

Rapport 2026 sur les résultats : Annexe

Mise à jour le 3 septembre 2026

Le Rapport 2026 sur les résultats du Fonds mondial présente certains des résultats (personnes sous thérapie antirétrovirale, personnes traitées pour la tuberculose, moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées, etc.) enregistrés par les programmes appuyés par le Fonds mondial en 2025.

Le **Tableau 1** compare les résultats agrégés au cours de la période 2021-2025.

Le **Tableau 2** présente les changements absolus et relatifs dans la prestation de services entre 2024 et 2025.

Les pays qui représentent une part importante des augmentations ou des diminutions au niveau du portefeuille au cours de la période 2024-2025 sont énumérés dans le **Tableau 3**.

Le **Tableau 4** décrit qualitativement les facteurs à l'origine des changements notables au cours de la période 2024-2025 dans les pays sélectionnés.

Tableau 1. Sélection de résultats programmatiques au cours de la période 2021-2025 dans les pays où le Fonds mondial investit*

Services		2021	2022	2023	2024	2025
VIH	PERSONNES SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LE VIH	23,2 M (98)	24,5 M (97)	24,9 M (97)	25,6 M (99)	26,9 M (101)
	TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH RÉALISÉS CHEZ LES POPULATIONS CLÉS ET PRIORITAIRES ¹	12,7 M (101)	12,5 M (101)	13,1 M (102)	11,7 M (101)	12,1 M (101)
	FEMMES ENCEINTES VIVANT AVEC LE VIH AYANT REÇU UN TRAITEMENT POUR ÉVITER LA TRANSMISSION DU VIH À LEURS BÉBÉS	667 200 (50)	710 000 (48)	695 200 (48)	647 500 (57)	623 000 (56)
	PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH	12,5 M (102)	15,5 M (101)	17,9 M (102)	12,3 M (100)	10,0 M (101)
	• MEMBRES DES POPULATIONS CLÉS AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	5,8 M (100)	7,3 M (100)	8,0 M (101)	7,7 M (99)	6,2 M (97)
	• JEUNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	6,1 M (20)	7,4 M (22)	8,5 M (22)	3,0 M (18)	2,7 M (18)
	• ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	3,7 M (18)	3,3 M (18)	3,9 M (18)	2,0 M (18)	2,3 M (18)
	PERSONNES AYANT REÇU UNE PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION ANTIRÉTROVIRALE ²	97 300 (25)	177 400 (36)	321 600 (39)	1,4 M (56)	1,1 M (68)

TUBERCULOSE	PERSONNES TRAITÉES POUR LA TUBERCULOSE	5,3 M (92)	6,5 M (88)	7,1 M (85)	7,4 M (88)	7,4 M (88)
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LA TUBERCULOSE SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE PENDANT LEUR TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE	286 900 (75)	344 500 (75)	353 000 (76)	316 700 (76)	302 300 (73)
	PERSONNES SOUS TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE	109 400 (90)	120 500 (86)	123 800 (83)	120 100 (83)	115 500 (83)
	PERSONNES EN CONTACT AVEC DES PATIENTS ATTEINTS DE LA TUBERCULOSE AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF	0,4 M (47)	1,5 M (48)	2,0 M (49)	3,4 M (58)	3,5 M (75)
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE AYANT COMMENCÉ UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE	3,2 M (50)	2,8 M (54)	2,0 M (55)	2,2 M (64)	1,5 M (66)

Paludisme	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES ³	133,3 M (60)	218,1 M (62)	227,2 M (59)	162,5 M (58)	195,7 M (61)
	FEMMES ENCEINTES AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME	11,3 M (29)	14,6 M (30)	15,5 M (30)	17,8 M (30)	19,9 M (30)
	ENFANTS AYANT REÇU UN TRAITEMENT DE CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	34,5 M (10)	37,1 M (10)	44,6 M (12)	50,9 M (12)	52,1 M (15 M)
	CAS SUSPECTÉS DE PALUDISME TESTÉS	284,1 M (67)	323,1 M (67)	337,5 M (65)	359,9 M (65)	366,9 M (66)
	CAS DE PALUDISME TRAITÉS	147,5 M (65)	163,9 M (63)	171,2 M (62)	173,0 M (62)	166,8 M (65)

* Les nombres entre parenthèses représentent le nombre de pays / subventions multipays qui ont contribué aux résultats communiqués. M signifie million.

1. Les populations clés et prioritaires comprennent les personnes qui présentent une vulnérabilité épidémiologique accrue au VIH, à la tuberculose ou au paludisme, et dont l'accès aux services de santé peut être limité en raison d'un ensemble de facteurs biologiques ou socioéconomiques.

2. Les résultats des personnes ayant reçu une prophylaxie préexposition antirétrovirale ne sont pas inclus dans le total des résultats de la prévention.

3. Les campagnes nationales de distribution massive de moustiquaires ont lieu tous les trois ans et ne sont pas réparties uniformément sur l'ensemble du cycle triennal de mise en œuvre, il est donc difficile de comparer les progrès et la réussite des programmes nationaux de lutte contre le paludisme d'une année à l'autre.

Tableau 2. Tendances dans les résultats programmatiques sélectionnés au cours de la période 2024-2025 dans les pays où le Fonds mondial investit

Services		Changement absolu / relatif au cours de la période 2024-2025	Augmentation absolue / relative (nombre de pays affichant une augmentation ou ayant commencé à communiquer leurs résultats) au cours de la période 2024-2025	Diminution absolue / relative (nombre de pays affichant une diminution ou ayant cessé de communiquer leurs résultats) au cours de la période 2024-2025
VIH	PERSONNES SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LE VIH	1,3 M / 5,0 %	1,4 M / 5,6 % (86)	-160 000 / -0,6 % / (15)
	TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS PARMI LES POPULATIONS CLÉS ET PRIORITAIRES	436 000 / 3,7 %	1,86 M / 15,9 % / (58)	-1,424 M / -12,2 % / (46)
	FEMMES ENCEINTES VIVANT AVEC LE VIH AYANT REÇU UN TRAITEMENT POUR ÉVITER LA TRANSMISSION DU VIH À LEURS BÉBÉS	-25 000 / -3,8 %	21 000 / 3,3 % / (29)	-46 000 / -7,1 % / (30)
	PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH	-2,3 M / -18,6 %	1,2 M / 9,9 % (50)	-3,5 M / -28,5 % / (52)
	• MEMBRES DES POPULATIONS CLÉS AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	-1,5 M / -20,0 %	721 000 / 9,4 % / (52)	-2,3 M / -29,4 % / (49)
	• JEUNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	-330 000 / -11,0 %	1,3 M / 42,9 % / (10)	-1,6 M / -53,9 % / (9)
	• ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	333 000 / 16,6 %	1,3 M / 66,7 % (11)	-1,0 M / -50,1 % / (8)
	PERSONNES AYANT REÇU UNE PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION ANTIRÉTROVIRALE	-238 000 / -17,4 %	177 000 / 13,0 % / (45)	-415 000 / -30,4 % / (21)
TUBERCULOSE	PERSONNES TRAITÉES POUR LA TUBERCULOSE	89 000 / 1,2 %	175 000 / 2,4 % / (50)	-86 000 / -1,2 % / (40)
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LA TUBERCULOSE SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE PENDANT LEUR TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE	-14 000 / -4,6 %	11 000 / 3,6 % / (35)	-26 000 / -8,2 % / (40)
	PERSONNES SOUS TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE	- 5 000 / -3,8 %	2 000 / 1,4 % / (32)	-6 000 / -5,2 % / (50)
	PERSONNES EN CONTACT AVEC DES PATIENTS ATTEINTS DE LA TUBERCULOSE AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF	159 000 / 4,7 %	470 000 / 13,9 % / (57)	-311 000 / -9,2 % / (18)
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE AYANT COMMENCÉ UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE	-644 000 / -29,6 %	236 000 / 10,8 % / (36)	-881 000 / -40,4 % / (35)
Paludisme	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES	33,3 M / 20,5 %	129,3 M / 79,6 % / (38)	-96,0 M / -59,1 % / (26)
	FEMMES ENCEINTES AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME	2,1 M / 11,9 %	2,4 M / 13,6 % / (24)	-306 000 / -1,7 % / (6)
	ENFANTS AYANT REÇU UN TRAITEMENT DE CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	1,2 M / 2,3 %	3,4 M / 6,7 % (10)	-2,2 M / -4,4 % (4)
	CAS SUSPECTÉS DE PALUDISME TESTÉS	7,0 M / 1,9 %	29,5 M / 8,2 % / (39)	-22,5 M / -6,3 % / (27)
	CAS DE PALUDISME TRAITÉS	-6,2 M / -3,6 %	8,8 M / 5,1 % / (29)	-15,0 M / -8,7 % / (35)

¹ Remarque : les pays/subventions multipays qui ont cessé de communiquer leurs données pour ce service sont inclus dans la diminution absolue et relative. Seuls les pays qui ont communiqué leurs résultats en 2025 sont inclus dans le nombre total de pays au tableau 1. Les pays qui ont cessé de communiquer leurs résultats en sont exclus.

Tableau 3. Tendances dans les résultats programmatiques sélectionnés des cinq pays ayant le plus d'influence sur les tendances au niveau du portefeuille au cours de la période 2024-2025 dans les pays où le Fonds mondial investit

		Augmentation absolue / relative au cours de la période 2024-2025 (part de l'augmentation du portefeuille, en %) ²	Diminution absolue / relative au cours de la période 2024-2025 (part de la diminution du portefeuille, en %) ²
VIH	PERSONNES SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LE VIH	Afrique du Sud 651 000 / 11,6 % / (45,4 %)	Zambie -39 000 / -2,9 % / (24,2 %)
		Inde 182 000 / 10,2 % / (12,7 %)	République démocratique du Congo -32 000 / -7,4 % / (20,1 %)
		Nigéria 109 000 / 6,7 % / (7,6 %)	Thaïlande -28 000 / -5,6 % / (17,4 %)
		Ouganda 50 000 / 3,4 % / (3,5 %)	Malawi -27 000 / -2,9 % / (16,9 %)
		Mozambique 39 000 / 1,9 % / (2,7 %)	Namibie -12 000 / -5,6 % / (7,4 %)
	TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS PARMI LES POPULATIONS CLÉS ET PRIORITAIRES	Inde 527 000 / 36,4 % / (28,3 %)	Népal -387 000 / -54,1 % / (27,2 %)
		Mozambique 212 000 / 80,9 % / (11,4 %)	Zambie -264 000 / -31,9 % / (18,6 %)
		Kenya 181 000 / 69,5 % / (9,8 %)	Nigéria -176 000 / -17,5 % / (12,4 %)
		Thaïlande 117 000 / 24,9 % / (6,3 %)	Tchad -98 000 / -98,5 % / (6,9 %)
		Indonésie 101 000 / 13,7 % / (5,4 %)	Afrique du Sud -77 000 / -13,5 % / (5,4 %)
	FEMMES ENCEINTES VIVANT AVEC LE VIH AYANT REÇU UN TRAITEMENT POUR ÉVITER LA TRANSMISSION DU VIH À LEURS BÉBÉS	République démocratique du Congo 5 000 / 53,2 % / (22,6 %)	Ouganda -8 000 / -9,9 % / (18,2 %)
		République centrafricaine 4 000 / 88,5 % / (17,7 %)	Inde -8 000 / -100,0 % / (18,0 %)
		Sierra Leone 2 000 / 36,0 % / (8,8 %)	Botswana -8 000 / -100,0 % / (16,4 %)
		Gabon 2 000 / le pays a commencé à communiquer ses résultats / (8,6 %)	Malawi -7 000 / -19,7 % / (16,3 %)
		Nigéria 1 000 / 4,8 % / (5,9 %)	Kenya -6 000 / -13,5 % / (12,8 %)
	PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH	Mozambique 404 000 / 216,4 % / (33,1 %)	Malawi -594 000 / -87,1 % / (16,9 %)
		Tanzanie 126 000 / 328,1 % / (10,3 %)	Népal -488 000 / -54,1 % / (13,9 %)
		Zambie 69 000 / 56,4 % / (5,6 %)	Éthiopie -405 000 / -63,3 % / (11,5 %)
		Pérou 56 000 / 44,8 % / (4,6 %)	Nigéria -305 000 / -20,0 % / (8,7 %)
		Burkina Faso 54 000 / le pays a commencé à communiquer ses résultats / (4,4 %)	Tchad -258 000 / -91,8 % / (7,4 %)
	MEMBRES DES POPULATIONS CLÉS AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	Kenya 64 000 / 46,2 % / (8,8 %)	Nigéria -1,045 M / -77,8 % / (46,1 %)
		Pérou 56 000 / 44,8 % / (7,8 %)	République dominicaine -236 000 / -100,0 % / (15,3 %)
		Mozambique 53 000 / 100,5 % / (7,3 %)	Pakistan -100 000 / -28,3 % / (6,5 %)
		Burkina Faso 46 000 / le pays a commencé à communiquer ses résultats / (6,4 %)	Bangladesh -83 000 / -35,0 % / (5,4 %)
		Zambie 42 000 / 141,9 % / (5,9 %)	Sri Lanka -82 000 / -67,6 % / (5,3 %)
	JEUNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	Nigéria 740 000 / 402,4 % / (57,5 %)	Malawi -622 000 / -92,8 % / (38,5 %)
		Mozambique 352 000 / 261,6 % / (27,3 %)	Kenya -284 000 / -87,9 % / (17,6 %)
		Tanzanie 96 000 / le pays a commencé à communiquer ses résultats / (7,5 %)	Tchad -250 000 / -100,0 % / (15,5 %)
		Ghana 41 000 / 5 500 % / (3,2 %)	Afrique du Sud -127 000 / -19,4 % / (7,8 %)
		Zambie 26 000 / 28,6 % / (2,0 %)	Lesotho -111 000 / -76,3 % / (6,9 %)
VIH	PERSONNES AYANT REÇU UNE PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION ANTIRÉTROVIRALE	Mozambique 20 000 / 7,2 % / (11,4 %)	Nigéria -237 000 / -75,1 % / (57,2 %)
		Sierra Leone 17 000 / 221,1 % / (9,6 %)	Afrique du Sud -60 000 / -60,3 % / (14,4 %)
		Éthiopie 17 000 / 166,5 % / (9,6 %)	Malawi -30 000 / -45,8 % / (7,2 %)
		Ouganda 16 000 / 110,6 % / (9,2 %)	Zimbabwe -27 000 / -59,3 % / (6,4 %)
		Indonésie 14 000 / 46,6 % / (7,7 %)	Philippines -10 000 / -21,6 % / (2,4 %)

² Remarque : l'augmentation du portefeuille inclut les pays ayant commencé à communiquer leurs résultats en 2025, tandis que la diminution du portefeuille inclut les pays ayant communiqué leurs résultats en 2024, mais non en 2025.

Services		Augmentation absolue / relative au cours de la période 2024-2025 (part de l'augmentation du portefeuille, en %)	Diminution absolue / relative au cours de la période 2024- 2025 (part de la diminution du portefeuille, en %)
TUBERCULOSE	PERSONNES TRAITÉES POUR LA TUBERCULOSE	Nigéria 57 000 / 14,1 % / (32,3 %)	Pakistan -14 000 / -2,8 % / (16,4 %)
		Inde 33 000 / 1,3 % / (18,9 %)	Ouzbékistan -14 000 / -100,0 % / (16,2 %)
		Afrique du Sud 16 000 / 8,7 % / (9,2 %)	Thaïlande -7 000 / -8,2 % / (7,6 %)
		Bangladesh 10 000 / 3,0 % / (5,5 %)	Ouganda -6 000 / -7,2 % / (7,4 %)
		Soudan 9 000 / 64,4 % / (5,3 %)	Kenya -5 000 / -5,2 % / (5,9 %)
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LA TUBERCULOSE SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE PENDANT LEUR TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE	Indonésie 2 000 / 21,8 % / (17,0 %)	Inde -9 000 / -100,0 % / (32,9 %)
		Malawi 1 000 / 19,0 % / (13,0 %)	Angola -4 000 / -78,1 % / (13,7 %)
		Sierra Leone 1 000 / 80,3 % / (10,8 %)	Ouganda -3 000 / -11,8 % / (13,0 %)
		Lesotho 1 000 / 48,4 % / (10,3 %)	République démocratique du Congo -2 000 / -19,8 % / (8,5 %)
		Zimbabwe 1 000 / 12,7 % / (9,5 %)	Nigéria -2 000 / -12,9 % / (8,4 %)
	PERSONNES SOUS TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE	Angola 1 000 / 52,1 % / (34,4 %)	Inde -2 000 / -3,6 % / (30,0 %)
		Philippines 0 000 / 2,7 % / (12,6 %)	République démocratique du Congo -1 000 / -34,7 % / (10,4 %)
		Kenya 0 000 / 13,3 % / (6,0 %)	Afrique du Sud -1 000 / -9,2 % / (9,7 %)
		Pakistan 0 000 / 2,2 % / (5,5 %)	Kazakhstan -1 000 / -12,4 % / (8,4 %)
		Soudan du Sud 0 000 / 30,6 % / (5,5 %)	Ukraine 0 000 / -12,5 % / (7,0 %)
	PERSONNES EN CONTACT AVEC DES PATIENTS ATTEINTS DE LA TUBERCULOSE AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF	Indonésie 157 000 / 199,3 % / (33,5 %)	Inde -207 000 / -12,5 % / (66,6 %)
		Nigéria 65 000 / 15,3 % / (13,8 %)	Ouganda -70 000 / -26,2 % / (22,6 %)
		Philippines 41 000 / 45,4 % / (8,7 %)	Tanzanie (République-Unie) -7 000 / -35,2 % / (2,3 %)
		Pakistan 33 000 / 55,6 % / (7,0 %)	République démocratique du Congo -7 000 / -8,7 % / (2,1 %)
		Bangladesh 32 000 / 18,0 % / (6,9 %)	Ghana -5 000 / -12,8 % / (1,5 %)
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE AYANT COMMENCÉ UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE	Nigéria 71 000 / 48,6 % / (29,8 %)	Eswatini -188 000 / -96,5 % / (21,3 %)
		Ghana 36 000 / 260,5 % / (15,2 %)	Rwanda -106 000 / -100 % / (12,0 %)
		Sierra Leone 26 000 / 265,9 % / (10,8 %)	Zambie -102 000 / -43,9 % / (11,5 %)
		Guinée 16 000 / 80,5 % / (6,6 %)	Afrique du Sud -101 000 / -37,4 % / (11,5 %)
		Cameroun 15 000 / 99,2 % / (6,3 %)	Ouganda -71 000 / -68,1 % / (8,1 %)

Services		Augmentation absolue / relative au cours de la période 2024- 2025 (part de l'augmentation du portefeuille, en %)	Diminution absolue / relative au cours de la période 2024- 2025 (part de la diminution du portefeuille, en %)
PALUDISME	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES	Nigéria 24,2 M / 198,6 % / (18,7 %)	Niger -14,9 M / -90,1 % / (15,5 %)
		Burkina Faso 14,9 M / 1097 % / (11,5 %)	Inde -14,7 M / -100,0 % / (15,3 %)
		Soudan 12,8 M / le pays a cessé de communiquer ses résultats / (9,9 %)	Madagascar -14,8 M / -95,8 % / (15,3 %)
		République démocratique du Congo 11,2 M / 128,1 % / (8,7 %)	Côte d'Ivoire -13,7 M / -89,7 % / (14,3 %)
		Cameroun 9,2 M / 1037 % / (7,1 %)	Ghana -8,1 M / -55,9 % / (8,5 %)
	FEMMES ENCEINTES AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME	Nigéria 605 000 / 29,7 % / (25,0 %)	Madagascar -112 000 / -23,9 % / (36,7 %)
		Tanzanie (République-Unie) 266 000 / 13,4 % / (11,0 %)	Angola -102 000 / -51,9 % / (33,5 %)
		Ouganda 237 000 / 19,3 % / (9,8 %)	Burundi -47 000 / -17,0 % / (15,3 %)
		République centrafricaine 190 000 / 102,7 % / (7,9 %)	République démocratique du Congo -27 000 / -0,7 % / (8,8 %)
		Malawi 189 000 / 98,2 % / (7,8 %)	Zimbabwe -9 000 / -9,3 % / (3,0 %)
	ENFANTS AYANT REÇU UN TRAITEMENT DE CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	Tchad 1,3 M / le pays a cessé de communiquer ses résultats / (39,0 %)	Nigéria -2,0 M / -5,8 % / (89,3 %)
		Togo 630 000 / 138,8 % / (18,4 %)	Guinée-Bissau -120 000 / -52,0 % / (5,3 %)
		Niger 438 000 / 9,7 % / (12,8 %)	Ghana -106 000 / -6,9 % / (4,7 %)
		Mozambique 321 000 / le pays a commencé à communiquer ses résultats / (9,4 %)	Mauritanie -14 000 / -18,1 % / (0,6 %)
		Côte d'Ivoire 221 000 / le pays a commencé à communiquer ses résultats / (6,4 %)	
	CAS SUSPECTÉS DE PALUDISME TESTÉS	Nigéria 4,3 M / 12,8 % / (14,5 %)	Malawi -6,1 M / -34,0 % / (27,3 %)
		Soudan 4,0 M / 820,7 % / (13,5 %)	République démocratique du Congo -4,2 M / -9,7 % - 18,8 %
		Indonésie 3,3 M / 58,6 % / (11,3 %)	Burkina Faso -2,7 M / -15,7 % / (12,1 %)
		Zambie 2,9 M / 16,5 % / (9,8 %)	Madagascar -2,7 M / -35,2 % / (11,9 %)
		Éthiopie 2,6 M / 11,0 % / (8,7 %)	Burundi -1,9 M / -18,2 % / (8,4 %)
	CAS DE PALUDISME TRAITÉS	Nigéria 2,2 M / 9,0 % / (25,3 %)	Malawi -4,6 M / -50,2 % / (30,6 %)
		Zambie 1,9 M / 21,1 % / (21,6 %)	Burkina Faso -3,1 M / -30,8 % / (20,9 %)
		Mozambique 1,2 M / 10,4 % / (13,7 %)	Madagascar -1,9 M / -52,9 % / (12,4 %)
		Guinée 690 000 / 35,9 % / (7,9 %)	République démocratique du Congo -1,5 M / -5,7 % / (9,8 %)
		Tchad 659 000 / 44,9 % / (7,5 %)	Burundi -1,1 M / -20,2 % / (7,3 %)

Tableau 4. Observations sur les changements notables au cours de la période 2024-2025 dans des pays sélectionnés où le Fonds mondial investit

Services		Remarques
VIH		Observation générale. Dans l'ensemble, le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement pour le VIH a augmenté, en raison d'une hausse des inscriptions au traitement, d'efforts de rétention accrus et de modèles améliorés de prestation de services dans plusieurs pays à forte charge de morbidité. Les gains les plus importants sont associés aux initiatives d'intensification des traitements et aux approches communautaires. Les diminutions signalées sont principalement associées à des problèmes de qualité des données et de communication de l'information, souvent liées aux coupures du financement international, ou à des révisions des données et à des changements de méthodologie. Observations par pays • Afrique du Sud. L'augmentation est principalement attribuable à la campagne « Closing the HIV Treatment Gap » du gouvernement visant à combler les écarts de traitement du VIH, ainsi qu'à des modèles de prestation de services élargis en 2025. Une amélioration de la communication de l'information de la part du secteur privé a également contribué à l'augmentation. • Inde. Le pays s'est fixé des objectifs plus ambitieux pour 2025, visant à détecter un plus grand nombre de personnes séropositives au VIH qui manquent à l'appel. L'amélioration de la performance de ce service montre clairement que le pays réussit à trouver les cas qui manquent à l'appel. • Nigéria. L'augmentation est attribuable à l'expansion des stratégies de dépistage, à la mise en place d'un traitement le jour même et l'augmentation du nombre de sites de traitement. Toutefois, l'ONUSIDA a revu sensiblement à la baisse le nombre estimé de personnes sous traitement pour le VIH, à la lumière de nouveaux résultats d'enquête qui ne figurent pas dans les chiffres communiqués par le Fonds mondial. • Ouganda. L'augmentation est attribuable à des efforts de rétention, notamment par la mise en œuvre de modèles de prestation directe de services, y compris les approches communautaires. • République démocratique du Congo. La diminution est attribuable à des ruptures de stock de produits de dépistage, ainsi qu'à des problèmes de complétude des données ayant suivi la mise en place d'un nouvel outil de collecte de données. • Malawi. La diminution est attribuable à la correction de surestimations antérieures, révélées par une évaluation de la qualité des données réalisée en 2024. La performance réelle est demeurée stable dans l'ensemble comparativement à l'année précédente. • Namibie. La diminution est attribuable en grande partie au manque de personnel pour le traitement des données dans deux régions, conséquence des coupures du financement international, qui s'est répercuté sur la saisie des données et la communication de l'information. Au total, 55 structures de santé n'étaient toujours pas couvertes en date de décembre 2025.
	PERSONNES SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LE VIH	

TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS PARMI LES POPULATIONS CLÉS ET PRIORITAIRES	Observation générale. Le nombre de tests de dépistage du VIH effectués au sein des populations clés et prioritaires a augmenté en 2025, sous l'effet de l'expansion et de l'intensification des efforts de dépistage de proximité, d'une meilleure couverture du dépistage et du renforcement des services communautaires dans plusieurs pays. Les augmentations les plus importantes ont été observées parmi les adolescentes et adolescents et les jeunes, les personnes incarcérées et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les diminutions signalées sont principalement associées aux coupures du financement international, à des perturbations opérationnelles, à une communication partielle de l'information due à des transitions dans les subventions, ainsi qu'à une capacité réduite de communication de l'information. Observations par pays • Inde. Le dépistage du VIH en milieu carcéral s'est considérablement développé à la suite d'un élargissement de la couverture parmi les personnes incarcérées, de la mise en place du dépistage systématique des nouvelles personnes détenues, d'une meilleure disponibilité des produits et d'une amélioration des systèmes de suivi. • Mozambique. L'augmentation est attribuable à une forte progression du dépistage du VIH chez les adolescentes et adolescents et les jeunes. Une augmentation a également été observée parmi les populations clés et prioritaires. L'augmentation du nombre de tests du VIH parmi les populations prioritaires est attribuable aux campagnes de dépistage menées par le pays avec le soutien du Fonds mondial. • Kenya. L'augmentation est attribuable à l'élargissement des services de dépistage du VIH auprès des populations clés et prioritaires. Le récipiendaire principal a signalé une tendance à la hausse dans toutes les populations clés, les augmentations les plus importantes ayant été observées chez les adolescentes et adolescents et les jeunes. • Thaïlande. Une proportion de 80 % de l'augmentation est attribuable aux personnes incarcérées et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. De plus, le nombre de tests effectués chez les populations migrantes plus que doublé grâce au renforcement des actions de sensibilisation au sein des communautés. • Indonésie. Le dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a augmenté en raison de l'intensification de la sensibilisation, du dépistage communautaire et de l'autodépistage, ainsi que d'une meilleure orientation vers les services. Des progrès ont été signalés pour toutes les autres populations clés, ainsi que les partenaires des personnes vivant avec le VIH. • Nigéria. La diminution globale est attribuable aux coupures du financement international, qui ont eu des répercussions sur la prestation des services et la communication des données. Ces répercussions ont touché les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes qui consomment des drogues, les personnes incarcérées et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. • Tchad. En 2025, seul le diagnostic précoce du nourrisson a été communiqué, tandis qu'en 2024, le dépistage du VIH avait également été communiqué pour les adolescentes et adolescents et les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleuses et travailleurs du sexe.
FEMMES ENCEINTES VIVANT AVEC LE VIH AYANT REÇU UN TRAITEMENT POUR ÉVITER LA TRANSMISSION DU VIH À LEURS BÉBÉS	Observation générale. Dans l'ensemble, le nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu un traitement visant à prévenir la transmission verticale du VIH a légèrement diminué en 2025. Les gains enregistrés dans plusieurs pays sont attribuables à une offre de services élargie, à un renforcement des liens entre les soins prénatals et le traitement pour le VIH, à des données plus complètes et à des améliorations apportées aux systèmes de communication de l'information. Les diminutions signalées sont principalement associées aux coupures du financement international et à une réduction de la couverture des services de soins prénatals, qui ont conduit à des lacunes dans l'offre de traitement du VIH pour les femmes. Observations par pays • République démocratique du Congo. L'augmentation du nombre de femmes enceintes séropositives au VIH sous traitement est attribuable à des corrections apportées au système de communication de l'information et aux outils de gestion des données, qui ont permis de mieux identifier les femmes déjà sous traitement pour le VIH lors de leur rendez-vous en soins prénatals. • République centrafricaine. L'augmentation est attribuable à une augmentation importante du nombre de sites proposant un traitement pour le VIH aux femmes enceintes, à une meilleure exhaustivité des données et à un suivi renforcé des produits. • Sierra Leone. La progression est attribuable à l'expansion du dépistage du VIH chez les femmes enceintes, à la mise sous traitement rapide conformément aux directives nationales révisées, ainsi qu'au renforcement de la formation, de la supervision et du soutien des partenaires.

	• Nigéria. L'augmentation est attribuable au développement des plateformes communautaires et au renforcement des liens entre les soins prénatals et le traitement pour le VIH. • Ouganda. La diminution est associée aux coupures du financement international ; la résiliation des contrats de certains partenaires de mise en œuvre s'est traduite par une diminution de la couverture des services. • Kenya. La diminution est attribuable au faible taux de fréquentation des soins prénatals, aux occasions manquées de dépistage du VIH et à la diminution de la couverture de la thérapie antirétrovirale à l'échelle nationale. • Cameroun. La diminution s'explique principalement par une réduction de l'accès aux soins prénatals et de l'inscription aux services pour les femmes enceintes, plutôt que par des lacunes en matière de traitement. Outre le faible taux de couverture des soins prénatals, la faiblesse de la participation communautaire et des systèmes d'orientation, les disparités régionales, les perturbations des chaînes d'approvisionnement et les lacunes dans la communication des données ont contribué à cette diminution. • Mozambique. La diminution s'explique par un changement dans le nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH plutôt que par une détérioration des services.
PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH	Observation générale. En 2025, des changements dans les modalités de communication de l'information ont contribué à la diminution observée globalement. L'indicateur « Jeunes âgés de 10 à 24 ans bénéficiant d'une éducation sexuelle complète ou de l'enseignement de compétences pratiques » a été supprimé ; six des sept pays ont cessé de communiquer celui-ci en 2025. Par ailleurs, au moins 11 pays ont modifié les définitions des indicateurs de prévention pour les rendre plus restrictives. Les autres diminutions signalées sont principalement associées aux coupures du financement international. Les améliorations signalées par certains pays sont principalement attribuables à l'expansion des programmes de prévention, au renforcement de la sensibilisation communautaire et à une portée géographique accrue. Observations par pays • Mozambique. L'augmentation est principalement attribuable à l'intensification des services pour les adolescentes et jeunes femmes, ainsi que par des progrès importants chez les travailleuses et travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les progrès ont été favorisés par des plans d'accélération, un élargissement des actions de sensibilisation et l'amélioration des mécanismes de suivi. • Tanzanie. L'augmentation est attribuable à la reprise, par l'un des récipiendaires principaux de la subvention, des services de prévention destinés aux travailleuses du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. • Zambie. L'augmentation est attribuable à l'expansion considérable des services destinés aux travailleuses et travailleurs du sexe, aux adolescentes et jeunes femmes, ainsi qu'aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cette amélioration est le résultat du renforcement des réseaux d'éducateurs pairs, de l'élargissement des actions de sensibilisation communautaire, de la cartographie des zones à haut risque et de l'amélioration des modèles de prestation de services. • Pérou. L'augmentation est attribuable à une amélioration observée dans l'ensemble des populations clés et prioritaires. Cette amélioration a été favorisée par le développement des services mobiles de proximité, l'intégration de la PrEP et le ciblage des interventions sur les populations clés. • Ghana. En 2025, la couverture du programme de prévention pour chacune des populations clés a été étendue à 11 régions, et dans un nombre accru de districts. Avec cette expansion géographique, un plus grand nombre de personnes ont pu bénéficier de services de prévention du VIH en 2025. • Malawi. La diminution est attribuable à la suppression de l'indicateur relatif à l'éducation sexuelle complète, qui n'a pas été communiqué en 2025. Il faut noter toutefois que d'autres services de prévention destinés aux populations clés se sont développés en 2025. • Nigéria. La diminution est en grande partie attribuable aux coupures du financement international, qui ont perturbé les services destinés aux populations clés dans les centres de coordination des services communautaires (CSCC) de 33 États. Une augmentation de l'offre de services destinés aux adolescentes et jeunes femmes a partiellement compensé ce recul.

PERSONNES AYANT REÇU
UNE PROPHYLAXIE
PRÉEXPOSITION
ANTIRÉTROVIRALE

Observation générale. La diminution globale du nombre de personnes ayant bénéficié d'une prophylaxie préexposition (PrEP) est attribuable à des diminutions enregistrées au Nigéria principalement associées aux coupures du financement international et à leurs répercussions sur les plateformes de prestation de services. Des diminutions dans d'autres pays sont également liées aux coupures du financement international, ou à d'autres difficultés propres à la PrEP (accès, adoption et rétention). Les progrès les plus importants à l'échelle des pays sont attribuables à l'élargissement des actions de sensibilisation, à la hausse de la demande de PrEP et au renforcement des programmes communautaires de prévention dans plusieurs pays.

Observations par pays

- **Mozambique.** L'augmentation est principalement attribuable à une plus grande adhésion parmi les adolescentes et jeunes femmes, ainsi que parmi d'autres populations clés et prioritaires. Le principal facteur a été une demande de PrEP plus élevée que prévu, résultat de l'intensification des campagnes de dépistage du VIH.
- **Sierra Leone.** L'augmentation est due à la hausse du nombre de mises sous PrEP parmi les populations clés, que l'on attribue aux interventions communautaires menées par des pairs, à l'intégration des services, à la modernisation des centres de consultation, au renforcement des capacités des prestataires et à l'augmentation du nombre de patients se présentant sans rendez-vous.
- **Indonésie.** L'augmentation est principalement attribuable à une prise en charge accrue parmi les travailleuses et travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Elle est le résultat de l'expansion des sites de prestation de services et du renforcement de la sensibilisation à la PrEP au sein des communautés grâce à des activités de proximité.
- **Ouganda.** L'expansion de la PrEP en Ouganda a été favorisée par la formation des agentes et agents de santé, la mise en place de services communautaires, l'implication active des organisations représentant les populations clés, les campagnes de sensibilisation et une mise à jour des recommandations relatives à la PrEP qui ont favorisé l'accès.
- **Nigéria.** La diminution du nombre de personnes sous PrEP est attribuable à des reculs des services pour les travailleuses et travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui consomment des drogues. Ces reculs sont principalement dus à des perturbations de services dans les centres de coordination des services communautaires (CSCC) de 33 États associées à l'impact négatif des coupures du financement international sur les plateformes de prestation de services soutenues par les donateurs.
- **Malawi.** La diminution est principalement attribuable aux coupures du financement international, qui ont perturbé la prestation des services de PrEP durant toute l'année 2025. Les performances ont été marquées par une faible intégration des programmes destinés aux populations clés au sein des structures de santé publiques, en partie en raison d'une stigmatisation persistante et d'une capacité insuffisante des prestataires.
- **Zimbabwe.** La diminution du nombre de personnes sous PrEP est principalement attribuable à d'importants reculs des services pour les travailleuses et travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, principalement dus aux coupures du financement international, qui ont conduit à la suspension de programmes destinés aux populations clés. À la suite de cette perturbation, un nombre important de districts se sont retrouvés sans soutien.
- **Philippines.** La diminution du nombre de personnes sous PrEP est attribuable à une couverture et à une adoption réduites de la PrEP chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le phénomène s'explique par des difficultés propres à la PrEP (sensibilisation, accès et rétention), par des pénuries de personnel affectant les inscriptions au traitement, le suivi et la saisie des données, ainsi que par le passage d'une prise quotidienne de la PrEP à une prise ponctuelle au besoin.

PERSONNES TRAITÉES POUR LA TUBERCULOSE

Observation générale. Globalement, 2025 a été stable comparativement à 2024. Dans de nombreux pays, l'augmentation a été favorisée par l'expansion de la recherche des cas, du diagnostic, de la sensibilisation et de la participation du secteur privé. Dans de nombreux pays, les diminutions sont associées aux coupures du financement international, aux ruptures de stock, aux contraintes liées au matériel et au personnel, et aux changements dans la méthodologie de communication de l'information.

Observations par pays

- **Nigéria.** La forte augmentation est attribuable à des améliorations durables dans la détection des cas. Elle reflète l'expansion continue des services de lutte contre la tuberculose grâce au concours du secteur privé (34 % des notifications) et des orientations par la communauté (40 % des cas).
- **Bangladesh.** La performance est demeurée stable en 2025, avec le maintien de taux de détection des cas constants et des améliorations progressives des systèmes de notification.
- **Soudan.** Le nombre de notifications de cas de tuberculose a augmenté en 2025, après des perturbations des services au début de la guerre (mi-2023). L'augmentation est attribuable à la remise en marche et au renforcement des services de lutte contre la tuberculose, à une communication de l'information plus exhaustive, au déploiement des plateformes de diagnostic GeneXpert et TrueNat, à l'expansion des services mobiles de recherche active de cas, ainsi qu'à la reprise graduelle des services de santé dans le pays vers fin 2024.
- **Pakistan.** La diminution est principalement attribuable à une baisse des performances au Pendjab, la plus grande province du pays, qui enregistre plus de 55 % des notifications de cas de tuberculose dans le pays. La province a mis en place un nouveau modèle de prestation de services en privatisant les unités administratives de base. L'opérationnalisation du nouveau modèle s'est heurtée à certaines difficultés liées à son adoption, qui se sont répercutées sur la recherche des cas de tuberculose.
- **Thaïlande.** La recherche des cas a été faible parmi les populations migrantes, en raison du manque de sensibilité des outils de dépistage, des obstacles juridiques et administratifs à l'accès, du manque de personnel et du conflit frontalier avec le Cambodge, qui a entraîné des retours massifs de personnes migrantes.
- **Ouganda.** Le recul des services est principalement attribuable à la résiliation, pour des raisons budgétaires, des contrats des partenaires de mise en œuvre chargés des campagnes CAST (sensibilisation communautaire, dépistage, tests, prévention et traitement de la tuberculose), des réseaux de transfert d'échantillons et des activités de mentorat dans les structures de santé.
- **Kenya.** La légère diminution est attribuable aux coupures du financement international. Malgré ces impacts, des résultats pérennes ont été obtenus, que l'on attribue à des stocks suffisants de produits contre la tuberculose, à un personnel de la santé compétent et à des stratégies de recherche active de cas nettement renforcées par le déploiement à grande échelle de la radiographie assistée par l'IA et l'intensification des activités de proximité.
- **Philippines.** La diminution est principalement attribuable à des pénuries et à des retards de livraison de médicaments de première intention contre la tuberculose, qui ont entraîné une diminution du nombre de dépistages effectués par le personnel de santé et retardé la mise en place des traitements.

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LA TUBERCULOSE SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE PENDANT LEUR TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE

Observation générale. Dans de nombreux pays, la diminution du nombre de patients séropositifs au VIH et atteints de la tuberculose sous thérapie antirétrovirale pour le VIH s'explique par une baisse du nombre de patients co-infectés détectés plutôt que par une détérioration de la couverture de la thérapie antirétrovirale. Dans d'autres pays, les diminutions sont associées aux coupures du financement international, à des ruptures de stock de produits de diagnostic, à des interruptions des services dues aux conflits, à un manque de coordination et d'orientation entre les programmes Tuberculose et VIH, à des retards dans la mise sous thérapie antirétrovirale, à la migration des patients, aux patients perdus de vue et à des lacunes de documentation. Les progrès affichés par certains pays sont attribuables à une meilleure intégration de la prise en charge de la tuberculose et du VIH, à la mise en place de services à guichet unique tuberculose/VIH, à l'élargissement du dépistage du VIH dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose, à une meilleure orientation vers les services de thérapie antirétrovirale, à un approvisionnement fiable en antirétroviraux, à la formation et à la supervision du personnel, ainsi qu'à une couverture plus étendue des services communautaires ou décentralisés.

Observations par pays

- **Indonésie.** Des améliorations importantes ont été enregistrées entre 2024 et 2025. Le pays pourrait réaliser d'autres progrès en s'attaquant aux retards de la mise sous traitement dans les cliniques, en menant des actions de sensibilisation pour répondre aux préoccupations des patients concernant les effets secondaires liés à

	l'association de médicaments, et en comblant les lacunes en matière d'interopérabilité entre les systèmes d'information sur la tuberculose et le VIH. • Malawi. Les performances se sont améliorées, avec le maintien d'un taux d'adoption du traitement pour le VIH de plus de 99 % parmi les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH. Cette amélioration est attribuable à l'expansion des services, à l'approvisionnement fiable en médicaments curatifs, à la supervision régulière, à l'amélioration des systèmes de suivi et d'évaluation, ainsi qu'à la formation du personnel en matière de collaboration tuberculose/VIH. • Zimbabwe. L'amélioration des performances est principalement attribuable à la mise en œuvre du dépistage intégré du VIH au sein des services de lutte contre la tuberculose. • Ouganda. La qualité des services a diminué en raison de difficultés opérationnelles et d'une baisse du soutien des partenaires à la suite des coupures du financement international, qui ont affecté les services de lutte contre la tuberculose et le VIH au niveau communautaire. • République démocratique du Congo. La diminution du nombre de patients co-infectés ayant commencé une thérapie antirétrovirale est principalement attribuable à des ruptures de stock de matériel de dépistage du VIH dans les structures de santé. • Nigéria. La diminution s'explique par une baisse du nombre de cas de co-infection tuberculose/VIH détectés plutôt que par des lacunes dans la prise en charge. • Kenya. Le nombre de patients atteints d'une co-infection tuberculose/VIH est en baisse depuis l'adoption, en 2015, de la « politique de dépistage et de traitement » par le pays. La diminution par rapport à 2024 reflète cette tendance, ce qui indique que les patients commencent désormais leur traitement contre le VIH assez tôt pour ne pas développer la tuberculose.
PERSONNES SOUS TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE	Observation générale. Dans de nombreux pays, les progrès sont attribuables à l'intensification de la recherche active de cas et des activités de proximité, au recours accru à GeneXpert et à d'autres tests de diagnostic rapide, au renforcement de l'orientation au niveau du secteur privé et des communautés, ainsi qu'à l'expansion géographique des services de lutte contre la tuberculose. Les diminutions signalées sont principalement associées aux coupures du financement international, aux conflits et à l'insécurité, aux ruptures de stock de produits de diagnostic, aux défaillances d'équipements, aux perturbations du personnel ou des systèmes de santé, ainsi qu'à une perte d'accès aux services de dépistage et de notification. Observations par pays • Philippines. Une légère amélioration a été enregistrée, avec un taux élevé de mise sous traitement (95 %). Les principaux obstacles sont les suivants : difficultés d'observance du traitement, gestion des événements indésirables et perte de vue de patients. Une attention particulière aux stratégies de rétention des patients est requise. • Kenya. Une amélioration des performances a été enregistrée, avec le maintien d'un taux de mise sous traitement de 100 % des cas notifiés. Ces solides résultats programmatiques témoignent d'un lien efficace entre les services de diagnostic et les services de traitement. • Soudan du Sud. Un taux de mise sous traitement de 100 % a été maintenu pendant quatre semestres consécutifs. Les principaux facteurs à l'origine de cette solide performance sont la disponibilité des produits de base et le lien étroit entre les services de diagnostic et les services de traitement. • Pakistan. L'augmentation du nombre de patients diagnostiqués ayant commencé un traitement de deuxième intention témoigne d'un renforcement (bien qu'encore insuffisant) des capacités de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante et d'une meilleure orientation vers le traitement après le diagnostic. • République démocratique du Congo. Les coupures du financement international ont entraîné une interruption de l'approvisionnement en cartouches GeneXpert et en médicaments antituberculeux de deuxième intention, ce qui a conduit à une sous-détection des cas de tuberculose pharmacorésistante et à une baisse du nombre de mises sous traitement. Les retards dans la transmission des résultats de laboratoire aux centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose ont également contribué à cette baisse. • Kazakhstan. Le nombre de notifications de cas de tuberculose concorde avec l'incidence estimée, qui est en baisse depuis 2015 grâce aux succès du programme national de lutte contre la tuberculose. • Ukraine. La diminution est proportionnelle à la réduction du nombre de notifications de cas ; elle n'est pas attribuable à une détérioration de l'accès au traitement. Les déplacements massifs de population causés par la guerre ont eu un impact considérable sur la charge de morbidité du pays.

PERSONNES EN
CONTACT AVEC DES
PERSONNES
ATTEINTES DE LA
TUBERCULOSE
AYANT REÇU UN
TRAITEMENT
PRÉVENTIF

Observation générale. La hausse de cet indicateur est principalement attribuable à l'intensification de la recherche des contacts familiaux et de la sensibilisation communautaire, à l'élargissement des critères d'éligibilité, à l'expansion géographique du programme, à l'amélioration de la coordination entre les agentes et agents de santé communautaires et les structures de santé, ainsi qu'à l'utilisation accrue de traitements préventifs de plus courte durée. Les diminutions observées dans certains pays sont principalement associées aux coupures du financement international, à des ruptures de stock de traitements préventifs, à un affaiblissement de la recherche des contacts et des activités communautaires, ainsi qu'à une diminution du nombre de contacts éligibles dans certains contextes.

Observations par pays

- **Indonésie.** La solide performance est attribuable à un programme innovant de dépistage communautaire des contacts familiaux. Ce programme a instauré une recherche intensifiée des contacts, une validation rigoureuse des données, une solide coordination entre les cadres de santé communautaires et les structures de santé, ainsi que des activités ciblées de plaidoyer et d'accompagnement psychologique.
- **Nigéria.** La forte amélioration est attribuable à un recours considérablement accru à des schémas thérapeutiques plus courts, qui a favorisé l'adhésion aux traitements préventifs. En outre, la Semaine nationale du dépistage de la tuberculose et du VIH chez les enfants a contribué à une hausse des inscriptions.
- **Philippines.** La forte amélioration est attribuable au déploiement de bénévoles locaux dans les zones à forte charge de morbidité, au renforcement en ligne des capacités nationales de traitement préventif, à la standardisation de la prestation des services et à la microplanification du traitement préventif au niveau des administrations locales.
- **Pakistan.** L'augmentation est attribuable à l'intensification des efforts de dépistage des contacts, notamment par le biais des campements sanitaires mobiles et d'un recours accru aux services de radiographie, ainsi qu'à la hausse du nombre de mises sous traitement préventif dans les provinces du Pendjab, du Khyber Pakhtunkhwa et du Baloutchistan.
- **Bangladesh.** L'amélioration constante des performances est attribuable à l'expansion réussie de la couverture du traitement préventif de la tuberculose au sein des populations éligibles ; les agentes et agents de santé communautaires ont contribué à l'adhésion à ce traitement. Les performances montrent des progrès constants dans la recherche des contacts et la mise sous traitement préventif.
- **Inde.** En 2024, l'Inde a mené une campagne nationale de recherche de cas de tuberculose qui a permis d'identifier davantage de cas contacts pouvant bénéficier d'un traitement préventif. Le résultat de 2024 est donc élevé par rapport à celui de 2025.
- **Ouganda.** La diminution est attribuable aux coupures du financement international, qui ont entraîné la suspension des campagnes CAST (sensibilisation communautaire, dépistage, tests, prévention et traitement de la tuberculose), ainsi que par des ruptures de stock de médicaments et la perte de ressources humaines dans les districts partenaires.
- **Tanzanie.** La diminution est attribuable à la couverture limitée de la recherche des contacts. Seulement 27,6 % des contacts de patients atteints de tuberculose confirmée bactériologiquement ont fait l'objet d'un dépistage, ce qui signifie qu'une forte proportion des contacts éligibles n'ont pas été testés.
- **République démocratique du Congo.** La diminution est attribuable à la faiblesse des activités communautaires au cours du premier semestre 2025, qui ont été touchées par les coupures du financement international, et au ralentissement de la recherche des contacts dans les provinces qui bénéficiaient auparavant du soutien de partenaires. On a également constaté des ruptures de stock de produits de base en 2025.
- **Ghana.** En 2025, le programme s'est heurté à de nouveaux obstacles en matière de recherche des contacts et d'adhésion, principalement en raison d'une perte d'efficacité de la recherche des contacts familiaux, de difficultés à identifier et à dépister les contacts éligibles, ainsi que de retards dans l'orientation des contacts identifiés vers les services de traitement préventif.

Paludisme	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES	Observation générale. Ce service comprend la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans le cadre de campagnes de masse et de campagnes régulières. Compte tenu de la nature des campagnes de masse, les tendances d'une année à l'autre sont largement déterminées par les variations dans le calendrier de ces campagnes au niveau national. Les fortes augmentations observées entre 2024 et 2025 font généralement suite à une campagne de masse menée en 2025, tandis qu'à l'inverse, les diminutions importantes sont généralement attribuables à une campagne de masse menée en 2024, suivie d'une distribution régulière en 2025. Observations par pays • Nigéria. L'augmentation observée en 2025 est attribuable à des campagnes réalisées dans neuf États, contre quatre seulement en 2024. Cela s'ajoute à la distribution régulière de 3,5 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide à l'échelle nationale. • Burkina Faso. Une campagne de distribution de masse a été effectuée en 2025, alors qu'en 2024, seule une distribution régulière a eu lieu. • République démocratique du Congo. L'augmentation importante du nombre de moustiquaires distribuées en 2025 par rapport à 2024 est principalement attribuable à des retards dans la mise en œuvre de cinq campagnes initialement prévues pour 2024. Dans cinq provinces, la mise en œuvre des campagnes a été ralentie par des retards de remboursement, des retards dans la logistique internationale, des difficultés de coordination et un conflit armé qui a perturbé les transports locaux dans les provinces éloignées. • Cameroun. Une campagne de masse a été lancée en 2025 à l'échelle nationale ; elle a permis d'atteindre les foyers ciblés et d'assurer une large couverture de la population. Cette excellente performance a été rendue possible par une coordination et une collaboration efficaces entre le gouvernement, les partenaires et les parties prenantes régionales. La distribution régulière de moustiquaires imprégnées d'insecticide s'est poursuivie. • Malawi. L'amélioration est attribuable à une campagne de distribution massive et numérisée de moustiquaires imprégnées d'insecticide menée en 2025. L'utilisation de la plateforme numérique a permis un suivi des données en temps réel, une meilleure coordination et une prise de décision éclairée, contribuant ainsi à la mise en œuvre efficace de la campagne. • Niger. Une campagne de distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide a été réalisée en 2024, alors qu'en 2025, seule une distribution régulière a eu lieu. • Madagascar. Une campagne de distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide a été réalisée en 2024, alors qu'en 2025, seule une distribution régulière a eu lieu. Par ailleurs, des retards de livraison ont été constatés au cours du premier semestre, en raison du rationnement. • Côte d'Ivoire. Une campagne de distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide a été réalisée en 2024, alors qu'en 2025, seule une distribution régulière a eu lieu. Certaines difficultés ont été signalées : retards dans la commande des moustiquaires et non-respect des plans de distribution par les magasins centraux de fournitures médicales. • Ghana. Une campagne de distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide a été réalisée en 2024, alors qu'en 2025, seule une distribution régulière a eu lieu.
	FEMMES ENCEINTES AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME	Observation générale. L'augmentation est principalement attribuable à une meilleure disponibilité des médicaments préventifs, à une intégration plus étroite avec les soins prénatals, à des consultations prénatales plus précoces et plus fréquentes dans de nombreux pays, à un renforcement des activités de sensibilisation et de participation communautaire, à un respect accru des protocoles et à des efforts accrus de suivi de la part des prestataires, ainsi qu'à une communication de l'information élargie. Les diminutions dans certains pays sont principalement attribuables à des ruptures de stock de médicaments préventifs, à une faible fréquentation des soins prénatals, au non-respect des protocoles et aux difficultés d'intégrer le traitement préventif dans les services de santé maternelle de routine. Observations par pays • Nigéria. L'augmentation constatée en 2025 est attribuable à une fréquentation accrue des soins prénatals. Toutefois, des difficultés ont été constatées dans l'adhésion au traitement, liées à des problèmes de rupture de stock de médicaments préventifs. • Tanzanie. L'augmentation est attribuable à la disponibilité des médicaments préventifs, aux campagnes de promotion visant à encourager la prise de rendez-vous précoce pour les soins prénatals, au renforcement de la communication des données au niveau des structures de santé et à l'amélioration de la supervision. • Ouganda. L'amélioration des services est attribuable au renforcement des capacités des structures de santé, qui a conduit à de meilleurs résultats thérapeutiques. • République centrafricaine. Les augmentations sont attribuables à une meilleure intégration du traitement préventif du paludisme dans les services de soins prénatals, à une meilleure disponibilité des médicaments utilisés pour ce traitement, à un meilleur respect des protocoles par les prestataires, à la participation communautaire et à la multiplication des points d'accès aux soins prénatals. • Malawi. Une augmentation notable a été enregistrée par rapport à 2024, même si la couverture demeure basse en raison de la faiblesse de la couverture des soins prénatals précoces et de l'adhésion au traitement préventif.

		• Madagascar. Les diminutions sont principalement attribuables au non-respect des protocoles, à des ruptures de stock dans la chaîne d'approvisionnement, à des obstacles géographiques et socioculturels, ainsi qu'à une faible couverture dans les districts éloignés. • Angola. La faible fréquentation des soins prénatals reste un obstacle majeur à l'augmentation de la couverture du traitement préventif du paludisme chez les femmes enceintes. • Burundi. Les diminutions observées dans presque tous les districts sont attribuables à des ruptures de stock de médicaments préventifs, à des problèmes de qualité des médicaments et à des difficultés à intégrer les services de traitement préventif du paludisme dans les services de santé maternelle de routine. La présentation tardive des femmes enceintes aux soins prénatals et l'abandon du programme par une partie d'entre elles ont posé des difficultés supplémentaires. • République démocratique du Congo. La diminution s'explique principalement par la disponibilité limitée des médicaments destinés au traitement préventif au niveau des structures de santé, en particulier dans les zones géographiques touchées par les coupures du financement international, ainsi que par les habitudes courantes en matière de soins prénatals, notamment le recours tardif aux soins. • Zimbabwe. Les performances se sont détériorées en raison de reculs généralisés au niveau des provinces et des districts. La détérioration observée dans plusieurs zones géographiques est associée aux coupures du financement international.
ENFANTS AYANT REÇU UN TRAITEMENT DE CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER		Observation générale. L'augmentation est principalement attribuable au fait que plusieurs pays à fort volume ont commencé à communiquer cet indicateur en 2025. D'autres augmentations au niveau des pays sont le résultat d'une couverture élargie des campagnes et d'une amélioration de la prestation dans un nombre accru de districts et de populations éligibles. Les baisses dans certains pays sont principalement associées à une réduction de la portée des campagnes ou de la tranche d'âge d'éligibilité, ainsi qu'à des contraintes dans la collecte de données. Observations par pays • Togo. Les performances se sont considérablement améliorées avec l'intensification de la chimioprévention du paludisme saisonnier, qui a permis d'atteindre avec succès les enfants ciblés dans les zones de transmission. Cette intensification est principalement attribuable à l'amélioration de la communication de l'information par les structures de santé, à une solide formation du personnel et à la participation de bénévoles de la communauté. • Niger. L'augmentation est attribuable à la mise en œuvre à l'échelle nationale du programme de chimioprévention du paludisme saisonnier, dont la couverture est passée de 67 districts en 2024 aux 72 districts du pays en 2025. Cette expansion, conjuguée à la croissance démographique et à l'amélioration de la qualité des données communiquées, a permis d'augmenter le nombre d'enfants traités. • Ouganda. Les améliorations sont attribuables à la stratégie de distribution porte-à-porte et à une forte mobilisation communautaire, en particulier dans la région du Karamoja. La couverture a été étendue aux enfants dans neuf départements, grâce aux équipes sanitaires villageoises. • Nigéria. Les performances ont été modestes en raison de divergences dans la communication de l'information de la part des États ne bénéficiant pas du soutien du Fonds mondial. En outre, les déplacements de population dans les États frontaliers ou les zones de conflit ont eu une incidence sur les données communiquées. • Guinée-Bissau. La baisse du nombre d'enfants couverts est le résultat de l'exercice de priorisation mené au cours du premier semestre 2025, de la révision de la population cible (désormais limitée aux enfants de moins de 5 ans au lieu de la cible initialement proposée, soit les enfants de moins de 10 ans), et de la priorité accordée aux zones fortement touchées. • Ghana. La légère baisse s'explique en grande partie par les problèmes de sécurité qui ont entravé l'accès à certaines communautés, ainsi que par la période écourtée d'enregistrement des enfants et d'administration des doses pour le premier cycle de chimioprévention du paludisme saisonnier, qui a entraîné une réduction de la taille de la cohorte. Cette réduction s'est traduite par une augmentation de la couverture, qui est passée de 96 % à 99 % en 2025. • Mauritanie. La diminution est attribuable à des problèmes qui ont touché les outils de collecte de données, ainsi que par l'afflux de personnes réfugiées à la frontière avec le Mali.
CAS SUSPECTÉS DE PALUDISME TESTÉS		Observation générale. L'augmentation est principalement attribuable à l'intensification du dépistage dans les secteurs public, privé et communautaire, à une meilleure disponibilité des tests de diagnostic rapide, au renforcement des services de laboratoire, au respect des politiques de « dépistage avant traitement », ainsi que par une couverture plus large de la communication de l'information. Les diminutions dans certains pays sont principalement associées à une baisse du nombre de cas de paludisme. Dans d'autres pays, les ruptures de stock et les perturbations dans l'approvisionnement de matériel de diagnostic, le ralentissement du dépistage communautaire lié aux coupures du financement international, le non-respect des protocoles, ainsi que des lacunes dans la communication de l'information ou la qualité des données ont entraîné une baisse des performances. Observations par pays

	• Nigéria. Le nombre absolu de cas suspectés de paludisme testés, autant dans les structures de santé que dans la communauté, a augmenté entre 2024 et 2025. Il est difficile d'établir si cette tendance signale une augmentation du nombre de cas, un meilleur accès aux soins ou une amélioration de la qualité des soins. • Indonésie. L'amélioration est attribuable à l'augmentation du nombre de cadres réalisant des tests en 2025. On a constaté une amélioration notable des dépistages dans les secteurs public et communautaire. • Zambie. Le pays a connu une augmentation des précipitations à la suite des sécheresses de 2023-2024, ce qui a entraîné une hausse relative de la transmission du paludisme. Par ailleurs, l'amélioration du dépistage a été favorisée par une meilleure disponibilité des tests de diagnostic rapide, le renforcement des services de laboratoire et un meilleur respect de la politique de « dépistage avant traitement » dans les structures de santé. • Malawi. La couverture du dépistage est restée quasi universelle. La diminution du nombre de tests effectués reflète une baisse de la charge de morbidité liée au paludisme plutôt qu'une détérioration des performances du programme. Elle est probablement due en partie à l'impact de la campagne de distribution de masse de moustiquaires de 2025, qui a contribué à réduire la transmission du paludisme et, par conséquent, la demande de tests. • République démocratique du Congo. La couverture du dépistage est demeurée faible dans les structures de santé publiques et dans la communauté. Cette baisse des performances s'explique principalement par des ruptures de stock de tests de diagnostic rapide et des perturbations de la chaîne d'approvisionnement, principalement dans les zones soutenues par des partenaires, ainsi que par des retards dans le transport et la distribution des produits de base. • Burkina Faso. La diminution reflète la baisse de la charge de morbidité du paludisme et du nombre de cas (tendance épidémiologique) ; la couverture des tests parasitologiques reste élevée. • Madagascar. La diminution est attribuable au non-respect des protocoles dans certaines zones géographiques, ainsi qu'à des ruptures de stock, à des problèmes liés à la formation du personnel et à un faible taux de complétude des rapports hospitaliers. Les coupures du financement international ont impacté le dépistage communautaire. Burundi. La diminution est associée au dépistage communautaire, ce qui met en évidence les difficultés persistantes de la couverture des tests de dépistage du paludisme et de la qualité des données au niveau communautaire. En revanche, les tests effectués dans les structures de santé ont continué d'afficher de bonnes performances en 2025.
CAS DE PALUDISME TRAITÉS	Observation générale. La diminution s'explique principalement par deux tendances distinctes. Dans certains pays, la baisse du nombre de cas de paludisme a entraîné une diminution du nombre de cas traités. Dans d'autres pays, le nombre de cas traités a été proportionnellement moins élevé, en raison de ruptures de stock de médicaments antipaludiques, de contraintes liées à la chaîne d'approvisionnement, du non-respect des protocoles, du roulement du personnel, des coupures du financement international et de problèmes de communication de l'information qui ont limité le traitement. Les progrès de certains pays sont attribuables à une meilleure disponibilité des médicaments antipaludiques, au renforcement de la gestion des cas au sein des structures de santé et au niveau communautaire, à une implication accrue des agentes et agents de santé communautaires et à l'amélioration du suivi. Observations par pays • Zambie. Le pays a connu une augmentation des précipitations à la suite des sécheresses de 2023-2024, ce qui a entraîné une hausse relative de la transmission du paludisme. Une nette amélioration a été enregistrée, due à une meilleure disponibilité des médicaments antipaludiques de première intention, au renforcement des capacités de gestion des cas et à une implication accrue des agentes et agents de santé communautaires dans les activités de lutte contre le paludisme. • Nigéria. Le nombre absolu de cas suspectés testés a augmenté en 2025 par rapport à 2024, parallèlement à une hausse du taux de positivité des tests au sein des structures de santé et au niveau communautaire. Cela a entraîné une augmentation du nombre de cas confirmés. • Guinée. Les taux de traitement dans les établissements au niveau public, communautaire et privé ont été élevés. Les soins de proximité, en particulier, se sont améliorés à la suite d'une directive du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique visant à renforcer les effectifs d'agentes et agents de santé communautaires, parallèlement à une amélioration du suivi. • Malawi. La couverture du traitement est restée élevée en 2025. On a relevé toutefois des lacunes, dues à des ruptures de stock de médicaments antipaludiques de première intention dans certains établissements et au fait que les patients se procuraient ces médicaments dans des pharmacies privées. La baisse observée en 2025 s'explique par l'évolution du nombre de cas de paludisme signalés plutôt que par une diminution du taux de couverture du traitement. • Burkina Faso. La diminution est principalement attribuable à une diminution du nombre de cas de paludisme, le taux de couverture du traitement parmi les cas confirmés étant restée à 100 %. Cela témoigne d'une solide gestion des cas, malgré la baisse des valeurs absolues.

	• Madagascar. La diminution enregistrée en 2025 est principalement attribuable au non-respect des protocoles, à des ruptures de stock de fournitures, au roulement du personnel et aux coupures du financement international. • République démocratique du Congo. La légère diminution des cas de paludisme traités est corrélée avec la baisse de capacité de dépistage et des problèmes de disponibilité de médicaments antipaludiques de première intention. Toutefois, le ratio traitement/dépistage demeure élevé, ce qui témoigne d'une gestion des cas efficace lorsque les produits sont disponibles. Burundi. La couverture du traitement est demeurée élevée en 2025, grâce à la disponibilité des médicaments antipaludiques et à des directives sur l'observance du traitement. La diminution s'explique par une baisse des signalements de cas confirmés, tandis que certaines lacunes dans la qualité des données persistent au niveau des districts.
--	--