

Rapport 2025 sur les résultats :

Annexe 1

Mise à jour le 10 septembre 2025

Le Rapport 2025 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 2024. Le Tableau 1 compare les résultats agrégés au cours de la période 2021-2024. Le Tableau 2 présente les changements absolus et relatifs dans la prestation de services entre 2023 et 2024. Les pays qui représentent une part importante des augmentations ou des diminutions au niveau du portefeuille au cours de la période 2023-2024 sont énumérés dans le Tableau 3. Le Tableau 4 décrit qualitativement les facteurs à l'origine des changements notables au cours de la période 2023-2024 dans les pays sélectionnés.

Il est à noter que certains des résultats historiques peuvent différer de ceux contenus dans les précédents Rapports sur les résultats publiés, en raison de corrections et de mises à jour rétroactives. Pour accéder aux résultats les plus récents par pays et par service, veuillez consulter <https://data.theglobalfund.org/results>.

Tableau 1 : Sélection de résultats programmatiques au cours de la période 2021-2024 dans les pays où le Fonds mondial investit*

Services		2021	2022	2023	2024
VIH	PERSONNES SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LE VIH	23,2 M (98)	24,5 M (97)	24,9 M (97)	25,6 M (99)
	TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS	70,8 M (103)	53,4 M (102)	53,9 M (103)	46,6 M (96)
	• TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS PARMI LES POPULATIONS CLÉS ET PRIORITAIRES ¹	12,7 M (101)	12,5 M (101)	13,1 M (102)	11,7 M (101)
	MÈRES 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)
	CIRCONCISIONS MASCULINES MÉDICALES VOLONTAIRES POUR LA PRÉVENTION DU VIH	1,1 M (8)	0,9 M (7)	1,0 M (6)	0,8 M (6)
	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)
	• MEMBRES DES POPULATIONS CLÉS AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH ²	5,8 M (100)	7,3 M (100)	8,0 M (101)	7,7 M (99)
	• 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)
	• 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)
	• JEUNES ÂGÉS DE 10 À 24 ANS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN ENSEIGNEMENT DES CONNAISSANCES ÉLÉMENTAIRES EN MATIÈRE DE VIH	2,4 M (9)	4,0 M (13)	4,5 M (14)	0,8 M (7)
Tuberculose	PERSONNES AYANT REÇU UNE PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION ANTIRÉTROVIRALE ³	97 300 (25)	177 400 (36)	321 600 (39)	1,4 M (56)
	PERSONNES TRAITÉES POUR LA TUBERCULOSE	5,3 M (92)	6,5 M (88)	7,1 M (85)	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)
	PERSONNES SOUS TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE	109 400 (90)	120 500 (86)	123 800 (83)	120 100 (83)
	PERSONNES EN CONTACT AVEC DES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF	0,4 M (47)	1,5 M (48)	2,0 M (49)	3,4 M (58)
Paludisme	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)
	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES ⁴	133,3 M (60)	218,1 M (62)	227,2 M (59)	162,5 M (58)
	STRUCTURES TRAITÉES PAR PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE D'INSECTICIDE À EFFET RÉMANENT ⁵	9,6 M (22)	9,8 M (22)	8,7 M (19)	1,0 M (4)
	POPULATION COUVERTE PAR LA PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE D'INSECTICIDE À EFFET RÉMANENT	19,3 M (11)	20,8 M (10)	17,8 M (9)	27,2 M (14)
	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)
	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)
	CAS SUSPECTÉS DE PALUDISME TESTÉS	284,1 M (67)	323,1 M (67)	337,5 M (65)	359,9 M (65)
	CAS DE PALUDISME TRAITÉS	147,5 M (65)	163,9 M (63)	171,2 M (62)	173,0 M (62)

* 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 nourrissons, les adolescentes et les jeunes femmes, les adolescents et les jeunes hommes, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les personnes consommant des drogues injectables, les personnes incarcérées et les autres populations vulnérables.

2. En raison des limites de la collecte de données et de la conception des indicateurs, les résultats en matière de prévention dans certains pays peuvent correspondre à des situations où une personne a bénéficié de divers services et non au nombre de personnes uniques desservies ; par conséquent, le nombre de personnes uniques desservies peut être inférieur aux résultats totaux.

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

4. 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.

5. Les résultats programmatiques de 2024 sont, pour certains services, inférieurs à ceux de 2023. Cela s'explique en partie par la transition du cycle de subvention 6 au cycle de subvention 7, qui s'accompagne de certains changements, comme l'abandon ou l'introduction d'indicateurs, des réorientations stratégiques de programmes (p. ex. le ciblage des populations à haut risque), des révisions de la couverture géographique des programmes, la mise à jour des estimations démographiques et l'amélioration de la qualité des données.

Tableau 2 : Tendances dans les résultats programmatiques sélectionnés au cours de la période 2023-2024 dans les pays où le Fonds mondial investit

Services		Changement absolu / relatif au cours de la période 2023-2024	Augmentation absolue / relative au cours de la période 2023-2024 (nombre de pays affichant une augmentation)	Diminution absolue / relative au cours de la période 2023-2024 (nombre de pays affichant une diminution)
VIH	PERSONNES SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LE VIH	711 100 / 2,9 %	1,0 M / 5,3 % (89)	-311 400 / -5,4 % (12)
	TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS	-7,2 M / -13,4 %	14,1 M / 65,5 % (48)	-21,4 M / -66,2 % (56)
	• TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS PARMI LES POPULATIONS CLÉS ET PRIORITAIRES	-1,4 M / -10,6 %	1,2 M / 25,7 % (52)	-2,6 M / -30,6 % (51)
	MÈRES VIVANT AVEC LE VIH AYANT REÇU UN TRAITEMENT POUR ÉVITER LA TRANSMISSION DU VIH À LEURS BÉBÉS	-47 600 / -6,9 %	24 500 / 9,1 % (37)	-72 100 / -16,9 % (21)
	CIRCONCISIONS MASCULINES MÉDICALES VOLONTAIRES POUR LA PRÉVENTION DU VIH	-243 000 / -23,9 %	5 700 / 59,6 % (1)	-248 700 / -24,7 % (5)
	PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH	-5,6 M / -31,4 %	1,4 M / 30,5 % (49)	-7,1 M / -53,7 % (54)
	• MEMBRES DES POPULATIONS CLÉS AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	-276 600 / -3,5 %	1,0 M / 24,8 % (54)	-1,3 M / -34,5 % (49)
	• JEUNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	-5,5 M / -64,7 %	585 200 / 62,6 % (9)	-6,1 M / -80,5 % (15)
	• ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	-1,9 M / -48,4 %	338 100 / 48,6 % (9)	-2,2 M / -69,6 % (12)
	• JEUNES ÂGÉS DE 10 À 24 ANS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN ENSEIGNEMENT DES CONNAISSANCES ÉLÉMENTAIRES EN MATIÈRE DE VIH	-3,7 M / -81,7 %	215 700 / 295,1 % (4)	-3,9 M / -90,1 % (9)
	PERSONNES AYANT REÇU UNE PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION ANTIRÉTROVIRALE	1,0 M / 324,7 %	1,1 M / 394,0 % (48)	-39 400 / -84,6 % (8)
Tuberculose	PERSONNES TRAITÉES POUR LA TUBERCULOSE	285 400 / 4,0 %	404 900 / 7,2 % (53)	-119 500 / -8,3 % (35)
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LA TUBERCULOSE SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE PENDANT LEUR TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE	-36 300 / -10,3 %	11 100 / 17,8 % (33)	-47 500 / -16,4 % (47)
	PERSONNES SOUS TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE	-3 700 / -3,0 %	3 000 / 13,1 % (32)	-6 800 / -6,7 % (49)
	PERSONNES EN CONTACT AVEC DES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF	1,4 M / 71,4 %	1,5 M / 83,6 % (46)	-65 100 / -31,0 % (13)
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE AYANT COMMENCÉ UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE	153 600 / 7,6 %	501 500 / 58,6 % (35)	-347 900 / -29,7 % (30)
Paludisme	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES	-64,7 M / -28,5 %	96,9 M / 482,2 % (31)	-161,6 M / -78,0 % (31)
	STRUCTURES TRAITÉES PAR PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE D'INSECTICIDE À EFFET RÉMANENT	-7,7 M / -88,8 %	7 700 / 8,0 % (2)	-7,7 M / -89,8 % (17)
	POPULATION COUVERTE PAR LA PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE D'INSECTICIDE À EFFET RÉMANENT	9,4 M / 52,8 %	11,8 M / 179,5 % (10)	-2,4 M / -21,6 % (5)
	FEMMES ENCEINTES AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME	2,3 M / 15,0 %	2,8 M / 22,3 % (25)	-425 400 / -13,6 % (6)
	ENFANTS AYANT REÇU UN TRAITEMENT DE CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	6,3 M / 14,2 %	7,9 M / 20,6 % (10)	-1,6 M / -26,1 % (3)
	CAS SUSPECTÉS DE PALUDISME TESTÉS	22,4 M / 6,6 %	42,1 M / 20,5 % (44)	-19,8 M / -15,0 % (22)
	CAS DE PALUDISME TRAITÉS	1,8 M / 1,1 %	17,4 M / 21,0 % (34)	-15,6 M / -17,7 % (28)

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 2023-2024 dans les pays où le Fonds mondial investit

Services		Augmentation absolue / relative au cours de la période 2023-2024 (part en % de l'augmentation du portefeuille)	Diminution absolue / relative au cours de la période 2023-2024 (part en % de la diminution du portefeuille)
VIH	PERSONNES SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LE VIH	Afrique du Sud : 179 900 / 3,3 % (17,6 %)	Mozambique : -134 600 / -6,2 % (43,2 %)
		Inde : 112 600 / 6,7 % (11,0 %) ¹	Nigéria : -106 500 / -6,1 % (34,2 %)
		Philippines : 90 800 / 100 % (8,9 %)	Algérie : -19 600 / -100,0 % (6,3 %)
		Thaïlande : 60 400 / 13,9 % (5,9 %)	Malawi : -14 600 / -1,5 % (4,7 %)
		Venezuela : 57 500 / 100 % (5,6 %)	Haïti : -12 200 / -8,8 % (3,9 %)
	TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS	Nigéria : 7,0 M / 479,4 % (49,5 %)	Tanzanie (République-Unie) : -8,4 M / -99,4 % (39,4 %)
		Zambie : 3,6 M / 91,7 % (25,4 %)	Kenya : -2,1 M / -34,8 % (9,8 %)
		Cameroun : 1,9 M / 1 507,3 % (13,3 %)	Zimbabwe : -1,6 M / -100,0 % (7,4 %)
		Mozambique : 561 600 / 4,8 % (4,0 %)	Ghana : -1,6 M / -100,0 % (7,3 %)
		Indonésie : 176 700 / 27,0 % (1,3 %)	Malawi : -1,6 M / -95,6 % (7,3 %)
	• TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS PARMI LES POPULATIONS CLÉS ET PRIORITAIRES	Afrique du Sud : 174 800 / 43,7 % (14,6 %)	Nigéria : -451 600 / -30,9 % (17,5 %)
		Népal : 141 900 / 24,7 % (11,9 %)	Mozambique : -249 500 / -48,8 % (9,7 %)
		Kenya : 141 900 / 119,0 % (11,9 %)	Tanzanie (République-Unie) : -180 800 / -76,9 % (7,0 %)
		Colombie : 95 900 / 55,2 % (8,0 %)	Philippines : -150 000 / -58,8 % (5,8 %)
		Indonésie : 86 300 / 13,2 % (7,2 %)	Madagascar : -148 300 / -74,2 % (5,7 %)
	MÈRES VIVANT AVEC LE VIH AYANT REÇU UN TRAITEMENT POUR ÉVITER LA TRANSMISSION DU VIH À LEURS BÉBÉS	Namibie : 9 600 / 100 % (39,3 %)	Tanzanie (République-Unie) : -39 100 / -37,0 % (54,1 %)
		Malawi : 3 100 / 8,9 % (12,7 %)	Inde : -9 400 / -53,2 % (13,0 %)
		Ouganda : 1 800 / 2,2 % (7,4 %)	Kenya : -5 100 / -10,5 % (7,0 %)
		Ghana : 1 700 / 13,2 % (6,9 %)	Nigéria : -2 700 / -9,4 % (3,8 %)
		Ukraine : 1 100 / 100 % (4,5 %)	Mozambique : -2 200 / -2,0 % (3,1 %)
	CIRCONCISIONS MASCULINES MÉDICALES VOLONTAIRES POUR LA PRÉVENTION DU VIH	Botswana : 5 700 / 59,6 % (100,0 %)	Rwanda : -155 600 / -47,2 % (62,5 %)
			Zambie : -71 200 / -12,4 % (28,6 %)
			Lesotho : -9 500 / -73,7 % (3,8 %)
			Kenya : -8 600 / -12,8 % (3,5 %)
			Namibie : -3 900 / -18,0 % (1,6 %)
	PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH	Afrique du Sud : 311 900 / 63,8 % (21,5 %)	Mozambique : -3,1 M / -94,3 % (43,4 %)
		Népal : 152 300 / 20,3 % (10,5 %)	Zambie : -752 800 / -86,1 % (10,6 %)
		Bangladesh : 120 700 / 102,9 % (8,3 %)	Togo : -495 000 / -96,2 % (7,0 %)
		Colombie : 92 000 / 52,3 % (6,4 %)	Tanzanie (République-Unie) : -397 400 / -91,2 % (5,6 %)
		Tchad : 91 700 / 48,4 % (6,3 %)	Ouganda : -383 600 / -70,3 % (5,4 %)
	• MEMBRES DES POPULATIONS CLÉS AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	Nigéria : 275 300 / 25,8 % (26,6 %)	Madagascar : -232 300 / -98,0 % (17,7 %)
		Bangladesh : 120 700 / 102,9 % (11,7 %)	Inde : -149 300 / -68,6 % (11,4 %)
		Indonésie : 76 500 / 13,7 % (7,4 %)	Philippines : -136 200 / -53,3 % (10,4 %)
		Zimbabwe : 65 200 / 142,2 % (6,3 %)	Mozambique : -135 800 / -72,2 % (10,4 %)

¹ Le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale pour le VIH en Inde indiqué dans ce tableau représente les résultats programmatiques à compter de mars 2024, en adéquation avec le cycle de communication de l'information de l'Inde, qui va d'avril à mars. Ce nombre est inférieur à celui de 1,8 million communiqué par l'ONUSIDA, lequel représente les résultats à la fin de l'année 2024.

Tuberculose		Colombie : 52 600 / 37,7 % (5,1 %)	Ghana : -93 600 / -100,0 % (7,1 %)
	• JEUNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	Afrique du Sud : 297 000 / 83,7 % (50,8 %)	Mozambique : -2,9 M / -95,6 % (48,3 %)
		Tchad : 79 900 / 47,0 % (13,7 %)	Zambie : -768 800 / -89,4 % (12,6 %)
		Botswana : 58 900 / 3 087,9 % (10,1 %)	Togo : -462 500 / -100,0 % (7,6 %)
		Kenya : 45 300 / 16,3 % (7,7 %)	Nigéria : -443 900 / -70,7 % (7,3 %)
		Congo : 43 100 / 91,5 % (7,4 %)	Ouganda : -411 800 / -88,6 % (6,8 %)
	• ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH	Afrique du Sud : 81 300 / 34,0 % (24,1 %)	Mozambique : -490 700 / -78,5 % (22,1 %)
		Tchad : 79 900 / 47,0 % (23,6 %)	Nigéria : -443 900 / -70,7 % (20,0 %)
		Kenya : 55 000 / 24,5 % (16,3 %)	Ouganda : -411 800 / -88,6 % (18,6 %)
		Congo : 43 100 / 91,5 % (12,8 %)	Tanzanie (République-Unie) : -384 300 / -100,0 % (17,3 %)
		Botswana : 38 000 / 8 910,3 % (11,3 %)	Côte d'Ivoire : -202 600 / -100,0 % (9,1 %)
	• JEUNES ÂGÉS DE 10 À 24 ANS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN ENSEIGNEMENT DES CONNAISSANCES ÉLÉMENTAIRES EN MATIÈRE DE VIH	Afrique du Sud : 160 200 / 100 % (74,3 %)	Mozambique : -2,4 M / -100,0 % (62,9 %)
		Eswatini : 26 600 / 85,2 % (12,3 %)	Zambie : -768 000 / -100,0 % (19,7 %)
		Botswana : 20 800 / 1 406,9 % (9,6 %)	Togo : -462 500 / -100,0 % (11,9 %)
		Angola : 8 200 / 20,2 % (3,8 %)	Namibie : -122 200 / -100,0 % (3,1 %)
			Zimbabwe : -47 300 / -100,0 % (1,2 %)
	PERSONNES AYANT REÇU UNE PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION ANTIRÉTROVIRALE	Nigéria : 316 200 / 100 % (29,2 %)	Thaïlande : -32 400 / -100,0 % (82,1 %)
		Mozambique : 263 500 / 1 708,5 % (24,3 %)	Lesotho : -3 500 / -45,4 % (8,8 %)
		Kenya : 168 400 / 539,4 % (15,5 %)	Sénégal : -1 600 / -40,0 % (4,0 %)
		Malawi : 53 200 / 435,8 % (4,9 %)	Burkina Faso : -1 500 / -100,0 % (3,7 %)
		Philippines : 38 900 / 524,3 % (3,6 %)	Costa Rica : -300 / -100,0 % (0,8 %)
	PERSONNES TRAITÉES POUR LA TUBERCULOSE	Inde : 152 100 / 6,5 % (37,6 %)	Philippines : -30 200 / -5,1 % (25,3 %)
		Indonésie : 62 600 / 8,0 % (15,5 %)	Afrique du Sud : -28 100 / -13,3 % (23,5 %)
		Nigéria : 31 100 / 8,4 % (7,7 %)	Tanzanie (République-Unie) : -15 800 / -17,2 % (13,2 %)
		Congo (République démocratique) : 25 700 / 10,0 % (6,3 %)	Myanmar : -14 500 / -11,5 % (12,1 %)
		Pakistan : 22 700 / 4,8 % (5,6 %)	Mozambique : -9 200 / -7,9 % (7,7 %)
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LA TUBERCULOSE SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE PENDANT LEUR TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE	Indonésie : 4 100 / 86,0 % (37,2 %)	Inde : -25 800 / -75,1 % (54,3 %)
		Angola : 1 700 / 59,0 % (15,2 %)	Tanzanie (République-Unie) : -2 900 / -18,9 % (6,2 %)
		Sierra Leone : 1 500 / 100 % (13,9 %)	Afrique du Sud : -2 900 / -3,3 % (6,1 %)
		Botswana : 500 / 47,6 % (4,6 %)	Ouganda : -2 500 / -8,1 % (5,3 %)
		Nigéria : 500 / 2,9 % (4,3 %)	Éthiopie : -2 300 / -28,8 % (4,8 %)
	PERSONNES SOUS TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE	Congo (République démocratique) : 700 / 53,7 % (21,9 %)	Afrique du Sud : -1 000 / -12,9 % (14,5 %)
		Pakistan : 500 / 15,3 % (18,2 %)	Ukraine : -900 / -19,9 % (12,9 %)
		Indonésie : 300 / 2,9 % (8,4 %)	Bangladesh : -800 / -36,7 % (11,4 %)
		Pérou : 200 / 12,9 % (8,0 %)	Philippines : -600 / -7,2 % (8,9 %)
		Papouasie-Nouvelle-Guinée : 200 / 47,1 % (7,6 %)	Viet Nam : -600 / -15,8 % (8,4 %)
	PERSONNES EN CONTACT AVEC DES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF	Inde : 1,0 M / 166,4 % (70,3 %)	Mozambique : -22 700 / -23,4 % (34,9 %)
		Nigéria : 132 300 / 45,5 % (9,0 %)	Zambie : -17 600 / -84,0 % (27,0 %)
		Philippines : 55 000 / 156,8 % (3,7 %)	Ukraine : -7 700 / -32,8 % (11,8 %)
		Indonésie : 45 700 / 137,3 % (3,1 %)	Guinée : -7 200 / -27,1 % (11,0 %)
		Ouganda : 24 100 / 9,9 % (1,6 %)	Érythrée : -3 500 / -70,1 % (5,4 %)

Paludisme	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE AYANT COMMENCÉ UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE	Eswatini : 185 500 / 2 059,7 % (37,0 %)	Zimbabwe : -105 600 / -47,7 % (30,3 %)
		Philippines : 72 400 / 897,6 % (14,4 %)	Inde : -97 600 / -71,0 % (28,1 %)
		Nigéria : 45 700 / 45,9 % (9,1 %)	Rwanda : -29 500 / -21,8 % (8,5 %)
		Botswana : 41 400 / 3 255,5 % (8,3 %)	Congo (République démocratique) : -26 400 / -54,9 % (7,6 %)
		Kenya : 22 500 / 62,3 % (4,5 %)	Mozambique : -21 700 / -8,0 % (6,2 %)
	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES	Niger : 15,0 M / 977,8 % (15,5 %)	Congo (République démocratique) : -42,8 M / -83,0 % (26,5 %)
		Inde : 14,7 M / 100 % (15,2 %)	Ouganda : -25,5 M / -90,5 % (15,8 %)
		Madagascar : 14,0 M / 1 078,8 % (14,5 %)	Éthiopie : -12,2 M / -88,3 % (7,6 %)
		Côte d'Ivoire : 13,3 M / 653,4 % (13,7 %)	Mozambique : -11,1 M / -85,4 % (6,9 %)
		Ghana : 11,2 M / 335,1 % (11,6 %)	Zambie : -10,4 M / -93,2 % (6,5 %)
	STRUCTURES TRAITÉES PAR PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE D'INSECTICIDE À EFFET RÉMANENT	Nicaragua : 6 000 / 6,9 % (78,3 %)	Mozambique : -1,9 M / -95,1 % (24,5 %)
		Comores : 1 700 / 20,4 % (21,7 %)	Ouganda : -1,3 M / -100,0 % (16,3 %)
			Éthiopie : -1,2 M / -100,0 % (15,6 %)
			Rwanda : -714 200 / -48,0 % (9,3 %)
			Zimbabwe : -601 500 / -100,0 % (7,8 %)
	POPULATION COUVERTE PAR LA PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE D'INSECTICIDE À EFFET RÉMANENT	Éthiopie : 5,6 M / 100 % (47,5 %)	Malawi : -1,9 M / -100,0 % (80,0 %)
		Zambie : 3,7 M / 100 % (31,0 %)	Ouganda : -309 700 / -5,1 % (12,8 %)
		Burundi : 1,2 M / 100 % (10,0 %)	Zimbabwe : -117 800 / -4,4 % (4,9 %)
		Rwanda : 516 600 / 9,9 % (4,4 %)	Cabo Verde : -41 800 / -32,2 % (1,7 %)
		Érythrée : 424 600 / 100 % (3,6 %)	Mozambique : -14 800 / -3,6 % (0,6 %)
	FEMMES ENCEINTES AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME	Burkina Faso : 705 600 / 100 % (25,6 %)	Angola : -143 500 / -42,1 % (33,7 %)
		Congo (République démocratique) : 385 500 / 12,0 % (14,0 %)	Nigéria : -143 400 / -6,6 % (33,7 %)
		Madagascar : 233 900 / 99,1 % (8,5 %)	Soudan du Sud : -104 000 / -100,0 % (24,5 %)
		Mozambique : 197 700 / 15,9 % (7,2 %)	Kenya : -20 000 / -8,5 % (4,7 %)
		Malawi : 192 000 / 100 % (7,0 %)	Zimbabwe : -8 400 / -7,8 % (2,0 %)
	ENFANTS AYANT REÇU UN TRAITEMENT DE CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	Nigéria : 6,3 M / 22,2 % (79,7 %)	Tchad : -1,1 M / -100,0 % (69,9 %)
		Niger : 592 300 / 15,2 % (7,5 %)	Burkina Faso : -261 000 / -5,5 % (16,3 %)
		Mali : 287 900 / 9,6 % (3,6 %)	Bénin : -220 700 / -100,0 % (13,8 %)
		Ouganda : 287 200 / 100 % (3,6 %)	
		Ghana : 167 500 / 12,2 % (2,1 %)	
	CAS SUSPECTÉS DE PALUDISME TESTÉS	Éthiopie : 12,5 M / 113,4 % (29,7 %)	Soudan du Sud : -5,7 M / -100,0 % (28,8 %)
		Congo (République démocratique) : 4,8 M / 12,4 % (11,4 %)	Zambie : -3,1 M / -14,9 % (15,5 %)
		Malawi : 4,3 M / 30,9 % (10,1 %)	Ouganda : -2,7 M / -8,9 % (13,8 %)
		Niger : 3,5 M / 45,4 % (8,4 %)	Rwanda : -2,1 M / -55,6 % (10,5 %)
		Nigéria : 2,4 M / 7,8 % (5,8 %)	Mozambique : -1,8 M / -7,0 % (8,9 %)
	CAS DE PALUDISME TRAITÉS	Éthiopie : 5,6 M / 146,5 % (32,3 %)	Ouganda : -4,1 M / -24,9 % (26,0 %)
		Malawi : 2,8 M / 44,7 % (16,2 %)	Soudan du Sud : -3,5 M / -100,0 % (22,7 %)
		Niger : 2,6 M / 66,8 % (15,1 %)	Zambie : -1,8 M / -16,5 % (11,3 %)
		Burundi : 1,3 M / 32,4 % (7,6 %)	Mozambique : -1,6 M / -11,9 % (9,9 %)
		Angola : 617 400 / 53,5 % (3,5 %)	Kenya : -798 200 / -17,0 % (5,1 %)

Tableau 4 : Observations sur les changements notables au cours de la période 2023-2024 dans des pays sélectionnés où le Fonds mondial investit

Services		Observations
VIH	PERSONNES SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LE VIH	• Nigéria. Les résultats des personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale étaient beaucoup plus élevés en 2023 qu'en 2024 en raison d'un problème de qualité des données. L'exercice de nettoyage des données réalisé pour résoudre ce problème a permis d'obtenir des données plus fiables qui ont révélé que les résultats de 2023 étaient surestimés.
	TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH EFFECTUÉS	Observation générale. Les programmes de dépistage du VIH ont mis de côté le dépistage systématique à grande échelle au profit d'approches plus ciblées, notamment le dépistage index et le dépistage appuyé par les réseaux sociaux. Cette démarche explique en partie la baisse du nombre de tests effectués entre 2023 et 2024, qui marque également la transition entre le cycle de subvention 6 et le cycle de subvention 7. Dans certains pays, d'autres facteurs ont participé à la baisse du dépistage, notamment des changements dans la couverture géographique (p. ex. en Indonésie, à Madagascar et au Nigéria) ou la guerre (p. ex. en Ukraine). Observations par pays • Nigéria. Tests effectués chez les adolescents et les jeunes : les résultats de 2024 étaient inférieurs à ceux de 2023, principalement en raison d'un changement dans la couverture géographique du soutien du Fonds mondial, qui est passée de 13 à 4 États entre les cycles de subvention 6 et 7. • Indonésie. Tests effectués chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : la hausse des résultats de 2024 est principalement due à l'inclusion du dépistage communautaire du VIH facilité par les structures de santé. • Népal. Tests effectués chez les populations vulnérables : l'indicateur inclut les Népalaises et les Népalais qui se rendent en Inde pour travailler. L'augmentation du nombre de tests effectués reflète l'augmentation de cette main-d'œuvre migrante. • Ukraine. Tests effectués chez les autres populations vulnérables : la diminution des résultats de 2024 est principalement due à l'impact de la guerre en Ukraine. Les régions adjacentes aux zones de combats actifs sont les plus touchées. • Indonésie. Tests effectués dans la population carcérale : la diminution des résultats de 2024 est due à une réduction de la couverture géographique. En 2023, le programme couvrait 238 districts soutenus par le Fonds mondial (317 prisons dans 195 districts), contre 122 prisons dans 178 districts en 2024. • Madagascar. Tests effectués chez les travailleuses et travailleurs du sexe : la diminution des résultats de 2024 s'explique principalement par une réduction du nombre de villes offrant des services de prévention, qui est passé de 37 en 2023 à 10 en 2024, et par des retards administratifs dans la mise en œuvre des interventions de prévention en 2024.
	MÈRES VIVANT AVEC LE VIH AYANT REÇU UN TRAITEMENT POUR ÉVITER LA TRANSMISSION DU VIH À LEURS BÉBÉS	Observation générale. Les principales raisons qui expliquent la baisse des résultats entre 2023 et 2024 sont l'amélioration de la qualité des données qui a résulté d'exercices d'évaluation de la qualité et de nettoyage des données (p. ex. au Malawi, au Mozambique et au Nigéria), la révision à la baisse de l'estimation du VIH chez les femmes enceintes (p. ex. en Tanzanie), ainsi qu'une tendance à la baisse du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, avec une baisse concomitante du nombre de femmes enceintes ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale. Observations par pays • Nigéria. Voir l'observation ci-dessus sur les personnes sous thérapie antirétrovirale pour le VIH au Nigéria. • Tanzanie. La baisse des résultats de 2024 est attribuable à une révision à la baisse du nombre estimé de femmes nécessitant une thérapie antirétrovirale pendant la grossesse, qui a mené à une réduction des cibles et des résultats.
	CIRCONCISIONS MASCULINES MÉDICALES VOLONTAIRES POUR LA PRÉVENTION DU VIH	Observation générale. Les changements dans les résultats en 2024 sont en partie attribuables à des décisions programmatiques. • Lesotho. La baisse des résultats en 2024 est due à l'échéance du soutien du Fonds mondial au cycle de subvention 7, le gouvernement et le PEPFAR ayant pris le relais de la mise en œuvre.

		• Rwanda. Le pays compte pour la plus grande proportion de la baisse des résultats du portefeuille en 2024, en raison d'une révision à la baisse de la cible, le pays étant passé à une phase de maintien. • Zambie. La baisse des résultats en 2024 s'explique par la mise en œuvre sous-optimale des campagnes durant les congés scolaires, des contraintes budgétaires et une diminution des activités de création de la demande et de mobilisation communautaire.
	PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH	Observation générale. Donnant suite aux dernières orientations des partenaires techniques, le Fonds mondial a fait une série de choix stratégiques au chapitre de ses investissements dans la prévention du VIH pour le cycle de subvention 7 (entrés en vigueur en 2024 dans la plupart des pays) qui ont entraîné des changements notables dans les résultats programmatiques entre 2023 et 2024. Ces choix comprennent une hausse des investissements dans la prévention du VIH, notamment une intensification importante des interventions à fort impact comme la PrEP, la distribution de préservatifs et la réduction des risques. La cible est un investissement de plus de 1 milliard de dollars US au cours du cycle de subvention 7. L'accent a été mis sur le ciblage des zones prioritaires et des populations avec les plus grands besoins. Ainsi, le nombre de personnes touchées par les services a diminué, mais l'impact de ceux-ci sur le nombre de nouvelles infections à VIH a néanmoins augmenté. Par exemple, au cours du cycle de subvention 7, les investissements ont ciblé les adolescentes et les jeunes femmes courant les risques les plus élevés de contracter le VIH compte tenu de l'incidence élevée du virus dans leur lieu de résidence ou de facteurs comportementaux (p. ex. les partenaires sexuels multiples). Observations par pays • Malawi. Adolescentes et jeunes femmes touchées par les services de prévention du VIH : au cours du cycle de subvention 7, le pays a défini les « adolescentes et jeunes femmes à haut risque » comme celles ayant des partenaires multiples, y compris les jeunes populations clés et les travailleuses du sexe. • Tchad. Adolescentes et jeunes femmes touchées par les services de prévention du VIH : en 2024, le pays a mis en œuvre une stratégie plus efficace, consistant à offrir des services de prévention du VIH aux adolescentes et jeunes femmes sur les lieux de leurs activités, par l'intermédiaire de petits groupes de sensibilisation en milieu communautaire et local (parmi les vendeuses de rue, les ménagères, etc.). • Nigéria. Adolescentes et jeunes femmes touchées par les services de prévention du VIH : la baisse des résultats en 2024 est attribuable à un changement de la couverture géographique du soutien du Fonds mondial. Treize États étaient couverts au cycle de subvention 6, contre 4 États (ceux où l'impact maximal pouvait être obtenu) au cycle de subvention 7. • Mozambique. Adolescentes et jeunes femmes touchées par les services de prévention du VIH : le pays a changé la cible de ses interventions, qui est passée de « toutes les adolescentes et jeunes femmes » au cycle de subvention 6, à « adolescentes et jeunes femmes à haut risque seulement » au cycle de subvention 7. La baisse des résultats en 2024 était en partie due à des retards administratifs dans l'entrée en fonction des sous-réceptaires qui ont occasionné à leur tour des retards dans la mise en œuvre. • Kenya. Adolescentes et jeunes femmes touchées par les services de prévention du VIH : le pays a changé la cible de ses interventions, qui est passée de « toutes les adolescentes et jeunes femmes » au cycle de subvention 6, à « adolescentes et jeunes femmes à haut risque seulement » au cycle de subvention 7. • Ouganda. Adolescentes et jeunes femmes touchées par les services de prévention du VIH : au cycle de subvention 7, le pays s'est concentré sur l'offre de paquets de services de haute qualité aux adolescentes et jeunes femmes à haut risque. • Tanzanie (République-Unie). Adolescentes et jeunes femmes touchées par les services de prévention du VIH : en 2024, le programme a été suspendu aux fins d'audit. Par conséquent, aucune activité programmatique n'a eu lieu. • Nigéria. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes touchés par les services de prévention du VIH : le Fonds mondial a appuyé l'expansion du programme de PrEP en 2024 dans le cadre du cycle de subvention 7. • Indonésie. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes touchés par les services de prévention du VIH : le réceptaire principal a dépassé ses résultats de 2023. Entre 2023 et 2024, les cibles ont été haussées et la méthodologie de mise en œuvre a suivi la transition du cycle de subvention 6 (2023) au cycle de subvention 7 (2024). Cette amélioration est liée à l'établissement de cibles de performance, qui encourageaient le personnel de terrain à dépasser ses cibles d'au

	moins 5 %. L'incorporation de stratégies virtuelles de sensibilisation dans les réseaux sociaux a élargi la portée du programme et créé une demande parmi les populations clés. Ainsi, les efforts de sensibilisation ont conduit à une augmentation de la fréquence de participation : 75 % des clients ont été contactés au moins 3 fois. Ces efforts ont été soutenus par une coordination et une communication systématiques entre les sous-récepteurs et les sous-sous-récepteurs, ainsi que par des réunions régulières pour l'examen des données sur la sensibilisation, le suivi des progrès et la résolution des problèmes. • Kirghizistan. Personnes sous traitement de substitution aux opiacés : les résultats de 2023 et de 2024 ne sont pas comparables, car la définition de l'indicateur a été modifiée : « personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés pendant au moins 6 mois » a été remplacé par « personnes qui consomment des drogues injectables sous traitement de substitution aux opiacés avant la fin de la période de communication de l'information. » • Myanmar. Personnes sous traitement de substitution aux opiacés : la plupart des personnes qui consomment des drogues injectables vivent dans des zones de conflit, où les combats qui s'intensifient perturbent gravement les approvisionnements en médicaments et la prestation des services. • Nigéria. Personnes sous traitement de substitution aux opiacés : les résultats se sont améliorés entre 2023 et 2024 en raison d'un investissement accru dans l'accès aux programmes de prévention pour les personnes qui consomment des drogues injectables. • Tadjikistan. Personnes sous traitement de substitution aux opiacés : voir l'observation sur le Kirghizistan, ci-dessus. • Thaïlande. Personnes sous traitement de substitution aux opiacés : des systèmes de suivi et un accompagnement centré sur la personne ont amélioré la rétention, tandis que la disponibilité et l'accessibilité des services de traitement de substitution aux opiacés ont été améliorées dans des milieux clés. De plus, une coordination efficace entre les structures de santé et les programmes de réduction des risques a contribué à la continuité des soins. • Tanzanie (République-Unie). Personnes sous traitement de substitution aux opiacés : le Fonds mondial a investi dans le programme de traitement de substitution aux opiacés en 2024. • Nigéria. Travailleuses et travailleurs du sexe touchés par les programmes de prévention du VIH : le Fonds mondial a appuyé le programme de PrEP en 2024 dans le cadre du cycle de subvention 7. • Madagascar. Travailleuses et travailleurs du sexe touchés par les programmes de prévention du VIH : la baisse des résultats entre 2023 et 2024 est principalement attribuable à deux facteurs. Premièrement, le nombre de villes offrant des services de prévention aux travailleuses et travailleurs du sexe a diminué, de 37 au cycle de subvention 6 (2023) à 10 au cycle de subvention 7 (2024), d'où une révision à la baisse des cibles. Deuxièmement, la mise en œuvre des interventions de prévention a connu d'importants retards, principalement administratifs.
--	--

Tuberculose	PERSONNES TRAITÉES POUR LA TUBERCULOSE	• Nigéria. Le programme national de lutte contre la tuberculose, la lèpre et l'ulcère de Buruli (NTBLCP) enregistre année après année des améliorations dans la détection des cas de tuberculose. Ce progrès constant est attribuable à des stratégies à fort impact : mobilisation du secteur privé et des acteurs communautaires ; dépistage systématique et régulier des personnes en soins ambulatoires dans les structures de santé publiques ; intensification de la recherche active des cas de tuberculose parmi les populations clés ; expansion de la couverture du traitement de brève durée sous surveillance directe (de 7 389 sites en 2017 à plus de 25 000 aujourd'hui) ; priorisation des interventions basée sur les données issues des programmes et des activités de collecte ordinaires. • Indonésie. Facteurs à l'origine de la hausse des résultats entre 2023 et 2024 : – Recherche active de cas de tuberculose dans la communauté (dépistage par radiographie et recherche des contacts). – Amélioration des outils de diagnostic (GeneXpert). – Augmentation de la couverture du dépistage de la tuberculose chez les patients diabétiques. – Mobilisation dans les cliniques privées et les hôpitaux, y compris des médecins généralistes. – Amélioration des systèmes d'enregistrement et de notification (modules et alerte), et coordination des données avec le système national d'assurance maladie. – Réunions virtuelles périodiques de coordination avec les provinces et les districts aux fins d'évaluation des progrès accomplis dans l'atteinte des indicateurs. – Leadership politique : réunions régulières au niveau ministériel (ministre des Affaires intérieures et ministre de la Santé) visant à encourager les responsables régionaux (gouverneur et régent / maire) à atteindre les cibles. – Le gouvernement a instauré la recherche active de cas dans les prisons, le dépistage national de la tuberculose, un bilan de santé gratuit pour toute la population et une coordination entre la recherche des contacts et la mise sous traitement préventif de la tuberculose. Il a également amélioré le système national intégré d'information sanitaire afin d'améliorer encore la notification de la recherche de cas en 2025. Un décalage entre la notification et le traitement a été constaté, et le gouvernement s'efforce de mettre en place des mesures pour y remédier. • Congo (République démocratique). L'augmentation entre 2023 et 2024 est due à l'application de la démarche d'amélioration de la qualité aux services de santé dans le but d'améliorer la détection de la tuberculose. Le nombre de zones appliquant cette démarche, mise en œuvre à différents points d'entrée dans les structures de santé, est passé de 160 à 280, ce qui a conduit à une augmentation importante du nombre de cas de tuberculose détectés en 2024.
	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LA TUBERCULOSE SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE PENDANT LEUR TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE	• Tanzanie. Le résultat est attribuable à des lacunes dans l'intensification des notifications de la tuberculose, qui n'ont pas atteint les cibles, ce qui a affecté la capacité de détecter davantage de personnes atteintes de la tuberculose séropositives au VIH. • Inde. La baisse des résultats en 2024 est principalement due à l'abandon de la communication de cet indicateur au cycle de subvention 7. Étant donné que le cycle de communication de l'information de l'Inde va d'avril à mars, un trimestre de la dernière période de communication du cycle de subvention 6 est tombé dans l'année civile 2024 (janvier-mars 2024) et a été comptabilisé dans le rapport, d'où la baisse d'une année à l'autre.

PERSONNES SOUS TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE	Observation générale. La baisse des résultats entre 2023 et 2024 est attribuable aux facteurs suivants : 1) un changement dans la définition des indicateurs entre les cycles de subvention 6 et 7 – au cycle de subvention 6, la définition incluait tous les cas de tuberculose résistante à la rifampicine / multirésistante notifiés et mis sous traitement (c.-à-d. les cas présumés / diagnostiqués cliniquement plus les cas confirmés en laboratoire), alors qu'au cycle de subvention 7, la définition est plus étroite et n'inclut que les cas notifiés de tuberculose résistante à la rifampicine / multirésistante confirmée bactériologiquement / en laboratoire ; 2) une révision à la baisse des cibles nationales en 2024, liée au fait que, dans certains pays, les ressources du cycle de subvention 7 sont insuffisantes pour que ceux-ci puissent effectuer les diagnostics de la tuberculose pharmacorésistante (confirmation en laboratoire / test de pharmacosensibilité) et les notifications qui leur permettraient de répondre adéquatement aux critères de la définition de l'indicateur du cycle de subvention 7. • Bangladesh. En 2024, pour donner suite aux conclusions d'une recherche opérationnelle ayant révélé des problèmes de qualité dans le dépistage des cas présumés de tuberculose pharmacorésistante, le programme national de lutte contre la tuberculose a introduit le test double pour la tuberculose résistante à la rifampicine au moyen de l'essai MTB/RIF de GeneXpert. Cette approche a conduit à une réduction considérable du nombre de diagnostics de tuberculose résistante à la rifampicine, ce qui a eu un effet négatif sur les notifications de tuberculose pharmacorésistante. • Ukraine. La baisse des résultats en 2024 est principalement une conséquence de la guerre. Les zones proches des lignes de front actives sont les plus touchées. Des structures de santé offrant des soins de la tuberculose ont été directement ciblées par des bombardements et, selon les données de l'Organisation mondiale de la Santé, plus de 2 000 structures de santé du pays ont été endommagées ou détruites. Les bombardements ont également interrompu les approvisionnements en électricité et en eau potable, deux éléments essentiels au fonctionnement des structures de santé et des laboratoires. En outre, les déplacements massifs de populations, tant à l'intérieur du pays que vers l'étranger, ont mis à rude épreuve un système de santé déjà surchargé.
PERSONNES EN CONTACT AVEC DES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF	• Nigéria. La hausse des résultats en 2024 s'explique par le fait que le pays a reçu des appuis pour l'élaboration et la mise en œuvre de son plan d'intensification du traitement préventif de la tuberculose, qui a conduit au doublement du nombre de personnes sous traitement préventif. À ce facteur s'ajoute l'introduction d'un schéma thérapeutique plus court. • Indonésie. Le nombre de contacts mis sous traitement préventif de la tuberculose a considérablement augmenté (+121 %) en 2024 comparativement à l'année précédente. La disponibilité accrue du schéma de 3 mois à base d'isoniazide et de rifapentine (3HP) en est la principale raison : le schéma 3HP a compté pour 74 % des mises sous traitement préventif. La plupart des contacts admissibles mis sous traitement préventif se trouvaient dans le groupe d'âge des 15 ans et plus (72 %), alors que les enfants de moins de 5 ans comptaient pour 13 % seulement. Ces résultats sont attribuables à l'intensification des activités de recherche des contacts dans la région de la capitale nationale et la région 3, à l'amélioration de l'encodage des données et à l'expansion générale du programme de traitement préventif de la tuberculose. • Kenya. La hausse des résultats est attribuable à l'amélioration de l'approvisionnement et de la disponibilité des produits liés au traitement préventif de la tuberculose en 2024 par rapport à 2023.

Paludisme	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES	• Niger. L'augmentation du nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées est due à la campagne de distribution de masse nationale menée en 2024. • Madagascar. Une campagne de distribution de masse nationale a été menée en 2024. • Éthiopie. La révision à la baisse des cibles d'une année à l'autre est conforme au plan d'approvisionnement et de distribution de l'Éthiopie. L'Éthiopie mène des campagnes annuelles de remplacement de moustiquaires imprégnées d'insecticide et, selon le plan de distribution, 2024 était une année de transition prévoyant moins de campagnes à grande échelle. Selon ce plan, la cible de distribution pour 2024 était de 1,3 million de moustiquaires. Les cibles sont plus élevées pour les années suivantes : 5 millions en 2025, 11,6 millions en 2026 et 2 millions en 2027. Ces cibles sont basées sur le plan de remplacement annuel. Par ailleurs, les cibles annuelles sont sujettes à des contraintes de financement. • Mozambique. Les statistiques publiées sur la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide en 2023 englobaient les moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées dans le cadre des campagnes de distribution de masse. Celles sur la distribution des moustiquaires en 2024 ne concernaient que la distribution en continu. • Congo (République démocratique). La baisse marquée du nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées en 2024 par rapport à 2023 est principalement due à la réduction du nombre de campagnes de distribution de masse. Alors que 15 provinces ont mené des campagnes de distribution de masse en 2023, une seule province a pu mettre en œuvre sa campagne en 2024. Cinq campagnes prévues en 2024 n'ont pas été réalisées, en raison de plusieurs facteurs : un retard dans le remboursement des dépenses inéligibles, qui a entraîné un gel temporaire des décaissements (Kwango) ; des retards logistiques internationaux, notamment un incendie sur un navire de marchandises et des problèmes de coordination avec le partenaire PMI (Sankuru, Kwilu et Kasai-Central) ; et des problèmes de sécurité dans les provinces éloignées, où des conflits armés ont perturbé le transport le long d'itinéraires clés (Maniema). • Ouganda. Les difficultés d'approvisionnement à l'échelle mondiale pour les moustiquaires Interceptor G2 ont retardé la livraison des moustiquaires en 2024.
	STRUCTURES TRAITÉES / POPULATION COUVERTE PAR LA PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE D'INSECTICIDE À EFFET RÉMANENT	S'alignant sur l'indicateur du Rapport sur le paludisme dans le monde de l'OMS, le Fonds mondial a remplacé la déclaration du nombre de « structures traitées par pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent » (au cycle de subvention 6) par le nombre de « personnes protégées par pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent » (au cycle de subvention 7). Ce changement nous permettra de mieux évaluer la proportion de la population à risque qui est protégée au moyen d'outils de prévention du paludisme, pour une allocation des ressources plus stratégique et équitable. La plupart des subventions sont passées du cycle de subvention 6 au cycle de subvention 7 en 2024. Ainsi, la diminution du nombre de structures traitées par pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent en 2024 s'explique principalement par la diminution du nombre de pays communiquant cet indicateur, qui est passé de 19 en 2023 à 4 en 2024.
	FEMMES ENCEINTES AYANT REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME	• Burkina Faso. Comme cet indicateur ne faisait pas partie des exigences de communication de l'information au cycle de subvention 6, aucune donnée n'est disponible pour 2023. L'indicateur a été introduit au cycle de subvention 7. • Madagascar. Le nombre de districts couverts est passé de 101 au cours du cycle de subvention 6 à 114 au cours du cycle de subvention 7 (couverture nationale). Les cibles ont été haussées en conséquence, pour tenir compte notamment de la croissance démographique et de l'augmentation annuelle du nombre de grossesses attendues. • Mozambique. La hausse des résultats en 2024 est attribuable à une meilleure performance du bénéficiaire principal et à une plus grande disponibilité des produits de traitement préventif intermittent pendant la grossesse en 2024 par rapport à 2023. • Congo (République démocratique). La hausse des résultats en 2024 est principalement due à une amélioration de l'approvisionnement en sulfadoxine-pyriméthamine au niveau des structures de santé.

ENFANTS AYANT REÇU UN TRAITEMENT DE CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	• Niger. La couverture de la chimioprévention du paludisme saisonnier est passée de 82 % en 2023 à 89 % en 2024, avec une hausse concomitante du nombre d'enfants traités. • Nigéria. La hausse des résultats en 2024 est principalement due à l'augmentation du nombre de gouvernements locaux mettant en œuvre la chimioprévention du paludisme saisonnier, qui est passé de 355 en 2023 à 398 en 2024 (de 15 États en 2023 à 21 États en 2024). • Ouganda. Un nouvel indicateur a été ajouté à la suite des investissements réalisés dans cette intervention grâce aux ressources du Fonds mondial.
CAS SUSPECTÉS DE PALUDISME TESTÉS	• Niger. L'augmentation du nombre de cas suspectés de paludisme testés est liée à : 1) une augmentation des cas de paludisme due aux conditions météorologiques (il y a eu plus de pluies et d'inondations en 2024 qu'en 2023) ; et 2) une amélioration de l'accès au traitement et au dépistage visant à augmenter la couverture (usage accru de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et de tests de diagnostic rapide procurés par le Fonds mondial et ses partenaires au cours du cycle de subvention 7). • Malawi. Une recrudescence des cas de paludisme a été observée en 2024 : 9,4 millions d'infections et 2 252 décès ont été enregistrés à l'échelle nationale. • Éthiopie. Le résultat est attribuable à une augmentation de la transmission du paludisme et à une hausse soudaine du nombre de cas suspectés de paludisme, qui est passé de 11 millions en 2023 à 23,5 millions en 2024. Cette recrudescence abrupte est due à une combinaison de facteurs : les conflits armés (en particulier dans l'Oromia et le Tigré), qui ont déplacé des millions de personnes, paralysé les systèmes de santé et perturbé des activités vitales de lutte contre la maladie comme la distribution de moustiquaires, les diagnostics et les traitements ; les nouvelles menaces, comme le moustique <i>Anopheles stephensi</i> adapté aux zones urbaines ; le changement climatique, qui étend la transmission du paludisme aux régions montagneuses et aux milieux urbains ; la réduction de la couverture de la lutte antivectorielle due à l'instabilité ; les événements liés au climat tels que les crues soudaines et la hausse des températures, qui étendent les zones d'infection palustre aux régions montagneuses auparavant plus fraîches et qui exposent des populations peu immunisées ; et l'affaiblissement de la lutte antivectorielle, en particulier de la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide, en raison de déficits de financement. • Congo (République démocratique). La hausse des résultats en 2024 est principalement attribuable à l'amélioration de la disponibilité des tests de diagnostic rapide dans les structures de santé publiques et privées.
CAS DE PALUDISME TRAITÉS	• Niger. L'augmentation du nombre de cas de paludisme traités est liée aux facteurs qui sont énumérés dans la section sur les cas suspectés de paludisme testés (voir l'observation ci-dessus pour le Niger). • Malawi. Voir l'observation ci-dessus pour le Malawi, sur les cas suspectés de paludisme testés. • Éthiopie. Le résultat est attribuable à une augmentation de la transmission du paludisme et à une hausse soudaine du nombre de cas de paludisme, qui est passé de 3,83 millions en 2023 à 9,49 millions en 2024. Cette recrudescence abrupte est due à une combinaison de facteurs : les conflits armés (en particulier dans l'Oromia et le Tigré), qui ont déplacé des millions de personnes, paralysé les systèmes de santé et perturbé des activités vitales de lutte contre la maladie comme la distribution de moustiquaires, les diagnostics et les traitements ; les nouvelles menaces, comme le moustique <i>Anopheles stephensi</i> adapté aux zones urbaines ; le changement climatique, qui étend la transmission du paludisme aux régions montagneuses et aux milieux urbains ; la réduction de la couverture de la lutte antivectorielle due à l'instabilité ; les événements liés au climat tels que les crues soudaines et la hausse des températures, qui étendent les zones d'infection palustre aux régions montagneuses auparavant plus fraîches et qui exposent des populations peu immunisées ; et l'affaiblissement de la lutte antivectorielle, en particulier de la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide, en raison de déficits de financement. • Mozambique. La réduction du nombre de cas de paludisme traités est probablement due à une amélioration de la mise à l'échelle et de l'impact des interventions de prévention du paludisme appuyées par une solide capacité d'adaptation infranationale (notamment le déploiement de moustiquaires à base de pyrèthroïdes-butoxyde de pipéronyle). • Ouganda. Une recrudescence des cas de paludisme a été observée en 2023,

	certains districts ayant connu des flambées épidémiques de la maladie. Cela explique le nombre très élevé de traitements en 2023. En 2024, aucune recrudescence n'a été signalée, un résultat attribuable à une campagne de distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide vers la fin de l'année 2023 et à des campagnes de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent en 2024.
--	--