Organisation Ouest Africaine de la Santé
West African Health Organisation — Institution spécialisée de la CEDEAO

DEUXIÈME SEMESTRE 2025

Bulletin d'Information sur la Santé dans l'espace CEDEAO



Semestre 2 · 2025 **Novembre, 2025**

TABLE DES MATIÈRES

Résumé Exécutif p. 3

Sigles et abréviations p. 4

1 Introduction p. 4

2 Matériels et méthodes p. 5

3 Situation épidémiologique (2020–2023) p. 6

3.1 Situation épidémiologique des pays de la CEDEAO p. 6

3.2 Évolution de la charge du paludisme depuis 2000 p. 9

3.3 Changements climatiques et dynamique du paludisme en Afrique de l'Ouest p. 10

4 Interventions de lutte contre le paludisme en 2025 p. 12

4.1 Campagnes planifiées p. 12

4.2 Vaccination p. 14

5 Conclusion p. 15

ÉQUIPE ÉDITORIALE

Serge M.A. SOMDA
Consultant, Expert en Information Sanitaire

Alpha B. SY SAVANE
Consultant, Expert en Informatique Sanitaire (WAHIT)

Damola C. OLAJIDE
Chargé de Programme, Bases de Données

Tome CA
Chargé de Programme Principal
Systèmes d'Informations Sanitaires

EDITEUR EN CHEF

Dr Melchior Athanase Joël Codjovi AÏSSI,
Directeur Général.

RELECTEURS / RÉVISION

Ali SANI
Directeur, Département de la Planification et de l'Information Sanitaire

Yves Medessi Armand MONGBO
Chargé de Programme Santé de la Mère, de l'Enfant, de l'Adolescent et des Personnes Âgées

Tete S. AMOUH
Coordonnateur Régional, RBM Partnership to End Malaria

Aboubakar ISSA
Chargé de la Planification

Sibraogo Richard GUISSOU
Chargé de Suivi-Évaluation

Thierno Souleymane BARRY
Consultant, Suivi Évaluation

Organisation Ouest Africaine de la Santé · OOAS / WAHO

www.wahooas.org

Résumé Exécutif

Le paludisme demeure une maladie grave touchant massivement presque tous les pays de l'Afrique de l'Ouest. La maladie constitue une des principales causes de morbidité et de mortalité, notamment chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Malgré les efforts déployés, la couverture des interventions préventives et curatives reste limitée.

Dans ce contexte, l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS), en collaboration avec ses partenaires (ALMA, RBM Partnership, PMI, OMS, UNICEF et autres), joue un rôle central dans la coordination régionale de la lutte contre cette maladie. Elle assure la cohérence des politiques et stratégies, mène des actions de plaidoyer politique et apporte des appuis techniques et financiers aux Programmes Nationaux de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

PALUDISME DANS L'ESPACE CEDEAO - CHIFFRES CLÉS 2023

440	124	310 989	280	15
MILLIONS	MILLIONS	DÉCÈS	CAS/1000 HAB	PAYS
Population à risque	Cas estimés de paludisme	Dont 50% enfants <5 ans	Incidence moyenne	de la CEDEAO **1 certifié exempt**

Source: Rapport Mondial sur le Paludisme 2024 (OMS) | Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)

Il importe de signaler que plusieurs pays accusent du retard dans l'atteinte de leurs cibles de couverture et les systèmes de surveillance sont encore limités dans leur capacité à collecter et analyser des données à des niveaux infranationaux ce qui limitent la capacité des pays à anticiper et à répondre efficacement aux flambées saisonnières. L'analyse des ressources humaines souligne également la croissante rôle des agents de santé communautaires dans les stratégies de lutte contre la maladie, malgré la disponibilité et la répartition nettement insuffisantes.

À la lumière des constats, l'OOAS recommande de concentrer les efforts sur quatre axes prioritaires :

1. **INTENSIFIER** les **interventions de prévention** et de **traitement**, en assurant une couverture équitable et ciblée dans toutes les zones à risque.
2. **RENFORCER** les **systèmes de surveillance** aux niveaux communautaire et décentralisé pour une détection rapide et une réponse efficace.
3. **CONSOLIDER** le financement durable en comblant les écarts critiques entre besoins et ressources disponibles, et en optimisant l'allocation.
4. **INVESTIR** dans les agents de santé communautaires en sécurisant leur financement, leur appui logistique et leur intégration.

L'engagement continu des États membres à la mise en œuvre concertée de ces recommandations, sous le leadership de l'OOAS en étroite collaboration avec les partenaires, sera déterminant pour progresser vers l'élimination du paludisme d'ici 2030. Le Cabo Verde a déjà pris une longueur que les autres pays n'ont qu'à suivre.

Ce bulletin propose une analyse consolidée de la situation régionale destinée à éclairer les décisions stratégiques et à encourager une mobilisation renforcée.

Sigles et abréviations

Abréviation	Définition
ALMA	African Leaders Malaria Alliance
AMF	Against Malaria Fondation / Fondation contre le Paludisme
CEDEAO	Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CPS	Chimioprévention Saisonnière
HIHI	High Burden High Impact
MILDA/MII	Moustiquaires Imprégnées à longue durée d'action/Moustiquaires imprégnées d'Insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PID	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PMI	Presidents' Malaria Initiative
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
RBM	Roll Back Malaria
TPI	Traitement Préventif Intermittent
WMR 2024	Rapport Mondial sur le Paludisme, Édition 2024

1 Introduction

Le paludisme demeure l'un des principaux défis sanitaires en Afrique de l'Ouest, affectant de manière disproportionnée les communautés vulnérables, en particulier les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Depuis la mise en place du financement du Fonds Mondial, des réductions significatives des décès liés au paludisme ont été enregistrés. Ces progrès sont le résultat d'interventions ciblées, comme la distribution de moustiquaires, les campagnes de chimioprevention saisonnière (CPS), la chimioprévention du paludisme pérenne (CPP) et le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) pour les enfants et les femmes enceintes, le soutien aux agents de santé communautaire et plus récemment l'introduction des vaccins contre le paludisme dans les Programmes élargis de vaccination des pays. Cependant, ces résultats engrangés sont menacés par le contexte international de réduction des financements dédiés à la santé, la résistance croissante aux médicaments et insecticides, les phénomènes météorologiques extrêmes et les conflits.

Malgré les avancées notables enregistrées au cours des deux dernières décennies, tant en prévention qu'en traitement, la région continue de faire face à une diversité épidémiologique complexe qui nécessite une analyse approfondie et nuancée. En effet, parmi les 11 pays ciblés mondialement par l'initiative HBHI (High Burden to High Impact, soit « Charge Élevée, à Impact Élevé ») de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte contre le paludisme, 5 se trouvent en Afrique de l'Ouest : le Burkina Faso, le Ghana, le Mali, le Niger et le Nigeria.

Les différences marquées dans les modes de transmission, allant des zones sahéliennes caractérisées par une saisonnalité bien définie aux régions forestières côtières où la transmission est pérenne, imposent le recours à des stratégies ciblées et adaptées pour répondre efficacement à la charge (de morbidité et de mortalité) variable du paludisme.

Dans ce contexte, le présent bulletin a pour objectif de fournir des éléments pour une analyse exhaustive de la situation du paludisme au sein des pays de l'Afrique d'Ouest, en mettant en évidence le profil épidémiologique, les progrès accomplis, les défis persistants ainsi que les actions prioritaires à entreprendre pour atteindre les objectifs d'élimination récemment réaffirmés dans le cadre de l'initiative « Big Push ». L'appui sur des données récentes, issues de sources multiples et complémentaires, permet d'offrir une vision globale et claire des dynamiques épidémiologiques et des besoins opérationnels. Ce travail se veut un outil d'aide à la décision, destiné à orienter les politiques nationales et régionales vers l'atteinte des objectifs fixés pour 2030, notamment la réduction significative de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme.

La production de ce bulletin s'inscrit dans les objectifs de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) qui œuvre à assurer une documentation et partage régulière de toutes les informations sur la santé publique dans la région. Le bulletin traduit la volonté de l'OOAS de promouvoir une culture de gouvernance fondée sur les données probantes, en vue d'orienter de manière optimale les ressources limités vers les priorités sanitaires les plus critiques. Ce document se veut également un appel à l'action, incitant les responsables nationaux et régionaux à adopter des approches stratégiques et coordonnées, et soulignant l'urgence d'une prise de décision éclairée. En fin, l'OOAS exprime sa reconnaissance aux pays membres à travers leurs Programmes nationaux de lutte contre le paludisme (PNLP), dont le travail de collecte et d'analyse des données rend possible ce suivi régional.

2 Matériels et méthodes

Ce bulletin repose sur l'analyse de données épidémiologiques et programmatiques collectées auprès de diverses sources reconnues. Les principales données utilisées proviennent des rapports annuels des programmes nationaux de lutte contre le paludisme (PNLP) des pays de la CEDEAO ; des comités nationaux et régionaux des partenaires d'appui (CRSPC) mis en place par RBM Partnership to End Malaria (le Dashboard) ; du Rapport mondial sur le paludisme 2024 de l'OMS, des tableaux de bord interactifs End Malaria Council et World Malaria Dashboard pour les pays de la CEDEAO.

L'analyse a porté sur deux volets principaux :

- **Situation épidémiologique :** estimation du nombre de cas, des décès, des taux d'incidence et de mortalité spécifique, avec une attention particulière aux différences entre pays.
- **Couverture des interventions :** suivi de la mise en œuvre des campagnes de moustiquaires, de la Chimioprophylaxie Préventive Saisonnière (CPS) et de la pulvérisation intra-domiciliaire, ainsi que de l'implication des agents de santé communautaires, l'introduction récente des vaccins, etc.

Les données ont été nettoyées, harmonisées et analysées avec production des tableaux et figures permettant d'illustrer les tendances et les disparités entre les pays. Les résultats sont présentés en suivant la structure standard des bilans de santé régionaux, avec un accent particulier sur les écarts de performance et les implications stratégiques.

3 Situation épidémiologique (2020–2023)

3.1 Situation épidémiologique des pays de la CEDEAO

En 2023, le paludisme représentait l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans l'espace CEDEAO. Dans l'ensemble de la région, plus de 440 millions de personnes sont considérées à risque parmi lesquelles, près de 124 millions de cas ont été enregistrés et plus de 310 000 décès attribués à la maladie. Cela correspond à une incidence moyenne de 280 cas pour 1 000 habitants (avec une variation de 66,4 cas au Sénégal et 363,4 cas au Bénin) et une mortalité spécifique de 71 décès pour 100 000 habitants (variant entre 17 décès au Sénégal et 135 décès au Niger). Ces chiffres traduisent l'importance persistante du paludisme comme problème de santé publique et illustrent les disparités notables entre pays (Table 1).

Le Nigeria concentre à lui seul plus de la moitié des cas et des décès, avec plus de 68 millions de cas et près de 185 000 décès, confirmant sa place centrale dans l'épidémiologie régionale du paludisme. Les pays sahéliens comme le Mali, le Burkina Faso et le Niger enregistrent également des charges particulièrement lourdes. Dans ces pays, l'incidence dépasse 350 cas pour 1 000 habitants à risque et la mortalité atteint des niveaux préoccupants, en particulier au Niger où l'on dénombre plus de 135 décès pour 100 000 habitants. Ces chiffres traduisent une transmission intense et persistante, aggravée par des conditions climatiques et socio-économiques défavorables.

Dans les pays côtiers, la Côte d'Ivoire et le Ghana rapportent respectivement 7,8 et 6,5 millions de cas. Bien que leurs taux de létalité soient relativement plus faibles que dans les pays sahéliens, le fardeau demeure considérable et mobilise des ressources importantes pour les systèmes de santé. Le Bénin, la Guinée, la Sierra Leone, le Togo et le Libéria affichent des charges intermédiaires, souvent comprises entre un et cinq millions de cas. Toutefois, certains de ces pays se caractérisent par des taux de létalité plus élevés que la moyenne régionale, comme le Libéria ou la Guinée-Bissau, ce qui suggère des retards dans le diagnostic et la prise en charge des patients. Pour le Sénégal, les informations disponibles montrent un taux de confirmation des cas relativement faible. En effet, le nombre de cas confirmés représente moins de 12% des cas suspects contre une moyenne régionale de 44%. Enfin, le Cap-Vert se distingue en ne notifiant plus de cas autochtone ni décès liés à la maladie depuis plus de 5 années consécutives, confirmant son statut de pays de l'Afrique d'Ouest à avoir éliminé le paludisme (certifié en janvier 2024 par l'OMS). Cette certification historique résulte de plan stratégique axé sur le diagnostic précoce élargi, le traitement préventif et une surveillance accrue des cas, maintenue même pendant la pandémie de COVID-19.

Dans l'ensemble, l'analyse des données met en évidence une région encore fortement marquée par le poids du paludisme, avec des contrastes importants selon les contextes géographiques, démographiques et sanitaires. Alors que certains pays côtiers et insulaires progressent vers une transmission résiduelle ou nulle, les pays sahéliens et le Nigeria concentrent l'essentiel du fardeau, illustrant la nécessité de stratégies différenciées et adaptées aux réalités locales pour accélérer les progrès vers le contrôle et, à terme, l'élimination du paludisme en Afrique de l'Ouest.

TABLE 1 Charge du paludisme par pays de la CEDEAO en 2023

Pays	Population à Risque	Cas Estimés	Cas confirmés	Décès	Létalité (% confirmés)	Incidence (per 1000h)	Mortalité (per 100 000h)
Benin	14 111 034	5 127 891	1 653 919	9 928	0,60	363,40	70,36
Burkina Faso	23 025 776	8 139 355	9 299 763	16 146	0,17	353,49	70,12
Cabo Verde	135 805	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	31 165 654	7 835 921	6 778 203	10 771	0,16	251,43	34,56
Gambia	2 697 845	236 079	114 869	632	0,55	87,51	23,43
Ghana	33 787 914	6 551 533	2 929 729	11 464	0,39	193,90	33,93
Guinea	14 405 468	4 433 772	2 231 561	10 188	0,46	307,78	70,72
Guinea-Bissau	2 153 339	223 937	105 491	885	0,84	104,00	41,10
Liberia	5 493 031	1 026 103	377 433	3 541	0,94	186,80	64,46
Mali	23 769 127	8 229 337	2 875 640	14 203	0,49	346,22	59,75
Niger	26 159 867	7 982 516	3 824 800	35 381	0,93	305,14	135,25
Nigeria	227 882 945	68 136 453	22 268 235	184 689	0,83	299,00	81,05
Sénégal	18 077 573	1 199 388	140 549	3 070	2,18	66,35	16,98
Sierra Leone	8 460 512	2 479 839	1 728 549	6 635	0,38	293,11	78,42
Togo	9 304 337	2 143 070	1 244 737	3 456	0,28	230,33	37,14
Total	**440 630 227**	**123 745 194**	**55 573 478**	**310 989**	**0,56**	**280,84**	**70,58**

Source : Rapport 2024 sur le paludisme dans le monde (World Malaria Report 2024)

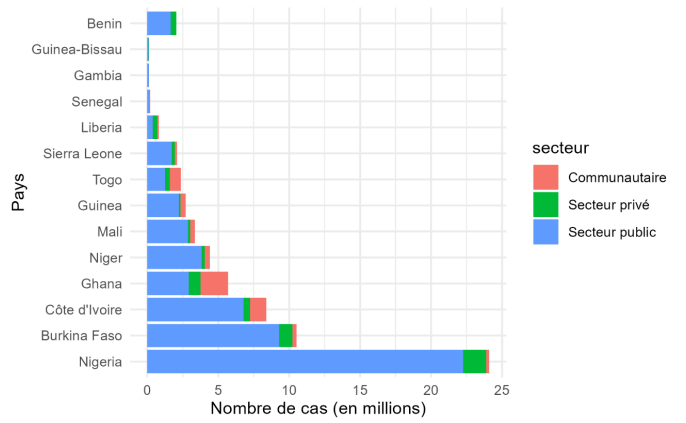

FIGURE 1 Répartition des cas confirmés de paludisme selon le lieu de détection en 2023 (World Malaria Report 2024)

LECTURE — FIGURE 1

La répartition des cas confirmés selon le lieu de prise en charge (Figure 1) montre que le secteur public demeure la principale porte d'entrée des patients dans tous les pays, et particulièrement au Nigeria et au Burkina Faso où le volume est le plus élevé. Toutefois, dans certains contextes, le secteur privé et surtout les structures communautaires contribuent de manière significative à la notification des cas. C'est le cas notamment du Ghana et de la Côte d'Ivoire, où ces deux circuits représentent une part substantielle dans la prise en charge des cas déclarés. Mais dans d'autres pays, comme la Gambie, la Guinée-Bissau ou le Sénégal, la quasi-totalité des cas déclarés provient du système public et communautaire. Mais cela peut témoigner la non-coopération des structures privés avec les systèmes d'information dans les pays. La plupart des structures privées ne reporte pas leurs données de soins ce qui constitue une grande insuffisance des systèmes d'information sanitaire de routine.

LECTURE — FIGURE 2

L'analyse des taux de cas confirmés pour 1 000 habitants (Figure 2) met en lumière d'importantes variations épidémiologiques entre les pays. Le Burkina Faso apparaît comme le pays le plus touché, avec un taux dépassant 400 cas confirmés pour 1 000 habitants, traduisant une transmission hyper-endémique. La Côte d'Ivoire, le Togo et la Sierra Leone suivent avec des taux supérieurs à 250 cas pour 1 000 habitants, confirmant une circulation intense du parasite. La Guinée, le Niger, le Ghana et le Libéria présentent des niveaux intermédiaires, compris entre 150 et 200 cas pour 1 000 habitants, tandis que le Nigeria, malgré son nombre absolu de cas très élevé, affiche un taux relatif plus modéré, inférieur à 150 cas pour 1 000 habitants. Enfin, le Sénégal, la Gambie et la Guinée-Bissau se situent à des niveaux nettement plus bas, avec des taux inférieurs à 50 cas pour 1 000 habitants, témoignant d'une dynamique de transmission résiduelle.

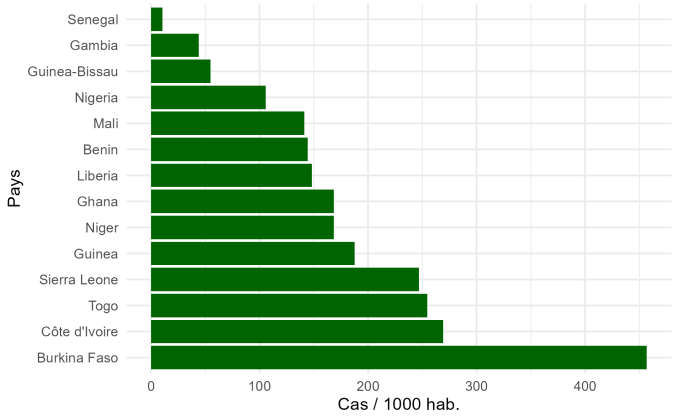

FIGURE 2 Nombre de cas confirmés par 1 000 habitants dans les pays de la CEDEAO en 2023 (World Malaria Report 2024)

Dans l'ensemble, ces résultats traduisent une épidémiologie contrastée : certains pays affichent des niveaux proches de l'élimination, tandis que d'autres continuent d'enregistrer des foyers de transmission extrêmement élevés. Cette diversité appelle à des stratégies différenciées et adaptées aux réalités locales : renforcer la lutte par tous moyens adaptables aux zones sahéliennes et adopter des stratégies de consolidation des acquis dans les pays côtiers et insulaires qui progressent vers l'élimination. D'où, probablement, la pertinence de la stratégie d'établissement des équipes nationales de « la stratification infranationale (SNT) », dirigée par le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) pour permettre le ciblage des zones spécifiques à l'intérieur du même pays.



3.2 Évolution de la charge du paludisme depuis 2000

Les informations présentées ici représentent des estimations de la charge du paludisme depuis 2000. Ces estimations, effectuées par l'OMS sont des corrections des données transmis par les pays, issus de leurs systèmes d'information en prenant en compte les éventuels cas non signalés entres autres.

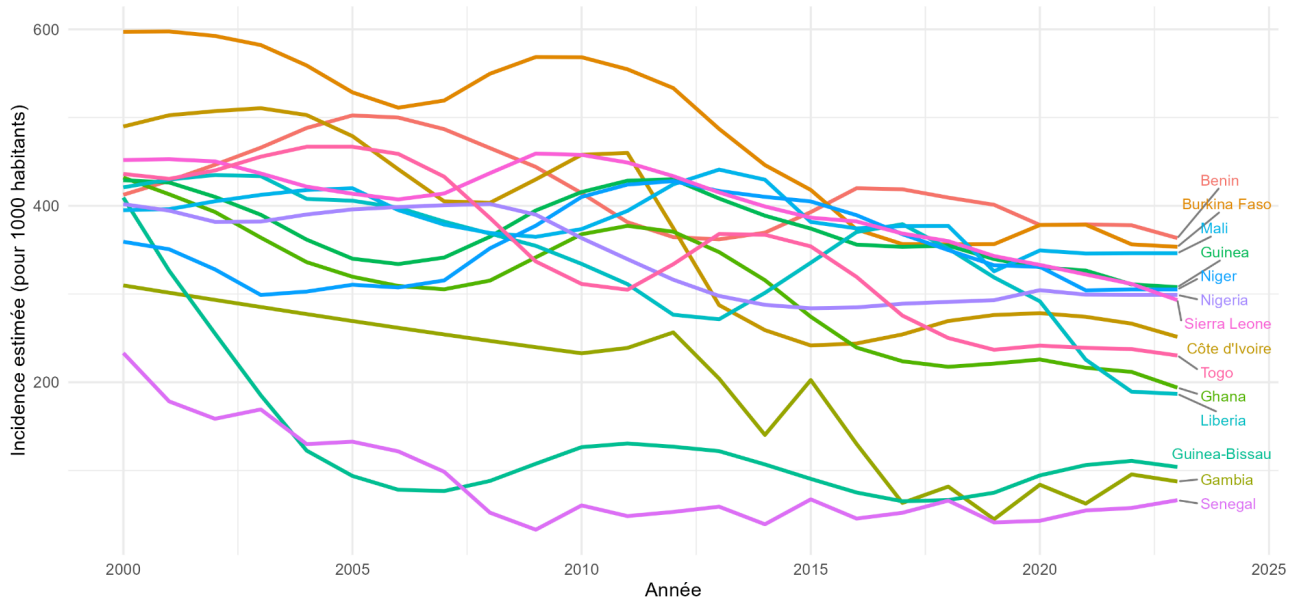

FIGURE 3 Évolution de l'incidence estimée du paludisme par pays de 2000 à 2023 (World Malaria Report 2024)

LECTURE — FIGURE 3

L'évolution de l'incidence estimée du paludisme dans la région CEDEAO entre 2000 et 2023, présentée dans la Figure 3, met en évidence une tendance générale à la baisse, mais avec des intensités variables selon les pays. Le Sénégal et la Gambie se distinguent par une diminution rapide et soutenue de l'incidence dès l'an 2000, atteignant aujourd'hui des niveaux faibles, inférieurs à 100 cas pour 1 000 habitants. À l'opposé, des pays comme le Burkina Faso, le Bénin, le Mali et le Niger maintiennent des niveaux élevés, dépassant régulièrement 300 cas pour 1 000 habitants malgré quelques fluctuations. La Côte d'Ivoire, le Ghana et la Guinée présentent des tendances intermédiaires, avec des baisses notables mais encore loin des niveaux observés dans les pays à plus faible transmission (Sénégal et la Gambie). Le Cap-Vert se singularise par l'absence quasi totale de transmission autochtone et cela a valu au pays d'être certifié par l'OMS au début 2024 comme ayant éliminé la maladie.

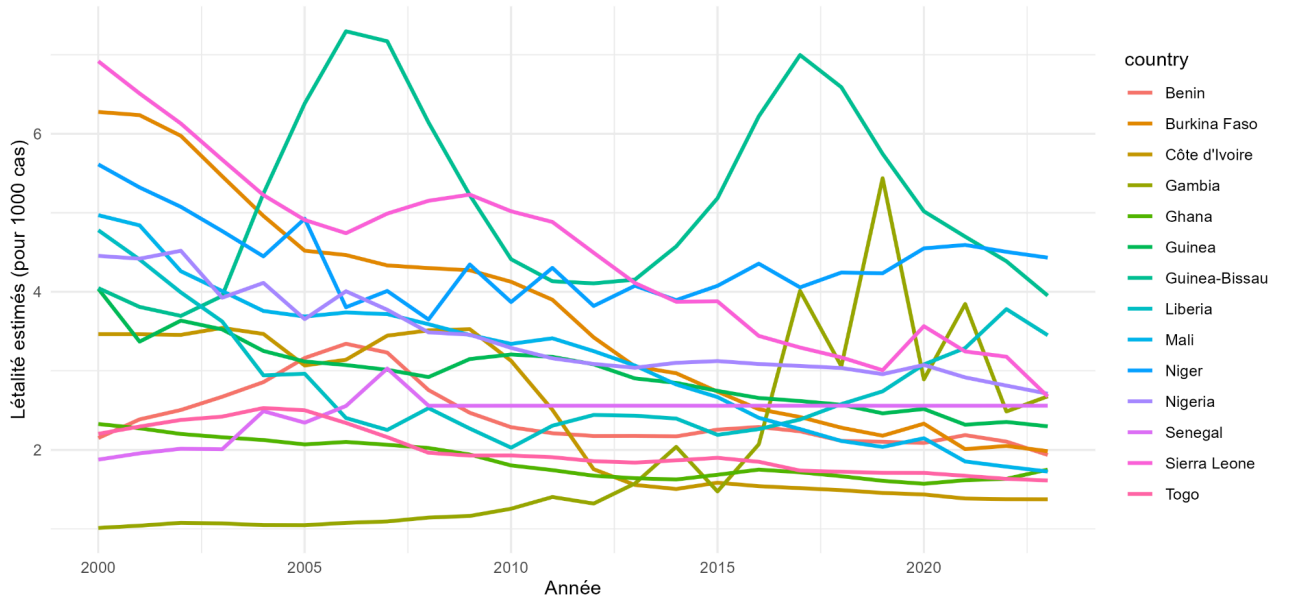

FIGURE 4 Évolution de la létalité estimée du paludisme de 2000 à 2023 (World Malaria Report 2024)

LECTURE — FIGURE 4

L'évolution de la létalité a été représentée dans la Figure 4. Contrairement au Tableau 1 où la létalité a été calculée sur les cas confirmés, les données de la létalité ont été calculées sur les estimations des cas incidents. Les données sur les cas confirmés n'étant disponibles que pour l'année 2023. Concernant la létalité les données indiquent une stabilité relative dans la plupart des pays de la région, avec des valeurs généralement inférieures à 10 décès pour 1 000 cas confirmés. De façon générale, les courbes se maintiennent à des niveaux bas, suggérant que les efforts déployés pour améliorer la prise en charge ont contribué à limiter la létalité, même lorsque l'incidence restait élevée.

Ces tendances temporelles confirment que, si la région a enregistré des progrès tangibles au cours des deux dernières décennies, la charge du paludisme demeure très contrastée. Elles mettent en évidence l'efficacité des interventions dans certains pays et soulignent, à l'inverse, la nécessité de renforcer les stratégies dans les zones sahéliennes où la transmission reste particulièrement intense.

3.3 Changements climatiques et dynamique du paludisme en Afrique de l'Ouest

Les rapports mondiaux sur le paludisme de l'OMS (2024) reconnaissent explicitement les aléas climatiques comme des facteurs émergents influençant la transmission du paludisme à travers l'Afrique. L'Afrique de l'Ouest s'est déjà réchauffée plus rapidement que la moyenne mondiale, avec une augmentation observée de +1 à 3°C depuis les années 1970, accompagnée d'une intensification des vagues de chaleur, de la variabilité des précipitations et des inondations récurrentes — autant de facteurs qui modifient les habitats des moustiques et l'exposition humaine (Africa Climate and Développent Initiative, ACDI 2022).

ZONE SAHÉLIENNE Burkina Faso • Mali • Niger • Nord Nigeria		ZONE CÔTIÈRE Sénégal • Gambie • Guinée-B. • Côte d'Iv. • Ghana
TRANSMISSION SAISONNIÈRE (3-6 mois, saison des pluies)		**TRANSMISSION** PÉRENNE (toute l'année)
INCIDENCE TRÈS ÉLEVÉE (>300-400 cas/1000 hab)	VS	**INCIDENCE** MODÉRÉE à FAIBLE (50-200 cas/1000 hab)
MORTALITÉ ÉLEVÉE (70-135 décès/100 000 hab)		**MORTALITÉ** MODÉRÉE (17-40 décès/100 000 hab)
STRATÉGIE CLÉ CPS (Chimioprévention Saisonnière)		**STRATÉGIE CLÉ** MILDA + PID + Consolidation des acquis
• 5 pays HBHI dans cette zone		• Progression vers l'élimination

L'analyse des tendances des cas de paludisme et des variations de température dans des pays d'Afrique de l'Ouest — Nigeria, Ghana, Mali, Burkina Faso, Niger et Sénégal, notamment ceux situés dans la région sahélienne — révèle des impacts nationaux différenciés. La contribution relative de quatre mécanismes climatiques majeurs est estimée comme suit : prolongation des saisons de transmission (35 %), expansion altitudinale (25 %), modifications du comportement des vecteurs (25 %) et événements météorologiques extrêmes (15 %). Ces facteurs combinés accentuent les pressions liées à l'intensification des moussons, à la hausse des températures et à l'expansion géographique de la transmission vers de nouvelles zones et des populations faiblement immunisées. Ces données soulignent la nécessité urgente de stratégies de lutte antipaludique intégrées et informées par le climat dans la région (Mafwele & Lee, Nature, 2022).

Les modifications du comportement vectoriel compliquent davantage les efforts de lutte. Les différences de tolérance thermique et de préférences écologiques entre les espèces d'Anopheles entraînent des changements dans les schémas saisonniers d'activité, l'expansion géographique, l'abondance accrue, ainsi que des modifications des comportements d'alimentation, certaines espèces présentant désormais une augmentation des piqûres en extérieur par rapport à l'intérieur (Mafwele & Lee, Nature, 2022).

4 Interventions de lutte contre le paludisme en 2025

4.1 Campagnes planifiées

Les principales interventions de lutte antivectorielle mises en œuvre dans les pays de la CEDEAO en 2025 concernent la distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) et la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). A côté de ces interventions de lutte contre la maladie, les pays intensifient leurs efforts pour introduire dans leur Programme Elargi de Vaccination (PEV), le vaccin contre le paludisme. Afin de permettre la comparabilité entre les pays, des indicateurs de suivi ont été identifiés dans chaque pays afin de pouvoir classer le niveau de planification :

S'agissant des campagnes de distribution de MILDA/MII, plusieurs pays comme le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Libéria, le Mali, le Niger et le Togo n'avaient pas de campagnes prévues en 2025 (Figure 5). D'autres pays, tels que la Guinée, le Sénégal, la Gambie et la Sierra Leone, ont programmé ou lancé des distributions, bien que certaines soient encore en cours ou planifiées. Le Nigeria, qui représente la plus grande cible régionale avec plus de 45 millions de moustiquaires attendues, est classé « off track », indiquant des retards préoccupants. Au total, la cible régionale de MII pour l'année s'élève à plus de 73 millions de moustiquaires à distribuer, dont plus de la moitié pour le Nigeria et environ 16,6 millions pour le Burkina Faso (Figure 5).

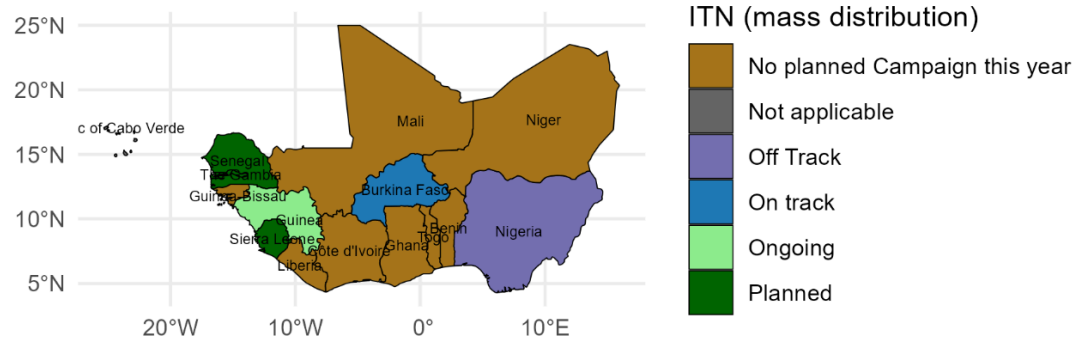

FIGURE 5 Planification des campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) en 2025 (source : endmalaria)

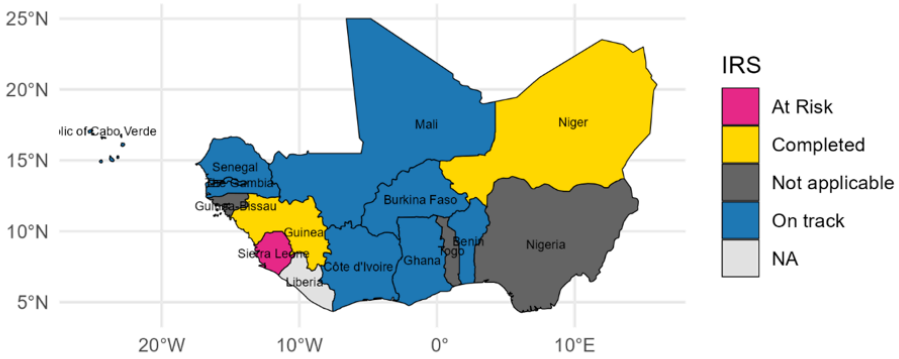

FIGURE 6 Planification des campagnes de pulvérisation intra-domiciliaire (PID) en 2025 (source : endmalaria)

LECTURE — FIGURE 6 · PID

En ce qui concerne la pulvérisation intra-domiciliaire (PID), la majorité des pays affichent un statut « on track » (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal, Gambie) ou « completed » (Guinée, Niger), traduisant un meilleur suivi de cette intervention. Toutefois, certains pays restent « à risque » ou non applicables, ce qui suggère une couverture incomplète ou des zones non concernées par cette approche (Figure 6).

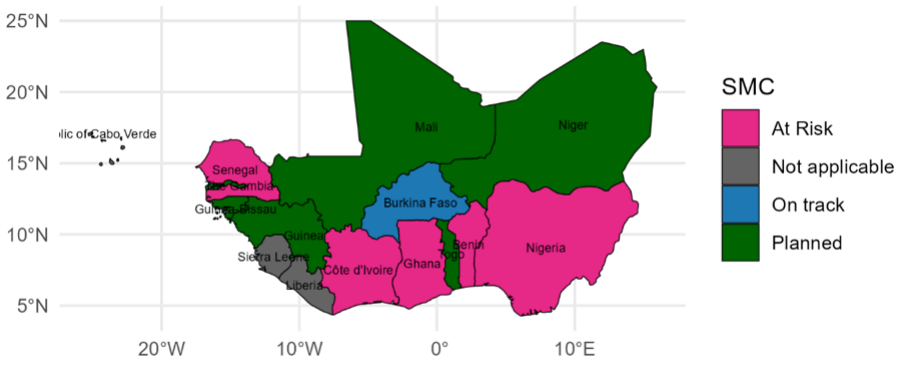

FIGURE 7 L'application de la stratégie des campagnes de CPS en 2025 (source : endmalaria)

LECTURE — FIGURE 7 · CPS

La CPS est largement planifiée et utilisée dans les pays sahéliens où elle constitue une stratégie clé pour la prévention du paludisme. Le Burkina Faso est classé « on track », tandis que d'autres, comme le Nigeria, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Sénégal, sont considérés « at risk » malgré des campagnes prévues ou partiellement mises en œuvre. Certains pays côtiers et insulaires comme le Libéria, la Guinée-Bissau ou le Cap-Vert ne sont pas concernés par cette intervention (Figure 7).

Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence des avancées importantes mais inégales dans la mise en œuvre des interventions de prévention. Si certains pays parviennent à maintenir leurs campagnes « on track », d'autres rencontrent des difficultés logistiques ou financières qui compromettent l'atteinte des objectifs, en particulier pour la distribution de moustiquaires. Ces disparités rappellent l'importance d'un suivi rapproché et d'un appui renforcé afin de garantir une couverture optimale et de consolider les acquis de la lutte contre le paludisme dans la région.

4.2 Vaccination

Depuis 2024, une avancée majeure dans la prévention du paludisme s'est concrétisée dans la région avec le déploiement à grande échelle des vaccins antipaludiques ciblant des millions d'enfants dans plusieurs pays. Les deux vaccins — RTS, et R21 — recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), constituent une percée déterminante pour la santé des enfants et la lutte contre le paludisme. En fin septembre 2025, à l'exception du Sénégal, de la Gambie et de la Guinée-Bissau, tous les pays d'Afrique de l'Ouest ont introduit les vaccins antipaludéens dans leur programme élargi de vaccination. Les 3 pays restants prévoient de lancer leurs campagnes de vaccination ultérieurement. Nous espérons pouvoir partager les données des couvertures vaccinales antipaludéen dans notre prochain bulletin.

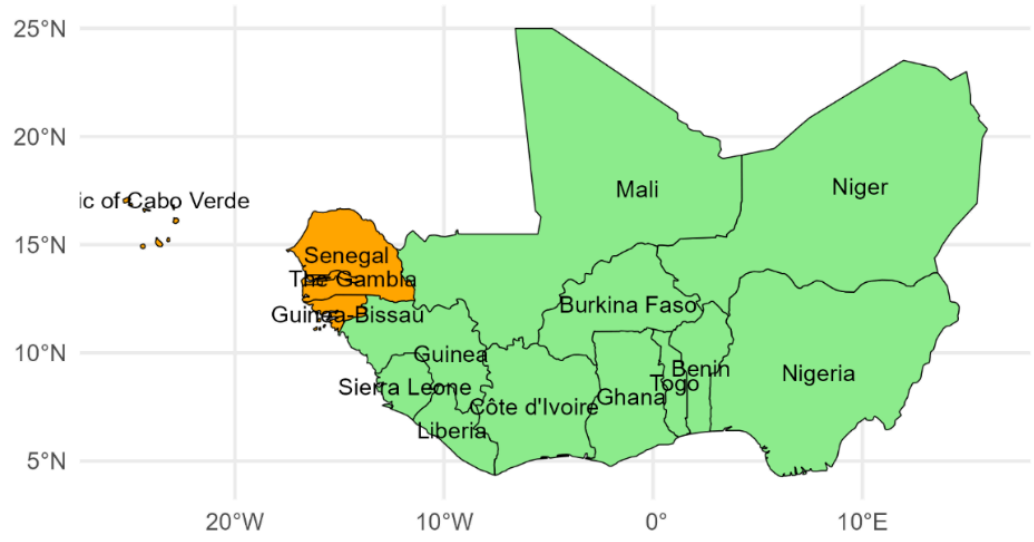

FIGURE 8 Pays ayant déjà lancé leur campagne de vaccination en 2025(Organisation Mondiale de la Santé)

5 Conclusion

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique dans l'espace CEDEAO, avec une charge disproportionnée entre les pays et des disparités marquées en termes d'incidence, de mortalité à l'intérieur des pays. L'examen des données récentes montre que, malgré les efforts déployés dans la lutte contre la maladie, la transmission reste intense et la létalité parfois élevée, en particulier dans les contextes où les systèmes de surveillance et la disponibilité des ressources humaines sont limités.

Sur la base des données analysées, il ressort la nécessité de renforcer et/ou améliorer certaines des réponses comme :



Améliorer la couverture et la complémentarité des interventions de lutte

Les données révèlent des écarts importants dans la mise en œuvre des interventions clés (distribution des MILDA/MII, CPS et PID), certains pays n'ayant pas planifié de campagnes ou n'ayant pas atteint leurs cibles. Il est donc nécessaire de consolider la régularité et la complémentarité de ces interventions, avec une attention particulière aux pays à forte charge (Nigeria, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger)



Renforcer les systèmes de surveillance et l'utilisation des données

Peu de pays disposent d'une surveillance optimale couvrant tous les niveaux (national, régional, district, formation sanitaire et communauté). L'élargissement de la surveillance aux niveaux décentralisés et l'intégration des données communautaires sont essentiels pour mieux cibler les interventions et améliorer la réactivité des programmes



Optimiser la répartition et l'utilisation des financements

Il est fondamental d'avoir un mécanisme régional d'orientation des ressources externes vers les priorités compte tenue des faibles capacités de mobilisation associées à des situations d'instabilités socio-politiques dans certains pays. la situation géopolitique actuelle associée à la diminution des financements externes exige des pays plus de pragmatisme pour assurer une allocation plus équitable, basée sur la charge du paludisme et les besoins réels, permettrait de maximiser l'impact des investissements.



Soutenir le rôle des agents de santé communautaires (ASC)

Les agents de santé communautaire ont un rôle crucial dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme en générale (prévention, dépistage et traitement) mais aussi dans la collecte et le partage de données à partir des communautés qui représente un complément très important pour les SIS de routine. Le renforcement des ASC devrait inclure, entre autres, (1) un recrutement aligné sur la charge du paludisme et les zones prioritaires, (2) un financement et un appui logistique sécurisés et (3) une meilleure intégration dans les systèmes d'information sanitaire nationaux. L'OOAS présente comme priorité, la promotion et soutien à la mise en œuvre du programme de santé communautaire et cela devrait être considéré comme une opportunité pour la lutte contre le paludisme.