

Comité régional de l'Afrique

Original : anglais

Soixante-quinzième session
Lusaka, République de Zambie, 25-27 août 2025

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

**Faire face aux menaces et mobiliser l'action collective pour atteindre les objectifs de lutte
contre le paludisme à l'horizon 2030**

Document technique

Sommaire

Paragraphes

Contexte	1-6
Enjeux et défis.....	7-14
Mesures proposées	15-17

Annexe

Page

Efficacité et coûts des interventions de lutte antipaludique	7
--	---

Contexte

1. Les États Membres de la Région africaine de l'OMS continuent à lutter contre le paludisme en mettant en œuvre le Cadre pour la maîtrise, l'élimination et l'éradication intégrées des maladies tropicales et à transmission vectorielle dans la Région africaine 2022-2030. Ce cadre (AFR/RC72/7) a été adopté à la soixante-douzième session du Comité régional de l'Afrique et s'aligne sur la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030¹ et les objectifs de développement durable.

2. Le présent document technique a été élaboré pour répondre aux préoccupations exprimées par les États Membres à la soixante-quatorzième session du Comité régional, où ils ont appelé à une action urgente pour accélérer la lutte antipaludique (AFR/RC74/INF.DOC/8). Il fait le point sur les progrès accomplis vers les étapes intermédiaires de la Stratégie technique mondiale ;² les principaux défis à relever ; et les recommandations visant à relancer les efforts actuels pour accélérer les progrès vers l'atteinte des cibles fixées à l'horizon 2030 dans le cadre de la Stratégie technique mondiale.

3. Les rapports sur le paludisme dans le monde relatif à la période allant de 2016 à 2023 ont toujours indiqué que les progrès en matière de lutte antipaludique étaient au point mort.³ Entre 2015 et 2023 l'incidence du paludisme a diminué de 5 %, ⁴ et la mortalité due au paludisme de 16 %. ⁵ Toutefois, ces diminutions sont restées en deçà des cibles régionales et mondiales fixées pour 2020, à savoir réduire de 40 % par rapport à 2015, l'incidence du paludisme et des décès liés à cette maladie. Si les stratégies de riposte ne sont pas modifiées de façon radicale, les étapes intermédiaires fixées pour 2025 et les cibles visées à l'horizon 2030 ne seront pas atteintes.

4. Il existe cependant d'importantes disparités entre les pays en ce qui concerne les tendances de la maladie. Dans la Région africaine de l'OMS, seul le Rwanda est en bonne voie pour atteindre la cible relative à la réduction de l'incidence du paludisme fixée pour 2025 dans la Stratégie technique mondiale ; tandis que Sao Tomé-et-Principe est en bonne voie pour atteindre l'étape intermédiaire définie dans la Stratégie technique mondiale consistant à réduire la mortalité à l'horizon 2025. En 2024, Cabo Verde est devenu le deuxième État Membre de la Région à avoir été certifié exempt de paludisme depuis 2015, après l'Algérie en 2019.

5. La couverture des interventions s'est accrue. Le taux d'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide par la population générale est passé de 46 % en 2021 à 59 % en 2023 ; le nombre d'enfants ayant accès à la chimioprévention du paludisme saisonnier est passé de 0,2 million en 2012 à 53 millions en 2023 dans 18 États Membres ; ⁶ tandis que près de cinq millions d'enfants ont reçu le vaccin antipaludique en décembre 2024, dans 17 pays.⁷

¹ Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, édition 2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

² Étapes intermédiaires de la Stratégie technique mondiale pour 2025 : réduire d'au moins 75 % l'incidence du paludisme et les décès dus à cette maladie par rapport à 2015, éliminer le paludisme dans au moins deux États Membres, et prévenir sa réapparition dans des pays autrefois endémiques ; 2030 : réduire d'au moins 90 % l'incidence du paludisme et les décès dus à cette maladie par rapport à 2015, éliminer le paludisme dans au moins six pays, et prévenir sa réapparition dans des pays autrefois endémiques.

³ OMS, Rapport 2024 sur le paludisme dans le monde.

⁴ 226,8 cas pour 1000 habitants en 2023, contre 238,9 cas pour 1000 habitants en 2015.

⁵ 52,4 cas pour 100 000 habitants en 2023, contre 62,5 cas pour 100 000 habitants en 2015.

⁶ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

⁷ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Soudan du Sud et Tchad.

6. En 2018, l'OMS et ses partenaires ont lancé l'initiative « D'une charge élevée à un fort impact ».⁸⁹ Cette initiative a été relancée en 2024 par la signature de la déclaration de Yaoundé visant à mettre fin aux décès dus au paludisme et à accélérer les efforts d'élimination en vue de remettre les États Membres sur la bonne voie.

Enjeux et défis

7. La Région africaine de l'OMS reste la plus durement touchée par le paludisme, 95 % des 597 000 cas de décès recensés dans le monde, et 94 % des 263 millions de cas de paludisme signalés en 2023, ayant été enregistrés dans cette Région. La stagnation des progrès en matière de réduction de l'incidence du paludisme est attribuée à une convergence des défis.

8. **Faiblesses du système de santé :** La faiblesse des systèmes de santé des États Membres, caractérisée par un accès limité et tardif à des services de soins de santé de qualité ; des pénuries de personnel de santé ; et des ruptures de stock fréquentes de produits vitaux entrave la réalisation d'interventions efficaces de soins de santé primaires. L'amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité, notamment en ce qui concerne les soins de santé primaires, a l'impact le plus important dans les pays où la charge est élevée.¹⁰ En outre, moins de 5 % des personnes atteintes de paludisme ont accès aux services de traitement par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires, bien que ces derniers aient contribué de façon significative à la baisse des cas graves de paludisme et des décès dus à cette maladie dans des pays comme l'Éthiopie, le Ghana et le Rwanda.¹¹

9. **Crises humanitaires :** Les conflits sociopolitiques et les catastrophes naturelles ont entraîné des migrations et des déplacements de populations qui ont exacerbé l'exposition au paludisme et engendré des épidémies et des pics importants de cas et de décès. Des flambées épidémiques survenues en Éthiopie¹² et au Soudan du Sud¹³ en sont un exemple. L'Éthiopie, le Nigéria et l'Ouganda abritaient 64 %¹⁴ des cinq millions de cas supplémentaires enregistrés entre 2021 et 2022 dans le monde. En 2023, près de 80 millions de personnes vivant dans des pays d'endémie palustre étaient des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ou des réfugiés, et 70 % d'entre elles avaient été déracinées par des conflits ou des catastrophes naturelles et disposaient d'un accès limité à des services de lutte antipaludique.

10. **Démonstration de volonté politique sous-optimale, comme en témoigne le niveau insuffisant du financement intérieur et de la mobilisation de ressources.** Des engagements et des actions limités après les déclarations, ainsi qu'un niveau de financement intérieur insuffisant, minent la réalisation d'efforts de lutte antipaludique durables, et rendent les programmes fortement tributaires d'une aide extérieure. Malgré de nombreuses déclarations concernant l'augmentation des ressources

⁸ L'initiative « D'une charge élevée à un fort impact » implique l'organisation de campagnes de plaidoyer pour renforcer l'engagement politique et accroître les investissements dans des systèmes de données ; l'utilisation de renseignements stratégiques pour mener des actions ; l'amélioration des orientations techniques destinées aux pays ; et une coordination multisectorielle.

⁹ Rapport 2023 de l'OMS sur le paludisme dans le monde (voir le chapitre 4). (OMS, [Rapport 2023 sur le paludisme dans le monde](#).)

¹⁰ Sahu M, Tediosi F, Noor AM et al. Health systems and global progress towards malaria elimination, 2000–2016. *Malar J* 19, 141 (2020). (<https://doi.org/10.1186/s12936-020-03208-6>)

¹¹ OMS, Rapport 2024 sur le paludisme dans le monde.

¹² Bulletins d'information sur les flambées épidémiques. (<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON542>)

¹³ (<https://www.afro.who.int/countries/south-sudan/news/south-sudan-marks-malaria-day-calls-robust-multisectoral-actions-reduce-malaria-burden>)

¹⁴ Éthiopie et Nigéria (plus de 1,3 million chacun), Ouganda (plus de 597 000)

nationales allouées à la santé, très peu de gouvernements africains ont respecté leurs engagements en raison de contraintes liées au contexte économique et de priorités nationales divergentes.¹⁵ En 2023, 4 milliards de dollars É.-U. au total ont été investis dans la lutte contre le paludisme, alors que le montant total des besoins s'élevait à 8,3 milliards de dollars É.-U., soit un déficit de financement de 4,3 milliards de dollars É.-U. Près de 63 % des fonds affectés à la lutte antipaludique provenaient d'une source internationale. Afin de remédier à ce déséquilibre, des initiatives nationales ont été lancées pour mobiliser des ressources, parmi lesquelles la création de conseils de lutte contre le paludisme, et huit États Membres¹⁶ ont mobilisé environ 125 millions de dollars É.-U. depuis 2018, tandis que des campagnes nationales d'élimination du paludisme ont été menées pour accroître l'engagement politique et favoriser la collaboration multisectorielle et la participation communautaire.¹⁷

11. Facteurs environnementaux, y compris les changements climatiques : Le changement climatique a eu des impacts directs et indirects sur la transmission et la charge du paludisme. Les phénomènes météorologiques extrêmes à court terme peuvent entraîner non seulement des déplacements de population et des ravages socioéconomiques, mais aussi de vastes épidémies de maladies telles que le paludisme. Parmi les exemples notables, on peut citer les cyclones récurrents et connexes et les inondations le long du littoral du Mozambique, qui ont entraîné une hausse passagère des cas de paludisme.

12. Résistance aux insecticides : La résistance aux insecticides en général et aux pyréthrinoïdes en particulier, confirmée dans 34 des 47 pays¹⁸ de la Région africaine, a provoqué une diminution de l'efficacité des interventions à base d'insecticide. De plus, le nouveau vecteur invasif, *Anopheles stephensi*, qui provoque une augmentation du paludisme urbain dans la Corne de l'Afrique, s'est répandu dans cinq États Membres,¹⁹ rendant nécessaires de nouvelles interventions de lutte antivectorielle. La mise en œuvre de stratégies de lutte contre la résistance aux insecticides ; l'adoption de moustiquaires imprégnées d'insecticide à double principe actif ; l'utilisation de nouvelles substances chimiques pour la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations ; la gestion des sources larvaires ; et le recours à d'autres outils innovants tels que des moustiques génétiquement modifiés peuvent permettre de régler le problème. En 2024, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a porté à 60 % la proportion de moustiquaires à double principe actif, sur la base de données relatives à la résistance aux insecticides. Le Bureau régional de l'OMS a également mis en œuvre une initiative lancée en 2022 pour enrayer la propagation d'*Anopheles stephensi* en Afrique.²⁰

13. Résistance aux produits de diagnostic et aux médicaments antipaludiques : Les mutations des gènes parasites ont entraîné une diminution de la sensibilité des tests diagnostiques, tandis que la résistance partielle à l'artémisinine, confirmée au Rwanda, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et en Érythrée, et suspectée en Éthiopie, en Zambie, en Namibie et au Soudan, réduit l'efficacité des antipaludiques. Pour faire face à cette menace, l'OMS a lancé une stratégie de lutte contre la résistance aux médicaments antipaludiques en Afrique, et distribue un guide pour la mise en œuvre de thérapies de première intention multiples permettant de ralentir la propagation de la résistance

¹⁵ Région africaine de l'OMS, Atlas des dépenses de santé, 2023

¹⁶ Eswatini, Guinée-Bissau, Kenya, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zambie.

¹⁷ Rapport d'étape sur le paludisme de l'Union africaine (2024)

¹⁸ (<https://cdn-auth-cms.who.int/media-aut/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/countries-reporting-confirmed-pyretroid-resistance.pdf>)

¹⁹ Éthiopie, Érythrée, Ghana, Kenya et Nigéria

²⁰ Initiative de l'OMS visant à enrayer la propagation d'*Anopheles stephensi* en Afrique. (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCN-GMP-2022.06>)

aux médicaments. Au moins 10 pays ²¹ bénéficient d'une assistance pour évaluer les facteurs de résistance et mettre en place des politiques de lutte contre ladite menace.

14. Coordination intersectorielle et intrasectorielle insuffisante des partenaires : La fragmentation et la complexité des processus de financement ; l'inadéquation du rôle des partenaires ; et la concurrence entre les priorités de financement nationales et mondiales ont entraîné une utilisation inefficace des ressources. En conséquence, de nombreux partenaires reconnaissent la nécessité de modifier radicalement leur manière de fonctionner, afin de relancer les progrès et d'adopter un discours nouveau et positif à l'égard de la lutte antipaludique, tout en provoquant une augmentation des financements dans les années à venir.

Mesures proposées

15. Les États Membres devraient mettre en œuvre les mesures suivantes pour galvaniser la lutte contre le paludisme :

Accroître les efforts de renforcement des systèmes pour rendre les programmes résilients

- a) Renforcer les systèmes de santé en fournissant un appui pour le renforcement des capacités globales et la fidélisation d'agents de santé qualifiés, y compris d'agents de santé communautaires, afin de permettre un accès continu à des services de diagnostic et de traitement à tous les niveaux, dans le cadre de la prestation de services de santé de qualité, intégrés et centrés sur la personne.
- b) Consolider les chaînes d'approvisionnement en produits antipaludiques en mettant en place des systèmes d'achat groupé ; créer des systèmes numériques intégrés de gestion de la logistique ; et décentraliser les systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour permettre un approvisionnement suffisant et opportun en produits essentiels.
- c) Investir dans le déploiement de systèmes d'information sanitaire efficaces et fiables, y compris dans les technologies d'analyse et les systèmes d'information géographique, qui permettront d'adapter et de cibler les interventions en fonction des données, afin d'avoir un impact plus grand et d'utiliser les ressources plus efficacement.
- d) Renforcer les capacités des instituts nationaux de santé publique existants en s'appuyant sur des capacités et des mécanismes locaux d'intervention d'urgence de santé publique pour détecter les recrudescences de paludisme, mener des enquêtes et riposter rapidement.
- e) Adopter et mettre en œuvre des stratégies et des directives en matière de gestion de la résistance aux insecticides pour combattre la résistance aux médicaments antipaludiques, y compris en renforçant la capacité des institutions à assurer la surveillance, et accroître l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à double principe actif et d'insecticides de remplacement pour une pulvérisation à effet rémanent à l'intérieur des habitations, dans les régions sujettes à la résistance.
- f) Adopter et mettre en œuvre des stratégies et des directives pour lutter contre la résistance aux médicaments antipaludiques, notamment le renforcement de la capacité des institutions à surveiller la résistance aux médicaments ; l'amélioration des services de prévention ; la diversification des antipaludiques recommandés ; et l'instauration d'une collaboration transfrontalière et régionale.

²¹ Angola, Burkina Faso, Cameroun, Érythrée, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Sierra Leone.

- g) Appuyer et étendre le déploiement de la vaccination antipaludique au sein de populations vulnérables remplissant les conditions requises et encourager la participation continue des communautés à la lutte contre le paludisme.
- h) Renforcer le leadership des pays en matière de coordination et de mobilisation de ressources pour la lutte antipaludique, en tirant parti de l'élan créé par la Conférence ministérielle sur le paludisme qui s'est tenue au Cameroun et a abouti à la signature de la Déclaration de Yaoundé, ainsi que d'autres initiatives multipartites telles que la « La grande poussée », qui vise à redynamiser la lutte antipaludique dans le monde en améliorant la coordination et en veillant à ce que les partenaires s'alignent sur les priorités nationales et les soutiennent, conformément à l'Agenda de Lusaka.
- i) Accélérer la mobilisation de ressources nationales en promouvant des initiatives nationales de sensibilisation telles que la création de conseils et de fonds de lutte contre le paludisme impliquant le secteur privé, afin de combler les déficits financiers et d'assurer une utilisation efficiente et efficace des fonds.
- j) Renforcer la surveillance pour prévenir la réapparition du paludisme dans des zones où la transmission du paludisme a pu être interrompue.

Encourager la mise en œuvre d'initiatives multisectorielles phares

- a) Tirer parti d'initiatives et de programmes phares existants tels que l'initiative « D'une charge élevée à un fort impact », l'initiative E-2025, l'initiative Élimination du paludisme 8 et l'Initiative pour l'élimination du paludisme au Sahel,²² en vue de renforcer la surveillance du paludisme ; la collaboration transfrontalière ; l'engagement politique envers l'élimination du paludisme ; l'augmentation des capacités des institutions et la mobilisation de ressources en faveur de lutte antipaludique.
- b) Démontrer un leadership fort en matière d'action multisectorielle en assurant une planification conjointe, une mise en œuvre efficace, un suivi, une évaluation et une responsabilisation dans tous les secteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme, en veillant à ce que toutes les populations à risque, y compris celles vivant dans des zones difficiles d'accès et humanitaires touchées par des conflits, reçoivent systématiquement les outils appropriés.
- c) Exploiter l'énorme potentiel que possède la modélisation des données socio-environnementales et climatiques sur le paludisme pour anticiper les flambées épidémiques et utiliser les systèmes mis en place pour riposter à la pandémie de COVID-19 pour renforcer la prévention des flambées, la préparation et la riposte à celles-ci.

²² OMS, Rapport 2023 sur le paludisme dans le monde. Fait le point sur les progrès accomplis vers l'élimination par les pays visés par l'initiative E2025 (voir le chapitre 5).

16. L'OMS et ses partenaires devraient :

Renforcer la mobilisation de ressources, l'assistance et le soutien techniques

- a) Procéder à une évaluation rigoureuse des stratégies courantes, afin de s'assurer que les interventions menées ont le plus grand impact sur la santé par rapport à leur coût, et de déterminer avec précision les ressources requises pour atteindre les cibles fixées en ce qui concerne le paludisme.
- b) Mobiliser des ressources suffisantes pour l'accomplissement du mandat de l'OMS, à savoir diriger et coordonner les acteurs de la lutte antipaludique ; diffuser des orientations normatives et techniques au niveau régional et mondial, ainsi que des outils et des services techniques ; et fournir un appui aux pays.
- c) Fournir une assistance technique en vue du renforcement des capacités globales du personnel de santé en matière de gestion des programmes de lutte contre le paludisme, de prestation de services de santé de qualité intégrés et centrés sur la personne, et d'utilisation de stratégies et d'outils novateurs.
- d) Faciliter l'élaboration et la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS, y compris les cadres régionaux, les manuels et les autres produits techniques.
- e) Soutenir la fabrication de produits antipaludiques au niveau local et les initiatives régionales d'achat groupé pour permettre un plus grand approvisionnement en antipaludéens abordables et de qualité garantie.
- f) Appuyer la mise en place de réseaux sous-régionaux de surveillance de la résistance, afin de suivre les menaces émergentes et d'y faire face.
- g) Collaborer avec les unités compétentes de l'OMS pour accélérer la préqualification de nouveaux produits de lutte antivectorielle et antipaludéens.
- h) Envisager l'application de nouveaux outils tels que l'intelligence artificielle (IA) pour améliorer la prédiction de risques de flambées de paludisme.

Renforcer le soutien à la coordination

- a) Encourager l'échange systématique des meilleures pratiques entre les États Membres en s'inspirant de ceux qui réalisent des progrès exceptionnels.
- b) Renforcer la coordination extérieure avec des partenaires humanitaires comme l'UNICEF, le HCR et le PAM, et prépositionner des produits antipaludiques dans des zones exposées aux conflits et touchées par des catastrophes, en veillant à intégrer des services de lutte antipaludique dans les systèmes d'intervention d'urgence.
- c) Mobiliser des ressources d'urgence et coordonner, en étroite collaboration avec le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, les interventions transfrontalières en faveur des communautés déplacées touchées par des conflits et des catastrophes, et promouvoir la conclusion d'accords intersectoriels pour faire face aux crises humanitaires et s'attaquer aux facteurs climatiques du paludisme.
- d) Soutenir la recherche et l'innovation en renforçant la coordination et en établissant des partenariats en matière de recherche et de développement d'outils de lutte antivectorielle, de produits de diagnostic, d'antipaludéens et de vaccins de nouvelle génération.

17. Le Comité régional est invité à examiner le présent document et à prendre note des mesures proposées.

Annexe : Efficacité et coûts des interventions de lutte antipaludique

Principaux messages

1. Les progrès réalisés en matière de maîtrise et d'élimination du paludisme au cours des deux dernières décennies, avec 2,2 milliards de cas enregistrés et 12,7 millions de décès évités, sont le résultat de l'intensification de plusieurs interventions. Il s'agit notamment de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ; de la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations (IRS) ; du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) ; de la chimioprévention du paludisme saisonnier (SMC) ; de l'administration massive de médicaments (AMM) dans le cadre de l'élimination de la maladie ; de la prise en charge des cas ; et de la surveillance.
2. L'OMS fournit des lignes directrices pour la mise en œuvre de stratégies de prévention et de traitement du paludisme. Les présentes lignes directrices reposent sur une évaluation rigoureuse des interventions, qui tient compte de leur efficacité à réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme, ainsi que de leur faisabilité, leur acceptabilité et leur rapport coût-efficacité. Le tableau indique des coûts moyens basés sur des examens systématiques, bien que les coûts réels puissent varier d'un pays à l'autre, en fonction des stratégies de prestation et des coûts locaux.
3. Les principales informations à retenir sont les suivantes :
 - a) **L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) reste la stratégie la plus rentable** pour la prévention du paludisme au sein de la **population générale**.
 - b) **La pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations (IRS) est plus efficace** que l'utilisation de MII quand il s'agit de réduire le nombre de cas de paludisme. Toutefois, son coût relativement élevé nécessite un déploiement ciblé dans certaines zones à forte charge, selon les ressources disponibles et l'urgence des situations.
 - c) Dans les zones où la transmission du paludisme saisonnier est élevée, la **chimioprévention du paludisme saisonnier** peut permettre de réduire considérablement les cas de paludisme et les décès dus à cette maladie.
 - d) L'impact de la vaccination antipaludique est plus élevé dans les milieux où la transmission est moyenne à élevée, et diminue dans les milieux où la transmission est plus faible. À l'heure actuelle, **les deux vaccins antipaludiques approuvés ne sont recommandés que chez les enfants de moins de cinq ans**, où leur effet et leur rapport coût-efficacité sont les plus élevés.
 - e) Bien que le coût initial du vaccin R21 soit inférieur à celui du vaccin RTS'S, l'alliance Gavi a mis en place une politique de cofinancement des vaccins antipaludiques qui augmente l'accessibilité économique des deux vaccins. De nombreux pays soutenus par Gavi ne paieront que 0,20 dollar É.-U. par dose pour l'un ou l'autre vaccin.
 - f) Le diagnostic et le traitement précoces du paludisme représentent des aspects essentiels de la prise en charge de la maladie, car ils permettent de prévenir les formes graves du paludisme et les décès, tout en permettant d'importantes économies sur les coûts. À l'inverse, le traitement du paludisme grave reste très coûteux pour les populations touchées et les services de santé.
4. La combinaison de différents outils et stratégies permet d'accroître l'efficacité et l'impact sur les résultats en matière de lutte contre le paludisme, mais le choix de la combinaison d'interventions à mener doit s'appuyer sur des données locales et les ressources disponibles.

Tableau 1. Efficacité et coûts des interventions de lutte antipaludique

Intervention	Effet sur la morbidité	Effet sur la mortalité	Population protégée	Coût unitaire (en dollars É.-U.)	Impact supposé	Références bibliographiques
Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (lutte antivectorielle)	Réduction de 45 % du nombre de cas de paludisme simple. Réduction de 44 % du paludisme grave.	Réduction de 17 % par rapport à la mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de cinq ans.	Population entière disposant de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII).	7,03 par MII livrée (protège eux personnes tous les deux à trois ans)	Utilisation systématique de MII adaptées aux profils résistants aux insecticides.	Pryce J et al. Insecticide-treated mosquito nets for malaria prevention. Cochrane Database Syst Rev. 2018;11:CD000363. Lengeler C et al. Insecticide-treated mosquito nets and curtains for malaria prevention. Cochrane Database Syst Rev. 2004;2:CD000363.
Pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations (lutte antivectorielle)	Réduction de 65 % de l'incidence du paludisme.	Sans objet	Population cible couverte par la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations.	5.41-8.26 par personne protégée (chaque année)	Qualité, calendrier et choix de l'insecticide.	Zhou Y et al. Effectiveness of indoor residual spraying on malaria control: a systematic review and meta-analysis. Infect Dis Poverty 11, 83 (2022). https://doi.org/10.1186/s40249-022-01005-8 PMI AIRS Project
Gestion des sources larvaires (lutte antivectorielle)	Réduction de 18 % des cas de paludisme dans les zones où les habitats aquatiques des moustiques sont situés à moins d'un km ² .	Sans objet	Populations vivant dans des habitats situés à moins d'un km ² .		Les sites de reproduction doivent être peu nombreux, fixes et accessibles.	Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme, 16 octobre 2023. Section 4.2.3 : Chimio-prévention du paludisme saisonnier. Genève, Organisation mondiale de la Santé
Chimio-prévention du paludisme saisonnier	Efficacité protectrice de 88 % contre le paludisme clinique dans les 28 jours suivant le début du traitement.	Réduction de 42 % à 56 % de la mortalité due au paludisme pendant la saison de forte transmission.	Enfants de moins de cinq ans vivant dans des régions couvertes par la chimio-prévention du paludisme saisonnier.	6,6 par enfant, pendant 4 tournées	Qualité de l'administration, calendrier, conformité de la chimiothérapie	Cairns M et al. Effectiveness of seasonal malaria chemoprevention (SMC) treatments when SMC is implemented at scale : Case-control studies in 5 countries. PLOS Medicine. 2021;18(9):e1003727. Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme, 16 octobre 2023. Section 4.2.3 : Chimio-prévention du paludisme saisonnier. Genève, Organisation mondiale de la Santé

Intervention	Effet sur la morbidité	Effet sur la mortalité	Population protégée	Coût unitaire (en dollars É.-U.)	Impact supposé	Références bibliographiques
Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte	Réduction de 14 % de l'insuffisance pondérale à la naissance dans les zones à forte charge	Effets positifs indirects sur la mortalité maternelle	Femmes enceintes et nouveau-nés	2,76 par administration de traitement préventif intermittent par femme	Qualité de l'administration, calendrier, conformité de la chimiothérapie	Paintain L et al. Cost-effectiveness of intermittent preventive treatment with dihydroartemisinin-piperaquine versus single screening and treatment for the control of malaria in pregnancy in Papua, Indonesia: a provider perspective analysis from a cluster-randomised trial The Lancet Global Health, Volume 8, Issue 12, e1524 - e1533
Traitement préventif intermittent (TPIIn)/Chimioprévention pérenne du paludisme	Réduction de 30 % du paludisme clinique au cours de la première année de vie	Incertain	Enfants de moins de deux ans	0,68-2,27 pour l'administration de doses de traitement préventif intermittent chez le nourrisson (TPIIn) jusqu'à 12 mois	Le choix de l'antipaludique, la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), est le plus rentable.	Multiply and Plus project Reports, 2025 Conteh L, Sicuri E, Manzi F, Hutton G, Obonyo B, Tediosi F, et al. (2010) The Cost-Effectiveness of Intermittent Preventive Treatment for Malaria in Infants in Sub-Saharan Africa. PLoS ONE 5(6): e10313. doi:10.1371/journal.pone.001031
Traitement préventif intermittent chez les écoliers	Réduction de 68 % des réadmissions dues au paludisme grave	Réduction de 77 % de la mortalité	Enfants scolarisés dans les zones ciblées	Peut varier selon le choix de l'antipaludéen	Nombre suffisant de doses administrées	Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme, 16 octobre 2023. Section 4.2.4. Traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants d'âge scolaire (TPIes). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023.
Vaccin antipaludique (RTSS)	Réduction de 75 % du nombre de cas cliniques lorsqu'il est administré de façon saisonnière Réduction de 22 % des cas de paludisme grave nécessitant une hospitalisation	Réduction de 13 % de la mortalité toutes causes confondues	Enfants de moins de cinq ans	9,3 par dose	Rapidité et nombre de doses administrées	Guide pour l'introduction du vaccin contre le paludisme dans les programmes nationaux de vaccination de l'OMS https://www.technet-21.org/en/resources/guidance/guide-for-introducing-a-malaria-vaccine-into-national-immunization-programmes

Intervention	Effet sur la morbidité	Effet sur la mortalité	Population protégée	Coût unitaire (en dollars É.-U.)	Impact supposé	Références bibliographiques
Vaccin antipaludique (R21)	Réduction de 75 % du nombre de cas cliniques lorsqu'il est administré de façon saisonnière	Peut-être similaire au vaccin RTSS	Enfants de moins de cinq ans	3,9 par dose	Rapidité et nombre de doses administrées	Guide pour l'introduction du vaccin contre le paludisme dans les programmes nationaux de vaccination de l'OMS https://www.technet-21.org/en/resources/guidance/guide-for-introducing-a-malaria-vaccine-into-national-immunization-programmes
Traitement du paludisme simple	Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) utilisées pour le traitement peuvent réduire la transmission du paludisme et la morbidité globale	> 95 %	Toute la population	2,59 par personne (test et traitement)	Rapidité du traitement, efficacité des médicaments, observance par les patients	Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme, 16 octobre 2023. Section 4.2.4. Traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants d'âge scolaire (TPIes). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023.
Traitement du paludisme grave	Incertain	> 95 % (varie)	Toute la population	33,54 par personne (test et traitement)	L'impact sur la mortalité dépend de la rapidité du traitement et de la gravité des complications	Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme, 16 octobre 2023. Section 4.2.4. Traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants d'âge scolaire (TPIes). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023.