



Principes directeurs relatifs
à la hiérarchisation des
interventions de lutte
contre le paludisme dans
les contextes nationaux
aux ressources limitées
en vue d'obtenir un impact
maximal

Deuxième édition



Organisation
mondiale de la Santé

Principes directeurs relatifs
à la hiérarchisation des
interventions de lutte
contre le paludisme dans
les contextes nationaux
aux ressources limitées
en vue d'obtenir un impact
maximal

Deuxième édition



Organisation
mondiale de la Santé

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Principes directeurs relatifs à la hiérarchisation des interventions de lutte contre le paludisme dans les contextes nationaux aux ressources limitées en vue d'obtenir un impact maximal, deuxième édition [Guiding principles for prioritizing malaria interventions in resource-constrained country contexts to achieve maximum impact, second edition]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2026. <https://doi.org/10.2471/B09852>. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://iris.who.int/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et disposition par L'IV Com Sàrl.

Table des matières

Remerciements	iv
Sigles	v
1. Généralités	1
2. Hiérarchisation des interventions	3
3. Processus d'élaboration	8
Références bibliographiques	9
Annexe. Ressources complémentaires	10

Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

La première édition du document a été préparée avec les contributions de Laura Anderson, Andrea Bosman, Beatriz Galatas, Elkhon Gasimov, Seth Irish, Jan Kolaczinski, Daniel Ngamije, Abdisalan Noor, Peter Olumese, Alastair Robb et Maru A. Weldedawit (Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'OMS) ; Mary Hamel (Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS) ; Dorothy Achu (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique) ; Risintha Premaratne (Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est) ; Ghasem Zamani (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale) ; James Kelley (Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental).

L'OMS exprime sa reconnaissance aux personnes ayant procédé à l'examen collégial de ce document, toutes membres du Groupe consultatif sur la politique de lutte contre le paludisme, pour leurs conseils et suggestions : Umberto D'Alessandro (Medical Research Council Unit, Gambie) ; Abdoulaye Djimbde (Université du Mali, Mali) ; Arantxa Roca-Feltrer (MACEPA/PATH, Mozambique) et Dyann Wirth (Harvard T. H. Chan School of Public Health, États-Unis d'Amérique). L'OMS tient également à saluer les commentaires reçus des représentantes et représentants des programmes nationaux de lutte contre le paludisme : Joel Marcelin Ateba (programme national de lutte contre le paludisme, Cameroun) ; Aissata Barry (programme national de lutte contre le paludisme, Burkina Faso) ; Agaba Bosco (programme national de lutte contre le paludisme, Ouganda) ; Busiku Hamainza (programme national de lutte contre le paludisme, Zambie) ; Aimable Mbituyumuremyi (programme national de lutte contre le paludisme, Rwanda) ; Godwin Ntadom (programme national de lutte contre le paludisme, Nigéria) ; Eric Mukomena Sompwe (programme national de lutte contre le paludisme, République démocratique du Congo).

Enfin, l'OMS souhaite remercier les représentantes et représentants des partenaires suivants pour avoir gracieusement fait part de leurs vues sur la portée et le contenu global du document : Joy Phumaphi (Alliance des dirigeants africains contre le paludisme, République-Unie de Tanzanie) ; Bruno Moonen et Philip Welkhoff (Gates Foundation, États-Unis d'Amérique) ; Michael Byrne, Scot Filler, Kate Kolaczinski, Estrella Lasry, Sussann Nasr, Patrick Okello, Roopal Patel, Molly Robertson et Htin Kyaw Thu (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse) ; Michael Adekunle Charles (Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme, Suisse) ; Jennifer Armistead, Jessica Butts, Misun Choi, Catherine Dentinger, Lia Florey, Kevin Griffith, Jimee Hwang, Bryan Kapella, Anne Linn, Ashley Malpass, Andre McKenzie, Matthew Murphy, Laura Steinhart, David Walton, Susan Youll, Sarah Zohdy et Rose Zulliger (Initiative présidentielle pour lutter contre le paludisme, États-Unis d'Amérique).

La deuxième édition du document a été préparée avec les contributions des membres du personnel de l'OMS suivants : Andrea Bosman, Emmanuel Chanda, Tamara Ehler, Seth Irish, Arnaud Le Menach, Daniel Ngamije, Mwalenga Nghipumbwa, Rafiq Okine, Peter Olumese, Maru A. Weldedawit (Département Paludisme et maladies tropicales négligées) ainsi que Dorothy Achu et Ebenezer Sheshi Baba (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique).

L'OMS remercie les représentantes et représentants des programmes nationaux de lutte contre le paludisme pour leurs observations et suggestions : Kibor Keitany (programme national de lutte contre le paludisme, Kenya) ; Nana Yaw Peprah (programme national de lutte contre le paludisme, Ghana) ; Aminu Mahmoud Umar (programme national de lutte contre le paludisme, Nigéria). L'OMS est reconnaissante d'avoir reçu des conseils et suggestions des personnes ayant procédé à l'examen collégial du document, toutes membres du Groupe consultatif sur la politique de lutte contre le paludisme : Evelyn Korkor Ansah (University of Health and Allied Sciences, Ghana) ; David Fidock (Université Columbia, États-Unis d'Amérique) ; Corine Ngufor (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) ; Fredros Okumu (Ifakara Health Institute, République-Unie de Tanzanie) et Arantxa Roca-Feltrer (MACEPA/PATH, Mozambique).

Sigles

CPS	chimioprévention du paludisme saisonnier
MII	moustiquaire imprégnée d'insecticide
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PID	pulvérisation intradomiliaire à effet rémanent (également appelée PIH, pour pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations)
PNLP	programme national de lutte contre le paludisme

1 Généralités

Conformément aux objectifs de la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* (1) et à l'objectif de développement durable 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), le Département Paludisme et maladies tropicales négligées de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) continue de promouvoir le principe selon lequel personne ne devrait mourir du paludisme, compte tenu des outils et des systèmes disponibles. À cette fin, les interventions efficaces contre le paludisme doivent être accessibles, acceptables et adaptées aux besoins de toutes les populations, en particulier de celles qui sont mal desservies ou qui font face à des obstacles à l'accès ; en outre, aucun groupe de population ne doit être exclu des services efficaces de prévention, de diagnostic et de traitement.

Compte tenu de la répartition hétérogène de la transmission du paludisme et de ses déterminants, l'adaptation au contexte local fournit un cadre analytique permettant aux pays de déterminer les ensembles d'interventions les plus appropriés en vue d'un impact maximal, tel que défini dans le plan stratégique national (2). Le Département Paludisme et maladies tropicales négligées de l'OMS préconise l'utilisation des données infranationales sur l'épidémiologie de la maladie et les autres facteurs contextuels locaux pertinents pour faciliter le processus d'adaptation au contexte local. Une fois définies les stratégies et les combinaisons d'interventions, les pays peuvent procéder à la hiérarchisation des objectifs, interventions et activités afin de garantir une programmation efficace et un impact optimal pour la réduction de la charge du paludisme.

Le processus de hiérarchisation consiste à classer les objectifs, interventions et activités selon des critères tels que l'importance, l'urgence et l'impact. Dans le contexte du paludisme, il convient de tenir compte des différents facteurs locaux, y compris des conditions épidémiologiques et écologiques et des interventions déjà en place, lors du classement de chaque intervention et des combinaisons d'interventions en vue d'un impact maximal. Ce processus exige de faire des choix difficiles pour réduire les effets négatifs de la suspension de certaines interventions proposées et incluses dans le plan stratégique national. Le processus de hiérarchisation est distinct du processus d'optimisation, lequel consiste à

allouer de manière optimale des ressources humaines, matérielles et financières pour atteindre des objectifs dans le cadre de contraintes financières définies. Dans le contexte du paludisme, l'optimisation est réalisée lors de la planification opérationnelle de façon à utiliser de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible les ressources ; ce processus peut nécessiter de réduire ou de supprimer les interventions de faible priorité incluses dans le plan stratégique, de réaffecter les interventions en fonction du rapport coût-efficacité et d'éliminer les inefficacités opérationnelles.

La hiérarchisation doit être guidée par les principes fondamentaux de la couverture sanitaire universelle afin de garantir que personne ne meure du paludisme. Ces principes incluent le centrage sur la patiente/le patient, l'autonomisation des communautés, l'autodétermination, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'équité, la qualité, la collaboration intersectorielle, la valeur et la durabilité, la responsabilisation et la transparence. Ils soutiennent une approche fondée sur les droits humains qui favorise la non-discrimination, la prise en compte des questions de genre et une participation significative des communautés. La hiérarchisation des interventions de lutte contre le paludisme doit être alignée sur les processus nationaux plus larges de hiérarchisation des priorités en matière de santé et sur l'élaboration de programmes de prestations de santé, conformément aux principes de soins de santé primaires, d'appropriation par les pays, de rapport coût-efficacité, de protection contre les risques financiers et d'acceptabilité politique (3).

Les décisions de hiérarchisation doivent reposer sur une bonne connaissance de l'intensité de transmission de base (historique) du paludisme et des principaux déterminants de la charge de morbidité actuelle dans une zone donnée, étant donné que la situation actuelle peut refléter l'incidence des interventions déjà déployées. L'ampleur du changement par rapport à la situation de référence (qui est vraisemblablement le résultat des interventions) aidera à déterminer le niveau de risque de résurgence et, par extension, l'incidence potentielle de la décision de retirer les interventions, en particulier dans les zones où la réceptivité et les facteurs environnementaux et socioéconomiques sous-jacents à l'origine du paludisme demeurent les mêmes.

La période de référence est considérée comme la période précédant l'intensification des interventions préventives et l'utilisation à grande échelle des médicaments antipaludiques efficaces.

Les contraintes financières allant croissant, le Département Paludisme et maladies tropicales négligées de l'OMS ainsi que les bureaux régionaux, en consultation avec des responsables de programme national de lutte contre le paludisme et des partenaires techniques, ont publié la première édition du document *Principes directeurs relatifs à la hiérarchisation des interventions de lutte contre le paludisme dans les contextes nationaux aux ressources limitées en vue d'obtenir un impact maximal* en mai 2024.

Les principes directeurs sur la hiérarchisation des interventions de lutte contre le paludisme reposent sur les *Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme* (4), en particulier le diagnostic précoce et le traitement, les interventions de lutte antivectorielle pour un déploiement à grande échelle, les vaccins antipaludiques et la chimioprévention. Ils permettent de hiérarchiser les interventions à fort impact dans les zones de transmission modérée à élevée,¹

dans les situations où les ressources sont limitées. Bien que plusieurs des principes exposés dans ce document puissent également s'appliquer aux zones de transmission faible à très faible, il convient d'élaborer des orientations spécifiques relatives à la hiérarchisation des interventions de lutte contre le paludisme en cas de ressources limitées concernant ces zones, ainsi que les pays proches de l'élimination du paludisme.

Afin d'étayer la base de données des principes directeurs sur la hiérarchisation, en juillet 2024, l'OMS a lancé un projet de collaboration visant à modéliser mathématiquement l'incidence sur la santé et le rapport coût-efficacité de diverses combinaisons d'interventions de lutte contre le paludisme. Les résultats des modèles *malaria simulation* et *OpenMalaria* ont été examinés par l'OMS et des expertes et experts indépendants, y compris des responsables de PNLP, avec les contributions du Groupe consultatif sur la politique de lutte contre le paludisme en avril 2026. Ces discussions constituent la base de cette deuxième édition des *Principes directeurs relatifs à la hiérarchisation des interventions de lutte contre le paludisme dans les contextes nationaux aux ressources limitées en vue d'obtenir un impact maximal*.

¹ Dans le présent document, les définitions suivantes de l'OMS sont utilisées pour les niveaux de transmission du paludisme :

- élevé : >450 cas pour 1000 habitants par an ou taux de prévalence de *Plasmodium falciparum* supérieur à 35 % ;
- modéré : 250 à 450 cas pour 1000 habitants par an ou taux de prévalence de *P. falciparum*/*P. vivax* de 10 à 35 % ;
- faible : 100 à 250 cas pour 1000 habitants par an ou taux de prévalence de *P. falciparum*/*P. vivax* de 1 à 10 % ;
- très faible : <100 cas pour 1000 habitants par an ou taux de prévalence de *P. falciparum*/*P. vivax* inférieur à 1 %.

2 Hiérarchisation des interventions

Ce document d'orientation a été élaboré dans un contexte où les risques de progression du paludisme à l'échelle mondiale et régionale sont croissants (5). Les menaces biologiques demeurent une préoccupation majeure et la résistance aux médicaments antipaludiques apparaît comme l'un des défis les plus pressants et complexes. L'absence de détection et de prise en charge de la propagation de la pharmacorésistance pourrait avoir des conséquences dévastatrices et saper des années de progrès. Parallèlement, des modifications de la constitution génétique des parasites dans certains endroits altèrent la fiabilité des tests de diagnostic rapide et la résistance aux insecticides réduit l'efficacité des outils de lutte antivectorielle de base. Au-delà des déterminants biologiques, les changements climatiques, les conflits et les déplacements de population continuent d'amplifier la transmission du paludisme et de perturber la prestation des services de santé. Les coupes soudaines et drastiques de l'aide extérieure en 2025 ont également aggravé le sous-investissement chronique dans les systèmes de santé de nombreux pays, avec pour conséquence une perturbation majeure des services, des pénuries de médicaments et une augmentation des dépenses à la charge des patients, ce qui accroît le risque de contracter la maladie et d'en décéder.

Cette deuxième édition du document des principes directeurs intègre les résultats de la comparaison des modélisations du paludisme. Selon ces résultats, les coûts et les incidences du paludisme sont extrêmement hétérogènes et le contexte local est important. Par conséquent, dans le contexte de ressources limitées, il n'existe pas une combinaison unique d'interventions prioritaires qui présente un bon rapport coût-efficacité dans toutes les situations. S'il existe de fortes contraintes en matière de ressources, ces résultats confirment que les combinaisons d'interventions doivent être guidées par les priorités programmatiques et la faisabilité opérationnelle, ainsi que par des données factuelles liées à leur rapport coût-efficacité. D'après l'analyse, il convient de procéder à la hiérarchisation sur la base du contexte local. Par ailleurs, l'adaptation au niveau infranational devra constituer le cadre principal pour la prise de décision, à l'échelle nationale, sur les ensembles appropriés d'interventions et l'allocation des ressources pour une zone donnée, en vue de garantir un impact maximal sur la transmission et la charge de morbidité.

En cas de ressources limitées, les principes suivants doivent guider la hiérarchisation des interventions de lutte contre le paludisme :

1 Personne ne devrait mourir d'une maladie curable, quel que soit le contexte de transmission.

L'objectif principal est de prévenir les décès liés au paludisme et d'en réduire le nombre au minimum. Il s'agit pour ce faire de garantir l'accès à un diagnostic précoce et à un traitement efficace pour tous les cas de paludisme, quelle que soit l'intensité de transmission. La fourniture d'un accès rapide au diagnostic et au traitement du paludisme en maintenant les services existants à tous les niveaux du système de prestation des soins de santé, y compris au niveau communautaire, doit constituer une priorité ; cet accès doit être garanti pour toutes et tous en tant que droit fondamental de tout être humain. Il convient d'accorder une attention particulière aux populations à haut risque de mortalité (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes) et à celles confrontées à des obstacles à l'accès, y compris les femmes et les filles, les communautés rurales et éloignées, les personnes migrantes et d'autres groupes mal desservis. Réduire l'accès au diagnostic précoce et au traitement n'est pas une option, quel que soit le niveau de contraintes financières. Il est essentiel de surveiller la résistance aux antipaludiques et les délétions du gène codant pour la protéine riche en histidine 2 (HRP2) afin de pouvoir déployer des traitements diversifiés et des produits de diagnostic plus efficaces pour faire face à la résistance aux médicaments antipaludiques.

2 Les soins de santé primaires sont la pierre angulaire de la prise en charge des cas de paludisme.

L'expansion de la prise en charge des cas de maladies fébriles aiguës au niveau communautaire pour desservir les personnes qui ne le sont pas doit être une priorité dans les zones reculées, quel que soit le contexte de transmission. L'extension des services communautaires dépend du système de soins de santé primaires, du niveau de participation communautaire et du degré d'institutionnalisation des agentes et agents de santé communautaires ;

elle doit garantir des approches tenant compte des normes de genre, du pouvoir de décision et des comportements de recours aux soins. De même, de nouveaux investissements visant à améliorer la prise en charge des cas de paludisme dans le secteur privé doivent s'inscrire dans le cadre de la stratégie nationale de mobilisation du secteur privé (6).

3 La prévention du paludisme pendant la grossesse doit faire partie du domaine de la santé sexuelle et reproductive.

La chimioprévention pour les femmes et les filles enceintes, c'est-à-dire le traitement préventif intermittent, doit être prioritaire dans les services de soins prénatals à l'échelle des établissements de santé, sa réduction n'étant du reste pas envisageable en cas de ressources limitées.

4 Il convient d'encourager les mesures de lutte à grande échelle et abordables contre les vecteurs du paludisme.

- a. Les interventions recommandées pour un déploiement à grande échelle sont les suivantes :
 - i) les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) qui sont préqualifiées par l'OMS et ii) la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations (PID) avec un produit préqualifié par l'OMS (4). La décision de déployer la PID ou les MII doit reposer sur des données contextuelles, telles que la sensibilité aux insecticides, le comportement des vecteurs, l'utilisation de l'intervention, la durabilité des MII, l'efficacité résiduelle des insecticides, l'acceptabilité par la communauté ainsi que le rapport coût-efficacité relatif. L'OMS ne recommande pas de déployer conjointement ces deux interventions. Il est essentiel de surveiller et de maîtriser la résistance aux insecticides pour pouvoir sélectionner des interventions de lutte antivectorielle efficaces.
- b. Pour les pays ou parties de pays où le déploiement de MII est considéré comme l'option appropriée, la priorité est de maintenir la prise en charge des cas et la distribution des moustiquaires. La modélisation semble indiquer, en particulier dans les zones de transmission modérée à élevée du paludisme, que la suppression des MII entraîne de moins bons résultats en matière de santé et, dans certains cas, pourrait augmenter les coûts totaux en raison de cas supplémentaires de paludisme à traiter. Dans ces contextes, la seule prise en

charge des cas pourrait être moins efficace et plus coûteuse que le maintien de la combinaison « prise en charge des cas et MII ».

- c. Les décisions relatives au réapprovisionnement de MII dans les zones où les vecteurs sont résistants aux pyréthrinoides doivent reposer sur les principes suivants, conformément aux recommandations des *Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme* (4) :
 - i. Afin de maximiser les effets, les moustiquaires imprégnées de pyréthrinocide chlorfénapyr doivent être privilégiées, suivies – par ordre de préférence – des moustiquaires imprégnées de pyréthrinocide butoxyde de pipéronyle et des moustiquaires imprégnées de pyréthrinocide pyriproxifène. Le déploiement de moustiquaires traitées uniquement par un pyréthrinocide doit idéalement être évité.
 - ii. Lors de l'établissement des priorités, il convient de prendre en compte les ressources disponibles, le statut de résistance des vecteurs du paludisme et le coût des MII, et de surveiller la durabilité des MII aux fins des décisions d'approvisionnement futures. Les déficits de financement qui empêchent d'assurer une couverture efficace par des moustiquaires imprégnées d'insecticide contrôlant les vecteurs résistants aux pyréthrinoides doivent être recensés et ces informations doivent être transmises aux bailleurs de fonds potentiels. La situation doit être réévaluée au fil de l'évolution des lignes directrices de l'OMS concernant les nouveaux types de MII et des prix de celles-ci sur le marché, les prix et la disponibilité ayant une incidence majeure sur la couverture programmatique.
- d. Si les ressources sont limitées, toutes les zones où la transmission actuelle et historique du paludisme est très faible (par exemple, taux de prévalence de *Plasmodium falciparum* inférieur à 1 %) peuvent être exclues des campagnes de distribution de MII. Cela s'applique à la plupart des zones urbaines, où d'autres moyens appropriés de lutte antivectorielle (notamment les traitements larvicides) doivent être envisagés, sur la base de la microstratification, afin de garantir que les populations vulnérables de ces zones ne soient pas exclues de l'accès à la prévention et aux soins appropriés (7).

- e. La capacité et les approvisionnements relatifs à la PID doivent être maintenus dans les pays sujets aux épidémies, dans le cadre de la préparation et de la riposte. Pour les zones où la transmission est stable, les pays doivent examiner attentivement les incidences, en matière de ressources, du maintien de la PID par opposition au passage aux MII. Bien que des analyses de rentabilité supplémentaires soient nécessaires, aux prix actuels, la PID est relativement plus chère que les MII par population à risque protégée. Dans un contexte de ressources limitées, il convient que les pays ne privilégient pas l'introduction ou l'intensification de la PID au détriment d'interventions de lutte antivectorielle plus abordables et appropriées. Si les pays ne sont pas en mesure de maintenir leurs campagnes de PID au bon moment avec une couverture efficace, dans les zones de résistance aux pyrèthroïdes, il peut être judicieux de passer aux MII conformément aux conseils fournis dans le paragraphe 4c et d'investir dans la communication sur les changements sociaux et comportementaux nécessaires pour garantir que les MII sont utilisées efficacement.
- f. Lorsque des changements apportés aux interventions de lutte antivectorielle à grande échelle entraînent une diminution ou une sous-optimisation de la couverture des interventions de PID ou de MII, ou lorsqu'une intervention de lutte antivectorielle telle que la PID est retirée, il faut donner la priorité à la mise en place d'une forte capacité de surveillance et de riposte afin d'atténuer une augmentation potentielle du paludisme.

5 Les vaccins antipaludiques constituent une prévention importante chez les jeunes enfants.

L'OMS recommande les vaccins antipaludiques RTS, S/AS01 et R21-Matrix M pour la prévention du paludisme à *P. falciparum* chez les enfants vivant dans des zones d'endémie palustre, en donnant la priorité aux zones de transmission modérée à élevée. Les décisions concernant l'élargissement aux zones à faible transmission doivent être examinées au niveau national, en fonction de la stratégie globale de lutte contre le paludisme, de l'accessibilité financière, du rapport coût-efficacité et des considérations programmatiques, telles que la question de savoir si l'inclusion de ces zones simplifierait la mise en œuvre (8). Au niveau des pays, l'introduction des vaccins est régie par le programme

de vaccination national, en collaboration avec le programme national de lutte contre le paludisme et avec l'appui technique des partenaires ; elle doit être envisagée dans le contexte des plans globaux de lutte contre le paludisme, dans le cadre d'une approche préventive visant à sauver des vies et fondée sur diverses interventions. Il convient également d'intégrer le vaccin antipaludique à la stratégie nationale de vaccination, les décisions étant guidées par des recommandations fondées sur des données probantes et émises par des groupes consultatifs, y compris les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination. L'offre de vaccins antipaludiques est actuellement suffisante pour répondre à la demande ; l'introduction du vaccin doit garantir un accès équitable à l'ensemble des populations, en particulier à celles ayant un accès limité aux services de vaccination systématique ou vivant dans des zones mal desservies. Dans les zones de transmission modérée à élevée, les jeunes enfants sont les plus exposés au risque de paludisme grave et de mortalité. En plus de garantir l'accès à la prise en charge et aux MII, protéger les jeunes enfants grâce à une chimioprévention et une vaccination appropriées constitue une priorité dans différentes régions géographiques et pour différents horizons temporels.

6 Lorsque la transmission est fortement saisonnière, la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) représente une intervention efficace et abordable.

Il n'y a pas de données probantes permettant de savoir quand réduire la CPS, et les pays doivent faire tout leur possible pour maintenir l'intervention. Toutefois, si les ressources nécessaires ne sont pas disponibles, il convient que la diminution d'échelle repose sur le principe du « moindre dommage » : appliquer cette diminution aux zones où l'incidence était la plus faible avant la mise en œuvre de la CPS, tout en réduisant au minimum les répercussions disproportionnées sur les populations à haut risque ou mal desservies. Le déploiement de MII efficaces, l'expansion de la prise en charge des cas et l'amélioration de la surveillance épidémiologique et entomologique ainsi que de la préparation et de la riposte doivent recevoir la priorité dans ces zones. Les nouvelles stratégies de chimioprévention ne doivent être privilégiées par rapport à la prise en charge des cas et à la lutte antivectorielle dans aucune population. L'extension de la CPS à de nouvelles zones géographiques ou à de nouvelles tranches d'âge, le déploiement communautaire du traitement

préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse, la chimioprévention du paludisme pérenne, la chimioprévention du paludisme post-hospitalisation et le traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants d'âge scolaire ne doivent pas être mis en œuvre à grande échelle si les ressources nécessaires pour garantir l'accès à la prise en charge des cas et la couverture de mesures de lutte antivectorielle efficaces sont limitées.

7 L'investissement dans la surveillance du paludisme est essentiel pour assurer une prise de décision efficace.

Un système de surveillance robuste est nécessaire dans tous les contextes de transmission. Ce système peut servir d'outil dynamique pour orienter l'allocation des ressources et la planification des interventions. Les pays peuvent ainsi exploiter les données pour cibler les zones et populations à forte charge, identifier les disparités de charge et inégalités d'accès aux services, anticiper et prévenir les épidémies, soutenir la transition vers l'élimination et réduire le risque de rétablissement de la transmission dans les zones exemptes de paludisme (9). L'efficacité du système de surveillance doit faire l'objet de contrôles réguliers et les plateformes telles que le référentiel national de données sur le paludisme (10) peuvent faciliter la prise de décision, y compris les processus consistant à établir ou à modifier les priorités. Un soutien technique supplémentaire est nécessaire pour aider les programmes nationaux de lutte contre le paludisme à élaborer des plans de transition pour déprioriser des interventions, en particulier lorsque les données sont limitées. Pour les interventions plus récentes, les connaissances opérationnelles, les données et l'expertise sont limitées comparativement aux interventions de longue date. Il est donc nécessaire de prévoir des investissements en matière de collecte de données, de suivi et d'évaluation afin de documenter les coûts et effets réels lors du dépriorisation des interventions. Les investissements visant à améliorer la surveillance épidémiologique, ainsi que la qualité et l'efficacité des interventions, ne doivent pas être réduits dans le cadre de l'établissement des priorités, car ils sont essentiels pour déterminer les efforts nécessaires au moment opportun en vue d'obtenir un impact. Il s'agit notamment de renforcer la collecte, l'analyse et l'utilisation de données ventilées (par exemple, par sexe, âge, zone géographique et facteurs pertinents) afin d'identifier et de traiter les inégalités d'accès et de résultats. Ils incluent également des ressources permettant d'assurer la couverture et les

compétences des agentes et agents de santé afin de fournir des soins de qualité, ainsi que des ressources dédiées à la communication pour le changement de comportement social en vue de sensibiliser le public en matière d'obtention de soins et d'accroître l'acceptation des interventions et le recours à celles-ci. Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme doivent toujours tenir compte de ce qu'il convient de privilégier dans le budget de lutte contre le paludisme afin d'optimiser la mise en œuvre, et garantir ainsi un accès rapide et efficace aux interventions (par exemple, approvisionnement, formation, supervision et surveillance) et aux composantes habilitantes des services de santé qui dépendent du plan national de développement sanitaire (par exemple, les salaires du personnel, la gestion et la distribution des approvisionnements, la mobilisation du secteur privé et l'institutionnalisation des agentes et agents de santé communautaires).

Ces principes directeurs fournissent un cadre pour la prise de décision des pays concernant la combinaison la plus appropriée d'interventions antipaludiques pour des zones géographiques ou des groupes à risque spécifiques, lorsque les ressources sont limitées. Il convient que ce processus soit complété à l'échelle nationale par une analyse d'optimisation budgétaire afin d'estimer l'impact sur la santé des différents scénarios examinés.

L'établissement des priorités est un processus itératif qui doit être révisé en permanence à mesure que les coûts et les possibilités de financement évoluent dans le temps ; à mesure que l'épidémiologie du paludisme évolue sous l'effet de divers facteurs, notamment les catastrophes naturelles et d'origine humaine ; lorsque la surveillance ne montre pas les résultats attendus ; lorsque l'évaluation des résultats du programme révèle un changement des critères nécessaires pour assurer l'efficacité des interventions ; lorsque de nouveaux outils et connaissances deviennent disponibles ; ou lorsque de nouvelles menaces apparaissent. En conséquence, le Département Paludisme et maladies tropicales négligées de l'OMS veillera à ce que ces principes directeurs soient considérés comme un document évolutif, qui tiendra compte à la fois de la disponibilité de nouvelles données afin de combler le fossé entre la modélisation mondiale et les réalités opérationnelles locales, ainsi que des nouvelles recommandations de l'OMS soutenant les programmes de lutte contre le paludisme dans le processus de prise de décision.

La mobilisation de ressources supplémentaires est un effort continu qui doit être poursuivi pendant et après la planification de l'établissement des priorités,

en fonction du plan stratégique national fondé sur des données probantes. Outre la planification des opérations en fonction des ressources existantes ou connues, les programmes nationaux sont encouragés à effectuer des analyses plus approfondies pour identifier les

interventions prioritaires qui pourraient être financées si des ressources supplémentaires devenaient disponibles. Cette planification de scénarios peut ensuite servir de base pour appuyer les efforts de mobilisation de ressources, notamment nationales.

3 Processus d'élaboration

En ce qui concerne la première édition de ce document d'orientation, l'avant-projet a été élaboré par une équipe de base au sein du Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'OMS (désormais intégré au Département Paludisme et maladies tropicales négligées) en réponse à la demande d'orientations exprimée par les responsables de programmes nationaux de lutte contre le paludisme et les partenaires techniques. Il a ensuite été transmis aux hauts responsables du Programme mondial de lutte contre le paludisme et aux conseillères et conseillers régionaux de l'OMS en matière de paludisme afin qu'ils formulent des commentaires. Le projet consolidé a été diffusé auprès de nombreuses parties prenantes externes, y compris les responsables de PNLP de plusieurs pays (Burkina Faso, Cameroun, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda et Zambie), ainsi que de partenaires financiers et techniques (l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme, Gates Foundation, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme et l'Initiative du Président des États-Unis d'Amérique pour lutter contre le paludisme). Les retours des parties prenantes externes ont été utilisés, à la discrétion de l'OMS, pour affiner le projet. Des membres du Groupe consultatif sur la politique de lutte contre le paludisme (MPAG) de l'OMS constitués en sous-comité ont joué le rôle d'examinatrices et examinateurs, et leurs commentaires ont contribué à l'élaboration technique du document. Leurs déclarations d'intérêts en tant que contributrices et contributeurs externes ont été évaluées par l'OMS et aucun conflit n'a été recensé. Le projet final a été présenté pour discussion à la 24e réunion du MPAG en octobre 2023. Sur les conseils du MPAG, le document révisé a été diffusé afin de poursuivre les échanges avec un certain nombre de responsables de PNLP qui avaient reçu un appui technique de l'OMS en matière d'adaptation au niveau infranational aux fins de l'élaboration de leur plan stratégique national de lutte contre le paludisme, ainsi qu'avec les partenaires financiers et techniques. Les commentaires reçus dans le cadre de cette consultation supplémentaire avec les

parties prenantes externes ont été utilisés, à la discrétion de l'OMS, pour contribuer à la version finale rédigée par les contributrices et contributeurs de l'OMS. Le projet mis à jour a été soumis à un examen collégial et présenté pour approbation aux membres du MPAG lors de la 25e réunion du groupe en mars 2024.

Pour consolider la base de données factuelles de la première édition du document d'orientation, en juillet 2024, l'OMS a lancé le projet M3CPI (comparaison multimodèle des interventions hiérarchisées de lutte antipaludique), qui utilise la modélisation mathématique pour identifier les combinaisons d'interventions optimales et le séquençement en fonction du coût et de l'impact. Ce projet a été dirigé par l'équipe de recherche pour la santé de l'OMS, avec la participation du Département Paludisme et maladies tropicales négligées ainsi que du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques. Les travaux de modélisation ont été menés par des équipes de l'Imperial College London (*malaria simulation*) et de l'Institut suisse de santé publique et tropicale (*OpenMalaria*), sous la supervision d'expertes et experts indépendants de l'OMS issus du Comité consultatif sur la vaccination et la recherche sur la mise en œuvre des vaccins, qui s'est réuni à deux reprises en 2025. De plus, l'OMS a organisé trois consultations techniques (16-18 décembre 2024, 3-4 juin 2025 et 9-10 décembre 2025) afin de définir la portée, les calendriers, la méthode d'examen, les résultats préliminaires et les communications externes. Du 23 au 25 mars 2026, l'OMS a convoqué un groupe consultatif ad hoc pour examiner les résultats définitifs et formuler des avis sur la manière dont ces conclusions devraient éclairer les mises à jour du document des principes directeurs. Le rapport de la réunion du groupe consultatif ad hoc a été soumis au Groupe consultatif sur la politique de lutte contre le paludisme réuni du 28 au 30 avril 2026, en vue de recueillir des avis sur les modifications proposées avant le parachèvement du document par le Secrétariat de l'OMS auprès du Département Paludisme et maladies tropicales négligées.

Références bibliographiques²

1. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, édition 2021. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/351114>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Subnational tailoring of malaria strategies and interventions: reference manual. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/383120>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Principles of health benefit packages. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/340723>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. WHO guidelines for malaria, 13 August 2025. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382254>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. World malaria report 2025: addressing the threat of antimalarial drug resistance. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/383951>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Vers une amélioration de la mobilisation du secteur privé dans la prestation de services de santé : analyse des approches en termes de mobilisation du secteur privé en Afrique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/354563>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Global framework for the response to malaria in urban areas. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/363899>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. Malaria vaccines: WHO position paper = Note de synthèse: position de l'OMS à propos des vaccins antipaludiques. Weekly Epidemiological Record = Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2024 ; 99 (19) : 225-47 (<https://iris.who.int/handle/10665/376739>).
9. Malaria surveillance, monitoring and evaluation: a reference manual, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/381864>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Guidance on establishing a national malaria data repository. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/publications/m/item/guidance-on-establishing-a-national-malaria-data-repository>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

² Toutes les références ont été consultées le 20 mai 2026.

Annexe. Ressources complémentaires³

Résistance aux médicaments antipaludiques



Multiple first-line therapies as part of the response to antimalarial drug resistance: an implementation guide

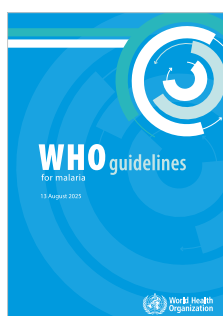
Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379576>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Stratégie de riposte face à la résistance aux antipaludiques en Afrique

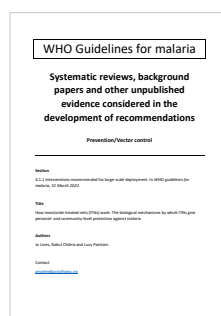
Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/366302>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

MII : appropriation et utilisation pour garantir une protection individuelle et communautaire



Interventions recommended for large-scale deployment: insecticide-treated nets

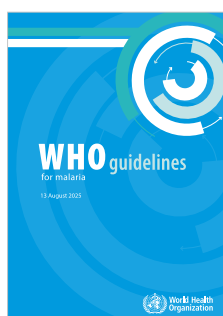
In: WHO guidelines for malaria, 13 August 2025. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382254>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Lines J, Chitnis N, Paintain L.

How insecticide-treated nets (ITNs) work: the biological mechanisms by which ITNs give personal- and community-level protection against malaria, version v1. Zenodo. 2022 (<https://doi.org/10.5281/zenodo.6393253>).

MII: exigences à l'échelle de la population

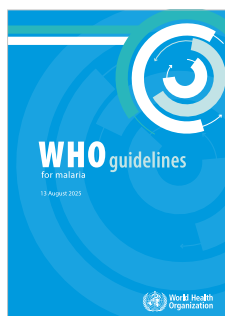


Insecticide-treated nets: practical info

In: WHO guidelines for malaria, 13 August 2025. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382254>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

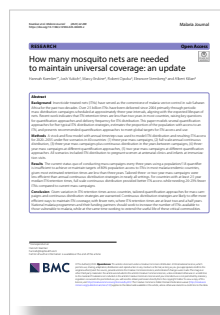
³ Toutes les références ont été consultées le 20 mai 2026.

MII: campagnes et distribution régulière



Insecticide-treated nets: practical info

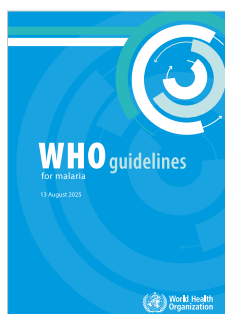
In: WHO guidelines for malaria, 13 August 2025. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382254>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Koenker H, Yukich J, Erskine M, Opoku R, Sternberg E, Kilian A.

How many mosquito nets are needed to maintain universal coverage: an update. Malar J. 2023;22(1):200. (<https://doi.org/10.1186/s12936-023-04609-z>).

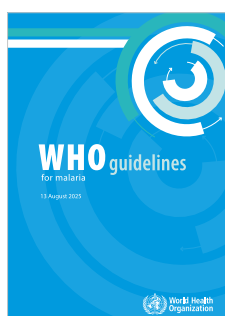
Accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ou à la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations (PID) à des niveaux de couverture optimaux



Co-deploying ITNs and IRS: practical info

In: WHO guidelines for malaria, 13 August 2025. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382254>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ne pas réduire les activités de lutte antivectorielle dans les zones où perdure une transmission locale du paludisme

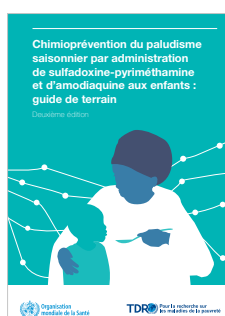


No scale-back in areas with ongoing local malaria transmission: practical info

In: WHO guidelines for malaria, 13 August 2025. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382254>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

SMC distribution strategies

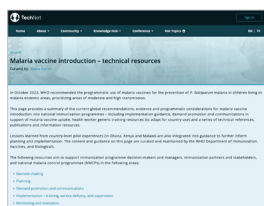
Chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) : stratégies d'administration



Chimioprévention du paludisme saisonnier par administration de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine aux enfants : guide de terrain, 2e ed.

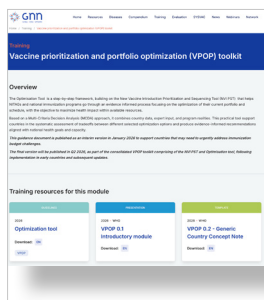
Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/372840>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Mise en œuvre des vaccins antipaludiques



Malaria vaccine introduction – technical resources [website]

TechNet (<https://www.technet-21.org/en/malaria>).



Vaccine prioritization and portfolio optimization (VPOP) toolkit [online training]

NITAG Resource Center (<https://www.nitag-resource.org/training/building-and-strengthening-technical-competencies/vaccine-prioritization-and-portfolio>).

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département paludisme et maladies tropicales négligées

Organisation mondiale de la Santé

20 avenue Appia

1211 Genève 27

Suisse

<https://www.who.int/teams/global-malaria-programme>

<https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/overview>