 cas d'infection à *P. knowlesi* ont été signalés en 2024, soit une baisse de 34 % par rapport à 2023, où 3290 cas avaient été signalés. La plupart des cas (89 %) ont été recensés en Malaisie, suivie de l'Indonésie (6 %), de la Thaïlande (4 %) et du Cambodge (0.5%).
- En 2024, la Malaisie a signalé 1 927 cas, soit une baisse de 33 % des cas autochtones de *P. knowlesi* par rapport à 2023, et trois décès dus à *P. knowlesi*, contre 14 en 2023.
- Les quatre cas de *P. knowlesi* détectés au Brunei Darussalam, pays exempt de paludisme, soulignent l'importance de maintenir des systèmes de surveillance solides.

Fig. 13. Pays ayant signalé le plus grand nombre de cas de paludisme à *P. knowlesi*, 2024 Source : rapports PNP



Progrès accomplis à ce jour

Le Rapport 2025 sur le paludisme dans le monde met en évidence des tendances positives dans le déploiement à grande échelle d'outils de prévention efficaces, notamment l'expansion des moustiquaires de nouvelle génération, le vaccin contre le paludisme, la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) et chimioprévention du paludisme pérenne (CPP), ainsi que l'introduction du traitement préventif intermittent à base de pyriméthamine (PMC). Des progrès notables ont également été réalisés dans le domaine du diagnostic et du traitement rapides des jeunes enfants. Cependant, la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) restent insuffisants, ce qui souligne les domaines dans lesquels des mesures supplémentaires sont nécessaires.

Des améliorations ont été constatées dans la prise en charge des cas chez les enfants de moins de 5 ans

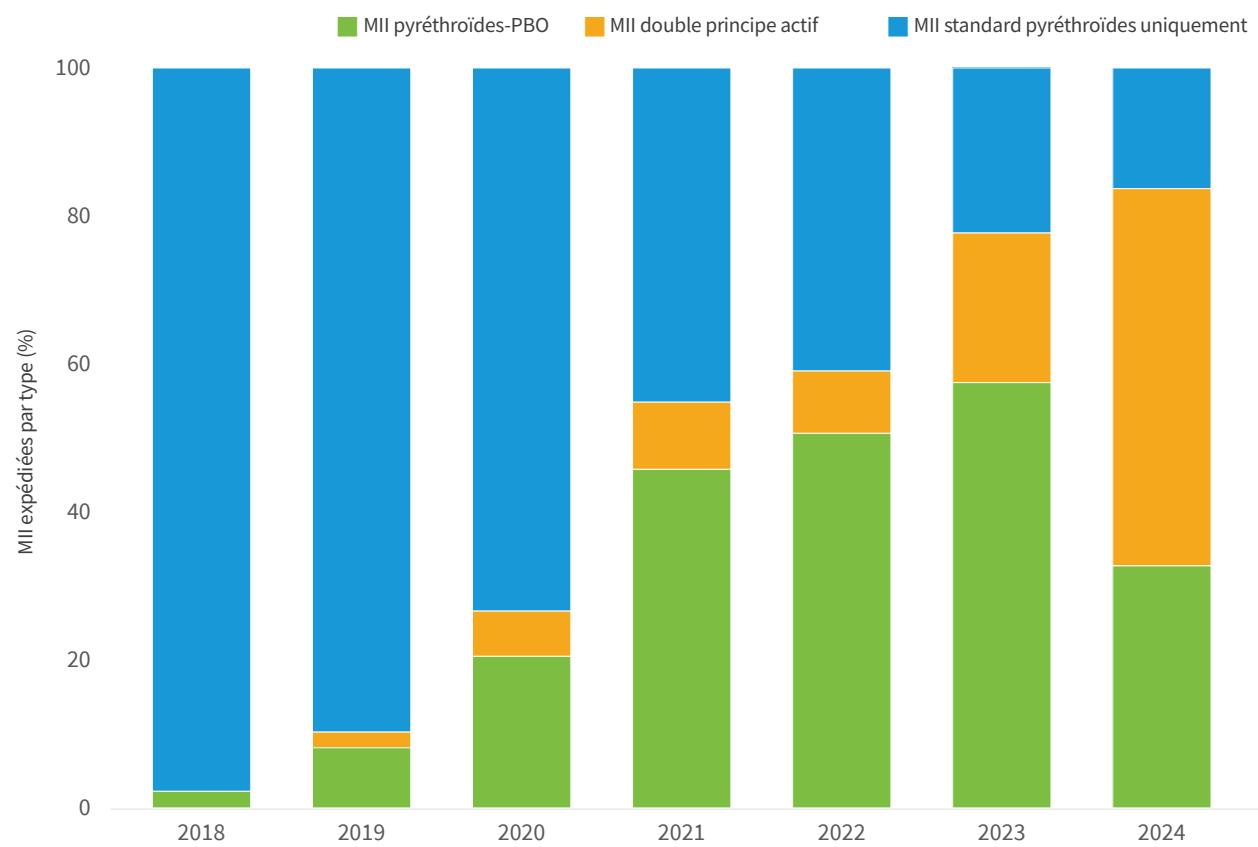
- Les données montrent une évolution positive vers des soins antipaludiques rapides et efficaces chez les enfants de moins de 5 ans, une population vulnérable. Dans 21 pays d'Afrique subsaharienne, la proportion d'enfants fébriles qui ont été emmenés chez un prestataire de soins de santé et ont reçu un diagnostic est passée d'une médiane de 30 % dans les études de référence (2005-2011) à 47 % dans les enquêtes plus récentes (2017-2024). Parmi les enfants qui ont consulté un prestataire de soins de santé et reçu un médicament antipaludique, une médiane de 68 % ont été traités par une CTA au cours de la période 2017-2024, contre 34 % en 2005-2011.
- Les CTA sont le traitement le plus efficace et le plus largement recommandé pour le paludisme sans complication, en particulier pour les infections causées par *P. falciparum*, le parasite responsable de la plupart des décès dus au paludisme en Afrique.

Ces dernières années, l'utilisation des moustiquaires a atteint un plateau, mais des progrès significatifs ont été réalisés dans le déploiement de moustiquaires de nouvelle génération

À ce jour, plus de 3 milliards de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées dans le monde. En Afrique subsaharienne, bien que l'utilisation des moustiquaires ait considérablement augmenté depuis 2000, un peu moins de la moitié (47%) des personnes exposées au risque de paludisme dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide en 2024, un niveau similaire à celui observé depuis 2015. Chez les jeunes enfants, les femmes et les filles enceintes, l'utilisation des MII a atteint 53 % en 2024, ce qui reste bien en deçà de l'objectif de couverture universelle.

La plupart des moustiquaires déployées depuis 2000 ont été traitées avec des insecticides appartenant à une seule classe : les pyréthroïdes. Pour lutter contre la résistance croissante des moustiques aux insecticides, l'OMS recommande l'utilisation de moustiquaires imprégnées de pyréthroïdes-PBO et à double principe actif, qui offrent une meilleure protection contre le paludisme que les moustiquaires standard imprégnées uniquement de pyréthroïdes. En 2024, ces moustiquaires plus efficaces représentaient 84 % des 168 millions de moustiquaires expédiées par les fabricants en Afrique subsaharienne, contre 10 % en 2019.

Fig. 14. Moustiquaires imprégnées d'insecticide livrées en Afrique subsaharienne par type, 2018-2024 Source : Milliner Global Associates.

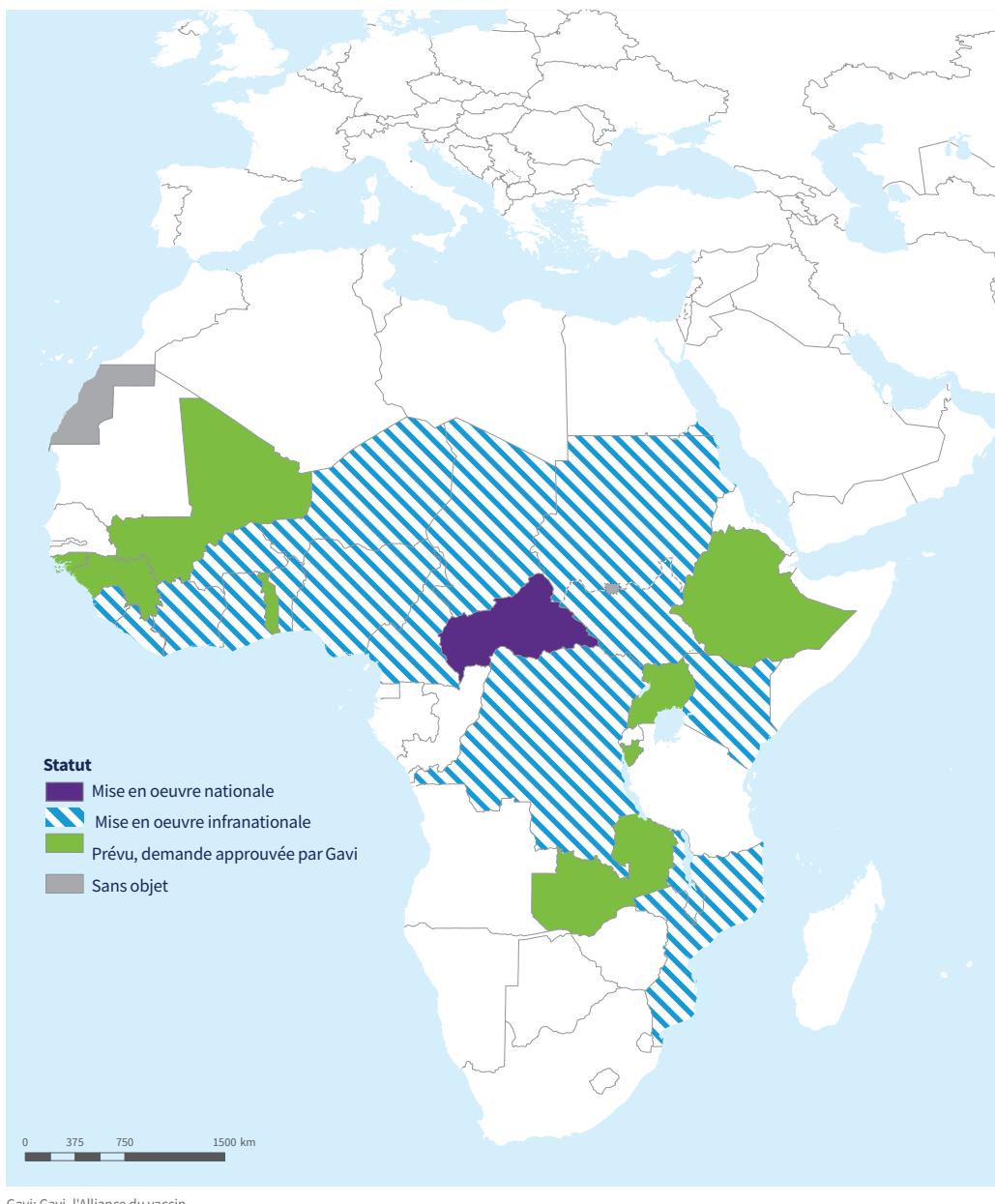


MII : moustiquaire imprégnée d'insecticide ; PBO : butoxyde de pipéronyle.

Le déploiement à plus grande échelle des vaccins contre le paludisme est très prometteur pour réduire la charge de morbidité en Afrique

- L'OMS recommande désormais deux vaccins – RTS,S/AS01 (RTS,S) et R21/Matrix-M (R21) – pour une utilisation dans les zones où le paludisme est endémique.
- À la fin de 2024, les vaccins contre le paludisme avaient été introduits dans 17 pays, l'UNICEF ayant livré plus de 10,5 millions de doses et permettant la vaccination d'au moins 2,1 millions d'enfants au cours de l'année. En octobre 2025, sept autres pays avaient mis en œuvre le vaccin.
- Le vaccin contre le paludisme RTS,S a été introduit pour la première fois dans les programmes de vaccination des enfants dans certaines régions du Ghana, du Kenya et du Malawi en 2019, dans le cadre du Programme de mise en œuvre du vaccin contre le paludisme coordonné par l'OMS, et a permis de réduire de 13 % la mortalité toutes causes confondues (à l'exclusion des blessures) et de 22 % les hospitalisations pour paludisme grave chez les enfants en âge d'être vaccinés.

Fig. 15. Pays mettant en œuvre le vaccin contre le paludisme ou prévoyant son introduction avec le soutien approuvé de Gavi en 2024 Source : Tableau de bord de l'OMS sur l'introduction du vaccin contre le paludisme.



L'intensification des programmes CPS et CPP est un autre point positif dans les efforts de lutte contre le paludisme en Afrique

- La CPS s'est révélée très efficace pour protéger les jeunes enfants contre le paludisme. Cette intervention consiste à administrer des doses mensuelles de médicaments antipaludiques pendant la saison de pointe du paludisme aux enfants de moins de 5 ans, le groupe le plus vulnérable au paludisme grave.
- Entre 2012 et 2024, le nombre moyen d'enfants africains traités par cycle de CPS dans 20 pays est passé d'environ 170 000 à 54 millions. Le Kenya a introduit la SMC pour la première fois en 2024.
- La CPP s'est également révélée très efficace pour protéger les jeunes enfants contre le paludisme. L'intervention consiste à la fourniture de doses programmées d'antipaludiques aux enfants âgés de moins de 2 ans, ce qui réduit leur risque d'infection et de maladie grave.
 - En 2024, au moins huit pays ont mis en œuvre la CPP, notamment le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, le Mozambique, le Nigeria, la Sierra Leone et le Togo.
 - Au total, près d'un million d'enfants âgés de moins de 24 mois ont reçu leur première dose de PMC en 2024.

Les efforts visant à élargir l'accès au TPIg pour les femmes enceintes devraient également être accélérés

- En 2024, dans les 33 pays à transmission modérée à élevée de la région africaine de l'OMS, on estimait à 36 millions le nombre de grossesses, dont environ 13 millions (36 %) étaient infectées par le paludisme.
- Proportion de femmes et de filles enceintes éligibles dans 34 pays africains ayant reçu une troisième dose de TPIg est passée de 43 % en 2023 à 45 % en 2024, mais la couverture reste bien inférieure à l'objectif de 80 %.
- Les niveaux actuels de TPIg permettraient d'éviter un faible poids à la naissance chez environ 530 000 nouveau-nés. Si la couverture de trois doses de TPIg correspondait à celle des premières visites prénales, un faible poids à la naissance serait évité chez 161 000 nouveau-nés supplémentaires.

Quels sont les besoins

Pour inverser la tendance à la hausse du fardeau du paludisme, il est nécessaire de prendre des mesures urgentes et coordonnées. Les pays doivent renforcer leurs mécanismes de leadership, de gouvernance et de responsabilisation, en s'appuyant sur la Déclaration de Yaoundé et le futur cadre Big Push. L'objectif reste clair : avec les outils et les ressources disponibles, personne ne devrait mourir du paludisme.

Les récentes réductions de l'aide mondiale en matière de santé menacent des décennies de progrès dans la lutte contre le paludisme

Un financement durable est essentiel pour maintenir les progrès mondiaux dans la lutte contre le paludisme. L'histoire montre que même des réductions modestes du financement peuvent entraîner une résurgence du paludisme et une augmentation de la charge de morbidité.

De 2024 à 2025, le financement mondial de la lutte contre le paludisme a connu de sérieux revers. Le financement total en 2024 n'a atteint que 3,9 milliards de dollars américains, soit moins de la moitié des besoins, et l'aide publique au développement (APD) a chuté de 21%, en grande partie en raison de la réduction du soutien des États-Unis d'Amérique. La réduction de l'APD a perturbé les systèmes de santé, affaiblissant la surveillance de routine. Cela a entraîné l'annulation ou le report de la plupart des enquêtes prévues et augmenté le risque de ruptures de stock et de retards dans les campagnes, ce qui a compromis l'impact des programmes et fait peser un risque important sur la pérennité de la lutte contre le paludisme.

Des mesures d'atténuation rapides et coordonnées ont permis de maintenir en grande partie les interventions clés, telles que les campagnes de chimioprophylaxie

saisonnière et de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, grâce au soutien des partenaires, ce qui a suscité un certain optimisme lorsque les États-Unis ont repris leur financement par l'intermédiaire du Département d'État. Néanmoins, les principaux donateurs ont signalé de possibles réductions futures, soulignant le risque élevé qui persiste. Les perturbations du financement en 2025 ont mis en évidence la fragilité de l'aide extérieure. Un financement national soutenu, diversifié et accru est donc essentiel pour préserver les acquis mondiaux en matière de lutte contre le paludisme et garantir la poursuite de l'impact sur la santé.

Dans un contexte de financement limité, les programmes doivent donner la priorité aux interventions à fort impact et fondées sur des données. Le nouveau manuel de référence de l'OMS sur l'adaptation des stratégies et des interventions de lutte contre le paludisme à l'échelle infranationale fournit aux pays des orientations pour adapter les interventions au contexte local. Les systèmes de surveillance doivent être renforcés afin de combler les lacunes en matière de données et de permettre une prise de décision plus rapide et fondée sur des données probantes.

Pour relever les défis actuels, il faudra faire preuve de leadership, mobiliser les communautés et assurer un financement durable

L'engagement politique est essentiel pour soutenir les progrès dans la lutte contre le paludisme. La Déclaration de Yaoundé a mis en évidence le leadership national et continental, la responsabilité et la résilience institutionnelle, soulignant la nécessité d'une approche coordonnée et multipartite pour redynamiser les efforts mondiaux de prévention et de lutte contre le paludisme.

Le cadre Big Push vise à renforcer la lutte contre le paludisme grâce à un leadership national inclusif, des systèmes de données robustes, un accès élargi à des interventions de qualité, l'adoption rapide.

adoption de nouveaux outils et un financement accru. Les communautés jouent un rôle essentiel dans l'accès aux interventions, la garantie de la responsabilité et le maintien de la dynamique.

Un nouveau modèle de gouvernance est nécessaire, fondé sur un leadership national fort, une solidarité mondiale et une participation active des communautés, et soutenu par des avancées programmatiques, notamment une surveillance améliorée, des vaccins, des outils innovants de lutte antivectorielle et une prise de décision fondée sur des données.



malaria atlas project

**Imperial College
London**

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Paludisme et maladies tropicales négligées

Organisation mondiale de la Santé

20, avenue Appia

CH-1211 Genève 27

Web: www.who.int/teams/global-malaria-programme

Email: GMPinfo@who.int

