



Contents

- 401 Global leishmaniasis surveillance: 2019–2020, a baseline for the 2030 roadmap

Sommaire

- 401 Surveillance mondiale de la leishmaniose: 2019-2020, une période de référence pour la feuille de route à l'horizon 2030

Global leishmaniasis surveillance: 2019–2020, a baseline for the 2030 roadmap

José Antonio Ruiz-Postigo,^a Saurabh Jain,^a Alexei Mikhailov,^a Ana Nilce Maia-Elkhoury,^b Samantha Valadas,^b Supriya Warusavithana,^c Mona Osman,^c Zaw Lin,^d Abate Beshah,^e Aya Yajima,^f Elkhan Gasimov^g

Leishmaniasis continues to be a major health problem in 4 eco-epidemiological regions of the world: the Americas, East Africa, North Africa and West and South-East Asia.

There are 4 main forms of the disease: visceral leishmaniasis (VL, also known as kala-azar), post-kala-azar dermal leishmaniasis (PKDL), cutaneous leishmaniasis (CL) and mucocutaneous leishmaniasis. While CL is the most common form of the disease, VL is the most serious and is almost always fatal if untreated.¹

This update follows those of data up to 2016² and 2018.³ Six indicators of leishmaniasis are publicly available through the Global Health Observatory (GHO).⁴ In addition to the GHO, country profiles with a total of 30 indicators are published, with detailed data received from 43 Member States.⁵

The aims of this report are to update the description of the GHO leishmaniasis indicators reported by Member States to WHO up to 2020, to describe specific indicators of gender and age distribution, relapses, treatment, selected outbreaks, VL case fatality rates, rates of co-infection

Surveillance mondiale de la leishmaniose: 2019-2020, une période de référence pour la feuille de route à l'horizon 2030

José Antonio Ruiz-Postigo,^a Saurabh Jain,^a Alexei Mikhailov,^a Ana Nilce Maia-Elkhoury,^b Samantha Valadas,^b Supriya Warusavithana,^c Mona Osman,^c Zaw Lin,^d Abate Beshah,^e Aya Yajima,^f Elkhan Gasimov^g

La leishmaniose demeure un problème de santé majeur dans 4 régions éco-épidémiologiques du monde: l'Afrique de l'Est, l'Afrique du Nord, les Amériques et l'Asie de l'Ouest et du Sud-Est.

Il existe 4 formes principales de la maladie: la leishmaniose viscérale (LV, aussi connue sous le nom de kala-azar); la leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA); la leishmaniose cutanée (LC); et la leishmaniose cutané-muqueuse. La leishmaniose cutanée est la forme la plus fréquente de la maladie, mais la leishmaniose viscérale est la plus grave, presque toujours mortelle en l'absence de traitement.¹

Cette mise à jour fait suite à celles présentant les données collectées jusqu'en 2016² et 2018.³ Six indicateurs utilisés pour la leishmaniose sont accessibles au public via l'Observatoire mondial de la santé.⁴ Outre les données de l'Observatoire, des données détaillées fournies par 43 États Membres ont permis d'élaborer des profils de pays présentant un total de 30 indicateurs.⁵

Les objectifs du présent rapport sont de mettre à jour la description des indicateurs de l'Observatoire pour la leishmaniose communiqués à l'OMS par les États Membres jusqu'en 2020, de décrire des indicateurs spécifiques à la répartition par sexe et par âge, aux cas de rechute, au traitement, à des flambées épidé-

¹ Leishmaniasis fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>, accessed July 2021).

² No. 40, 2018, pp. 530–540.

³ No. 25, 2020, pp. 265–280.

⁴ Global Health Observatory. Leishmaniasis. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/leishmaniasis>, accessed July 2021).

⁵ Leishmaniasis country profiles. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis#tab=tab_1, accessed July 2021).

¹ Aide-mémoire sur la leishmaniose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>, consulté en juillet 2021).

² N° 40, 2018, pp. 530-540.

³ N° 25, 2020, pp. 265-280.

⁴ Observatoire mondial de la santé. Leishmaniose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/leishmaniasis>, consulté en juillet 2021).

⁵ Leishmaniose: profils de pays. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis#tab=tab_1, consulté en juillet 2021).

with HIV for VL and to describe the PKDL burden. This report also contains a brief section on the Kala-azar Elimination Programme in South-East Asia.

Neglected tropical diseases road map 2021–2030

This report is published in the same year as the new neglected tropical diseases (NTD) road map 2021–2030.⁶ The new road map includes targets for CL, on the number of cases diagnosed, reported and treated, and for VL, on case fatality rate, PKDL and elimination in South-East Asia. Moreover, the road map emphasizes the importance of cross-cutting indicators, such as mortality due to vector-borne diseases and integration of control of skin NTDs.

Endemicity at country level

According to WHO, scientific publications and the WHO Expert Committee, countries are classified as: (i) “endemic” if at least 1 autochthonous case has been reported and the entire cycle of transmission has been demonstrated somewhere in that country; (ii) having “previously reported cases” if at least 1 autochthonous case has been reported, but the entire cycle of transmission has not been demonstrated in that country; or (iii) having “no autochthonous cases reported” if no case has been reported in the country.

In 2020, of the 200 countries and territories that reported to WHO, 98 (49%) were considered endemic and 6 of having previously reported cases of leishmaniasis. Of those 200, 89 (45%) were considered endemic for CL, 3 (2%) had previously reported CL cases, 79 (40%) were considered endemic for VL, and 5 (3%) had previously reported VL cases. According to the WHO classification, 71 of the 200 (36%) were endemic for both CL and VL. CL was endemic in 82% (18/22) of countries and territories in the WHO Eastern Mediterranean Region (EMR), 58% (21/36) in the Region of the Americas (AMR), 47% (25/53) in the European Region (EUR), 45% (5/11) in the South-East Asia Region (SEAR) and 40% (19/47) in the African Region (AFR). For VL, the proportions were 82% (18/22) in EMR, 55% (6/11) in SEAR, 51% (27/53) in EUR, 36% (13/36) in AMR and 30% (14/47) in AFR. The proportions of endemic countries in the Western Pacific Region (WPR) were lower than in the other regions, only 1 country (3%, 1/31), China, being endemic for both VL and CL (Table 1).⁴

No change in the status of endemicity was reported between 2019 and 2020; however, a recent suspected outbreak of VL in Chad was found to be due to *L. donovani*, confirming the etiological agent, which was not known previously. Confirmation was also reported from Cameroon (Velez, personal communication), where a febrile fatal illness in children was suspected to be leishmaniasis.

miques particulières, aux taux de létalité de la LV, et aux taux de co-infection LV-VIH, ainsi que la charge de la LDPKA. Ce rapport contient également une brève section sur le programme d'élimination du kala-azar en Asie du Sud-Est.

Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030

Ce rapport est publié la même année que la nouvelle feuille de route pour les maladies tropicales négligées (MTN) 2021-2030.⁶ Cette dernière propose des cibles pour la LC relatives au nombre de cas diagnostiqués, notifiés et traités, pour la LV relatives au taux de létalité, pour la LDPKA et pour l'élimination en Asie du Sud-Est. Elle souligne également l'importance des indicateurs transversaux, tels que la mortalité due aux maladies à transmission vectorielle et l'intégration de la lutte contre les MTN de la peau.

Endémicité au niveau des pays

Selon l'OMS, les publications scientifiques et le Comité d'experts de l'OMS, les pays sont répertoriés comme: i) «pays d'endémie» si au moins 1 cas autochtone a été signalé et le cycle complet de transmission a été mis en évidence à un endroit quelconque du pays, ii) «pays ayant préalablement notifié des cas» si au moins 1 cas autochtone a été signalé, mais le cycle complet de transmission n'a pas été mis en évidence dans le pays, ou iii) «pays sans cas autochtone notifié» si aucun cas n'a été signalé dans le pays.

En 2020, sur les 200 pays et territoires ayant communiqué des données à l'OMS, 98 (49%) étaient considérés comme pays d'endémie et 6 comme ayant préalablement notifié des cas de leishmaniose. Sur ces 200 pays ou territoires, 89 (45%) étaient considérés comme pays d'endémie pour la LC, 3 (2%) avaient précédemment notifié des cas de LC, 79 (40%) étaient considérés comme pays d'endémie pour la LV, et 5 (3%) avaient précédemment notifié des cas de LV. Selon la classification de l'OMS, 71 de ces 200 pays ou territoires (36%) étaient des pays d'endémie à la fois pour la LC et la LV. La LC était endémique dans 82% (18/22) des pays et territoires dans la Région de la Méditerranée orientale, 58% (21/36) dans la Région des Amériques, 47% (25/53) dans la Région européenne, 45% (5/11) dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 40% (19/47) dans la Région africaine. Pour la LV, ces proportions étaient de 82% (18/22) dans la Région de la Méditerranée orientale, 55% (6/11) dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 51% (27/53) dans la Région européenne, 36% (13/36) dans la Région des Amériques et 30% (14/47) dans la Région africaine. Les proportions de pays d'endémie étaient plus faibles dans la Région du Pacifique occidental que dans les autres Régions, avec seulement 1 pays (3%, 1/31), la Chine, où la LV et la LC étaient toutes deux endémiques (Tableau 1).⁴

Aucun changement d'endémicité n'a été signalé entre 2019 et 2020; toutefois, une récente flambée épidémique de LV suspectée au Tchad s'est avérée être due à *L. donovani*, confirmant l'agent étiologique qui n'était pas connu auparavant. Au Cameroun, une suspicion de leishmaniose chez des enfants touchés par une maladie fébrile mortelle a également été confirmée (Velez, communication personnelle).

⁶ See <https://www.who.int/news/item/30-01-2021-neglected-tropical-diseases-who-launches-new-road-map-to-end-suffering-by-2030>.

⁶ Voir <https://www.who.int/news/item/30-01-2021-neglected-tropical-diseases-who-launches-new-road-map-to-end-suffering-by-2030>.

Table 1 **Distribution of endemic countries and number of autochthonous and imported cases cutaneous leishmaniasis (CL) and visceral leishmaniasis (VL), by WHO region, 2020**
 Tableau 1 **Répartition des pays d'endémie et nombre de cas autochtones et importés de leishmaniose cutanée (LC) et de leishmaniose viscérale (LV), par Région de l'OMS, 2020**

		WHO regions – Régions OMS												Total		
		Africa – Afrique		Americas – Amériques		Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		Europe		South-East Asia – Asie du Sud-Est		Western Pacific – Pacifique occidental				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Number of countries or territories reporting to WHO – Nombre de pays et de territoires ayant notifié des données à l'OMS		47		36		22		53		11		31		200		
Endemicity status – Degré d'endémicité																
Cutaneous leishmaniasis (CL) – Leishmaniose cutanée (LC)	Number of endemic ¹ countries – Nombre de pays d'endémie ¹	19	40%	21	58%	18	82%	25	47%	5	45%	1	3%	89	45%	
	Among them, – Parmi ceux-ci,															
	Number of reporting countries in 2020 – Nombre de pays ayant notifié des données en 2020	8	42%	18	86%	15	83%	13	52%	2	40%	0	0%	56	63%	
	Number of "high burden" ² countries – Nombre de pays à forte charge de morbidité ²	1	5%	3	14%	7	39%	1	4%	0	0%	0	0%	12	13%	
	Number of countries that "previously reported cases" ³ – Nombre de pays ayant préalablement notifié des cas ³	2	4%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	3	2%	
	Number of cases – Nombre de cas															
	New autochthonous ⁴ CL cases 2018 – Nouveaux cas autochtones de LC ⁴ 2018	13 889	7%	39 595	19%	150 805	73%	971	1%	2217	1%	ND	ND	207 477	100%	
	New autochthonous CL cases reported by "high burden" ² countries – Nouveaux cas autochtones de LC signalés par des pays à forte charge de morbidité	11 566	83%	26 358	67%	132 177	88%	ND	ND	NA – SO	NA – SO	NA – SO	NA – SO	170 101	82%	
	Imported ⁵ CL cases – Cas importés de LC ⁵	0		332		349		199		ND		ND		880		
	Imported CL cases reported by "high burden" ² countries – Cas importés de LC signalés par des pays à forte charge de morbidité	0	0%	298	90%	32	9%	0	0%	NA – SO	NA – SO	NA – SO		330	38%	
Endemicity status – Degré d'endémicité																
Visceral leishmaniasis (VL) – Leishmaniose viscérale (LV)	Number of endemic ¹ countries – Nombre de pays d'endémie ¹	14	30%	13	36%	18	82%	27	51%	6	55%	1	3%	79	40%	
	Among them, – Parmi ceux-ci,															
	Number of reporting countries in 2020 – Nombre de pays ayant notifié des données en 2020	9	64%	13	100%	14	78%	14	52%	4	67%	1	100%	55	70%	
	Number of "high burden" ² countries – Nombre de pays à forte charge de morbidité	4	29%	2	15%	2	11%	2	7%	3	50%	1	100%	14	18%	
	Number of countries that "previously reported cases" ³ – Nombre de pays ayant préalablement notifié des cas ³	4	9%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	5	3%	
	Number of cases – Nombre de cas															
	New autochthonous ⁴ VL cases – Nouveaux cas autochtones de LV ⁴	4311	34%	2009	16%	3709	29%	200	2%	2295	18%	215	2%	12 739	100%	
	New autochthonous VL cases reported by "high burden" ² countries – Nouveaux cas autochtones de LV signalés par des pays à forte charge de morbidité	3137	73%	1980	99%	3034	82%	42	21%	2295	100%	215	100%	10 703	84%	
	Imported ⁵ VL cases – Cas importés de LV ⁵	75		1		2		20		1		ND	ND	99		
	Imported VL cases reported by "high burden" ² countries – Cas importés de LV signalés par des pays à forte charge de morbidité	75	100%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	ND	ND	77	78%	

CL: cutaneous leishmaniasis, VL: visceral leishmaniasis, NA: not applicable, ND: no data. – LC: leishmaniose cutanée; LV: leishmaniose viscérale; ND: pas de données; SO: sans objet.

¹ A country is classified as "endemic" if at least one autochthonous case has been reported and the whole cycle of transmission has been demonstrated somewhere in that country. – Un pays peut être répertorié comme: i) «pays d'endémie» si au moins 1 cas autochtone a été signalé et le cycle complet de transmission a été mis en évidence à un endroit quelconque du pays.

² The selection of "high burden" countries among endemic countries was based on the number of leishmaniasis cases reported in 2013 (≥ 100 VL cases or ≥ 2500 CL cases), the availability of data, and the need of having each WHO region represented. – Parmi les pays d'endémie, les pays à forte charge de morbidité ont été sélectionnés en tenant compte du nombre de cas de leishmaniose notifiés en 2013 (≥ 100 cas de LV ou ≥ 2500 cas de LC), de la disponibilité des données et de la nécessité que toutes les Régions de l'OMS soient représentées.

³ A country is classified as having "previously reported cases" if at least one autochthonous case has been reported but the whole cycle of transmission has not been demonstrated in that country. – Un pays peut être répertorié comme ayant préalablement notifié des cas si au moins 1 cas autochtone a été signalé et que le cycle complet de transmission a été mis en évidence à un endroit quelconque du pays.

⁴ An autochthonous case is defined as a case who has most probably been infected in the country where he/she is reported. – Un cas autochtone est défini comme un cas qui a très probablement été infecté dans le pays dans lequel il a été signalé.

⁵ An imported case is defined as a case who has most probably been infected outside of the country where he/she is reported. – Un cas importé est défini comme un cas qui a très probablement été infecté en dehors du pays dans lequel il a été signalé.

Of the endemic countries, 25 have been considered to have a high burden of leishmaniasis since 2014: 14 countries for VL, 12 countries for CL and 1 country for both.⁷ In the reporting period 2019–2020, 2 countries were added, for a total of 27. “Having a high burden” is an operational definition based on the number of cases of leishmaniasis reported in 2013 (>100 VL cases or >2500 CL cases), the availability of data and the representation of each WHO region. During the period, 2 additional countries, Eritrea and Yemen, reported >100 VL cases and were considered to have a high burden. All other endemic countries are categorized as having a low burden. Only the AMR has established a formal classification of 5 transmission risk strata (low, average, high, intense and very intense) in their triennial CL and VL composite indicator.⁸

Reported cases

Reporting rates from countries to WHO

As of 10 August 2021, 56 of 89 countries (63%) endemic for CL had reported data for 2020 (*Table 1*). The reporting rates in countries that are endemic were high in AMR (86%; 18/21), EMR (83%; 15/18) and EUR (52%; 13/25), medium in AFR (42%; 8/19) and low in SEAR (40%; 2/5), where the rate is nevertheless much higher than in 2016 (16%). Of the 79 countries endemic for VL, 55 (70%) reported to WHO. The reporting rate was high in AMR (100%; 13/13) and WPR (100%; 1/1), medium in EMR (78%; 14/18) and low in SEAR (67%; 4/6), AFR (64%; 9/14) and EUR (52%; 14/27) (*Table 1*).

Geographical distribution

In 2020, 208 357 new CL cases (207 477 autochthonous and 880 imported) and 12 838 new VL cases (12 739 autochthonous and 99 imported) were reported to WHO (*Table 1*). The results below are calculated for the new autochthonous cases, excluding those that were imported and relapse cases. More than 90% of the new CL cases were reported from EMR (73%) and AMR (19%). EMR and Algeria are considered to constitute an eco-epidemiological “hotspot”, as together they reported 79% (162 371) of all CL cases. Seven countries, Afghanistan, Algeria, Brazil, Colombia, Iraq, Pakistan and the Syrian Arab Republic, each reported >6000 CL cases, representing >80% of cases globally (*Map 1*).⁴

In 2020, 34% of VL cases were reported by AFR, followed by 29% cases in EMR. AMR and SEAR reported 16% and 18% cases, respectively, while EUR and WPR reported only 2% of all cases. The 3 eco-epidemiological hotspots for VL are: East Africa (Ethiopia, Eritrea, Kenya, Somalia, South Sudan, Sudan and Uganda), with 57% of the total cases worldwide; the Indian subcontinent (Bangladesh,

Parmi les pays d'endémie, 25 ont été considérés comme ayant une forte charge de leishmaniose depuis 2014: 14 pour la LV, 12 pour la LC et 1 à la fois pour la LV et la LC.⁷ Au cours de la période 2019–2020 couverte par ce rapport, 2 pays ont été ajoutés, ce qui porte le total à 27. La «forte charge de morbidité» répond à une définition opérationnelle fondée sur le nombre de cas de leishmaniose notifiés en 2013 (>100 cas de LV ou >2500 cas de LC), la disponibilité des données et la représentation de chaque Région de l'OMS. Au cours de cette période, 2 pays supplémentaires, l'Érythrée et le Yémen, ont signalé >100 cas de LV et sont donc considérés comme des pays à forte charge de LV. Tous les autres pays d'endémie sont classés comme des pays à faible charge de morbidité. Seule la Région des Amériques a établi une classification formelle de 5 strates de risque de transmission (faible, moyen, élevé, intense et très intense) dans son indicateur composite triennal de LC et de LV.⁸

Cas notifiés

Taux de notification des cas par les pays à l'OMS

Au 10 août 2021, 56/89 (63%) pays d'endémie de la LC avaient communiqué à l'OMS des données pour 2020 (*Tableau 1*). Les taux de notification dans les pays d'endémie étaient élevés pour la Région des Amériques (86%; 18/21), la Région de la Méditerranée orientale (83%; 15/18) et la Région européenne (52%; 13/25), moyens pour la Région africaine (42%; 8/19) et faibles pour la Région de l'Asie du Sud-Est (40%; 2/5), où ce taux est néanmoins bien plus élevé qu'en 2016 (16%). Sur les 79 pays d'endémie de la LV, 55 (70%) ont communiqué des données à l'OMS. Les taux de notification étaient élevés dans la Région des Amériques (100%; 13/13) et dans la Région du Pacifique occidental (100%; 1/1), moyens dans la Région de la Méditerranée orientale (78%; 14/18), et faibles dans la Région de l'Asie du Sud-Est (67%; 4/6), dans la Région africaine (64%; 9/14) et dans la Région européenne (52%; 14/27) (*Tableau 1*).

Répartition géographique

En 2020, 208 357 nouveaux cas de LC (207 477 autochtones et 880 importés) et 12 838 nouveaux cas de LV (12 739 autochtones et 99 importés) ont été notifiés à l'OMS (*Tableau 1*). Les résultats ci-dessous sont calculés pour les nouveaux cas autochtones, en excluant les cas importés et les cas de rechute. Plus de 90% des nouveaux cas de LC notifiés provenaient de la Région de la Méditerranée orientale (73%) et de la Région des Amériques (19%). La Région de la Méditerranée orientale et l'Algérie constituent un foyer éco-épidémiologique, car elles notifient à elles seules 79% (162 371) de tous les cas de LC. Sept pays (Afghanistan, Algérie, Brésil, Colombie, Irak, Pakistan et République arabe syrienne) ont chacun notifié >6000 cas de LC, ce qui représente >80% des cas signalés à l'échelle mondiale (*Carte 1*).⁴

En 2020, 34% des cas de LV ont été notifiés par la Région africaine et 29% par la Région de la Méditerranée orientale. La Région des Amériques et la Région de l'Asie du Sud-Est ont notifié 16% et 18% des cas, respectivement, tandis que la Région européenne et la Région du Pacifique occidental n'ont signalé que 2% du nombre total de cas. Les 3 foyers éco-épidémiologiques pour la LV sont l'Afrique de l'Est (Éthiopie, Érythrée,

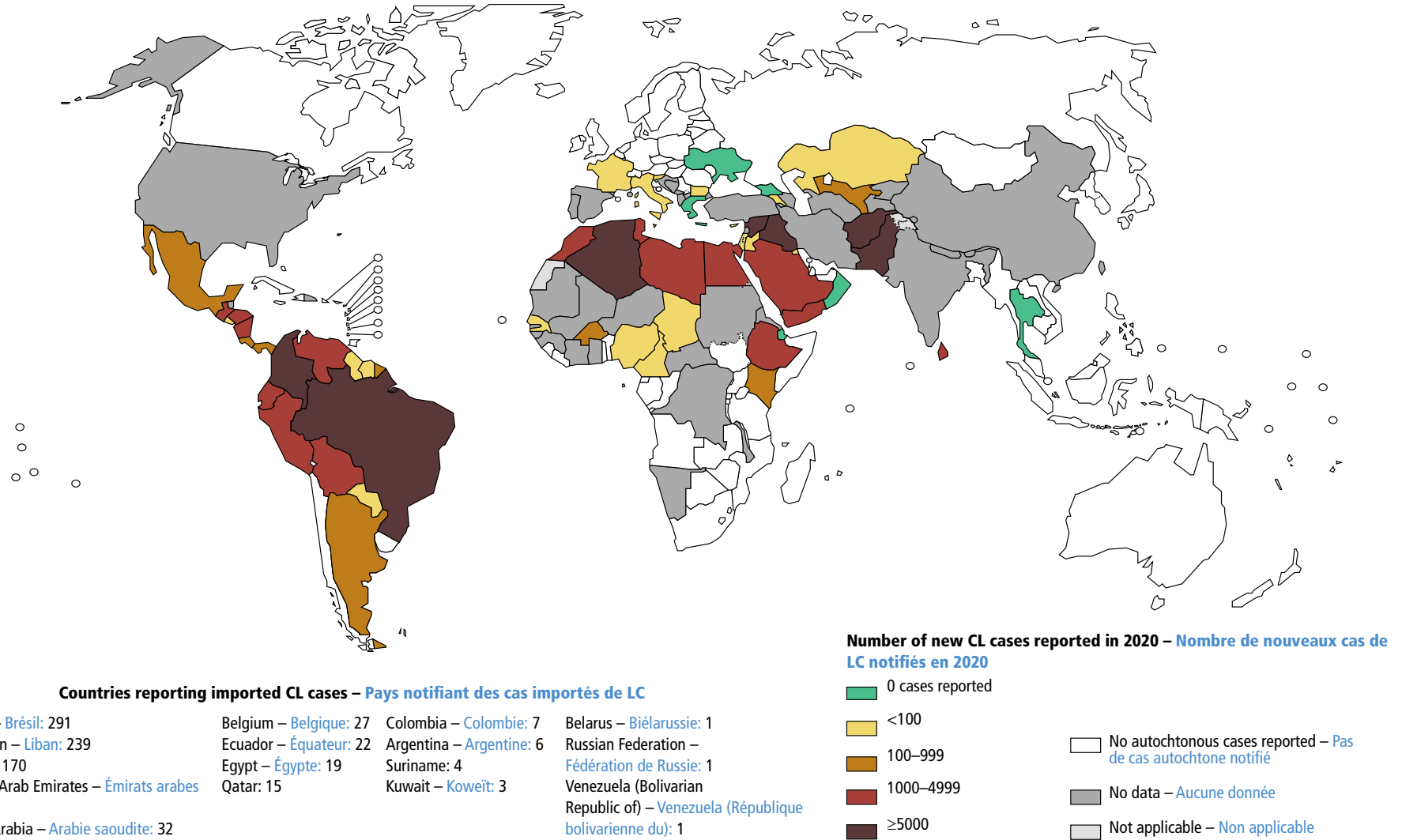
⁷ No. 22, 2016, pp. 287–296.

⁸ Manual of procedures for leishmaniasis surveillance and control in the Americas. Washington DC: WHO Regional Office for the Americas; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51838>, accessed July 2021).

⁷ No. 22, 2016, pp. 287–296.

⁸ Manual of procedures for leishmaniasis surveillance and control in the Americas. Washington DC, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51838>, consulté en juillet 2021).

Map 1 **Status of endemicity of cutaneous leishmaniasis (CL) worldwide, 2020**
 Carte 1 **Endémicité de la leishmaniose cutanée (LC) dans le monde, 2020**



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les limites et appellations figurant sur cette carte ou les désignations employées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

© World Health Organization (WHO), 2021. All rights reserved. – © Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2021. Tous droits réservés.

Data source: World Health Organization. – Source des données: Organisation mondiale de la santé.

Map production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD), World Health Organization. – Production de la carte: Lutte contre les maladies tropicales négligées (NTD), Organisation mondiale de la santé.

India and Nepal), with 18%; and Brazil, with 16%. Six countries, Brazil, Ethiopia, Eritrea, Kenya, India and Sudan, each reported >1000 VL cases, representing 79% of all cases globally (Map 2). With Chad, Iraq, Nepal, Somalia, South Sudan and Yemen, these 12 countries reported 96% of VL cases worldwide.

East Africa and the Indian subcontinent reported 45% (7610/17 425) and 27% (4692/17 425) of all cases in 2018 and 54% (7768/14 519) and 21% (3105/14 519) in 2019, respectively. In 2020, the trend changed further, with 57% of cases (7205/12 739) in East Africa and 18% (2295/12 739) on the Indian subcontinent. The proportions of the global VL burden decreased in AMR and rose in EMR from 21% (3562/17 425) and 21% (3610/17 425) in 2018 to 18% (2 603/14 518) and 26% (3740/14 518) in 2019, respectively. In 2020, the proportion decreased in AMR to 16% (2010/12 739) but rose to 29% (3709/12 739) in EMR. Although China reported 166 and 215 cases in 2019 and 2020, respectively, representing <1% of the global VL burden, it remains a high-burden country according to the operational definition.

Trends over time

At global level, there was a general increasing trend in the number of new autochthonous CL cases reported annually to WHO between 1998 and 2019 and a sharp decrease between 2019 and 2020, from 251 553 to 207 477 cases (Figure 1a). The global trend is due mainly to the trend in EMR.

In AMR, where current reporting rates are high, there was a slight decreasing trend in CL cases, from a peak of 68 602 cases in 2005 to 39 595 cases in 2020. Details of the epidemiology of the leishmaniasis in AMR are published regularly elsewhere.⁹ The numbers of cases in AFR increased slightly between 2018 and 2020, after a decrease in 2019. In EUR, there was a fluctuating trend of 2300–3400 cases after 2010 and a sharp decrease to around 1000 cases in 2017–2018, which remained steady near this number in 2019 and 2020. No cases have been reported from WPR in the past 5 years. In SEAR, where 99% of CL cases are reported from Sri Lanka, there was a 15-times increase between 2010 and 2018, from 148 to 2189 cases. In 2019, it reported the highest number of cases in the past 5 years, i.e. 3249, followed by 2217 in 2020. A recent report from India indicated autochthonous CL cases in established endemic areas due to *L. tropica*, *L. major* and *L. donovani*; however, no CL cases were reported to WHO for India in 2015–2020.

Since 2011, the number of VL cases reported has decreased consistently, from 64 223 to 12 739 cases in 2020, which is the lowest number since 1998 (Figure 1b). Since 2011, SEAR has seen a sharp decrease in the

Kenya, Ouganda, Somalie, Soudan et Soudan du Sud), avec 57% du nombre total de cas dans le monde; le sous-continent indien (Bangladesh, Inde et Népal), avec 18%; et le Brésil, avec 16%. Six pays (Brésil, Éthiopie, Érythrée, Kenya, Inde et Soudan) ont chacun notifié >1000 cas de LV, soit 79% des cas dans le monde (Carte 2). Avec l'Irak, le Népal, la Somalie, le Soudan du Sud, le Tchad et le Yémen, ces 12 pays représentent 96% des cas de LV dans le monde.

L'Afrique de l'Est et le sous-continent indien ont notifié respectivement 45% (7610/17 425) et 27% (4692/17 425) de tous les cas de LV en 2018, et 54% (7768/14 519) et 21% (3105/14 519) en 2019. En 2020, cette tendance a encore évolué, avec 57% (7205/12 739) des cas en Afrique de l'Est et 18% (2295/12 739) sur le sous-continent indien. Les proportions de la charge mondiale de la LV ont diminué dans la Région des Amériques et augmenté dans la Région de la Méditerranée orientale, passant de 21% (3562/17 425) et 21% (3610/17 425) en 2018 à 18% (2603/14 518) et 26% (3740/14 518) en 2019, respectivement. En 2020, ces proportions ont diminué dans la Région des Amériques pour atteindre 16% (2010/12 739) mais augmenté à 29% (3709/12 739) dans la Région de la Méditerranée orientale. Bien que la Chine ait notifié 166 et 215 cas dans la Région du Pacifique occidental en 2019 et 2020, respectivement, soit <1% de la charge mondiale de la LV, elle reste un pays à charge élevée selon la définition opérationnelle.

Évolution

Au niveau mondial, le nombre de nouveaux cas autochtones de LC notifiés chaque année à l'OMS a eu tendance à augmenter entre 1998 et 2019, puis à diminuer nettement entre 2019 et 2020, quand le nombre de cas est passé de 251 553 à 207 477 (Figure 1a). Cette tendance mondiale est principalement due à l'évolution de la situation dans la Région de la Méditerranée orientale.

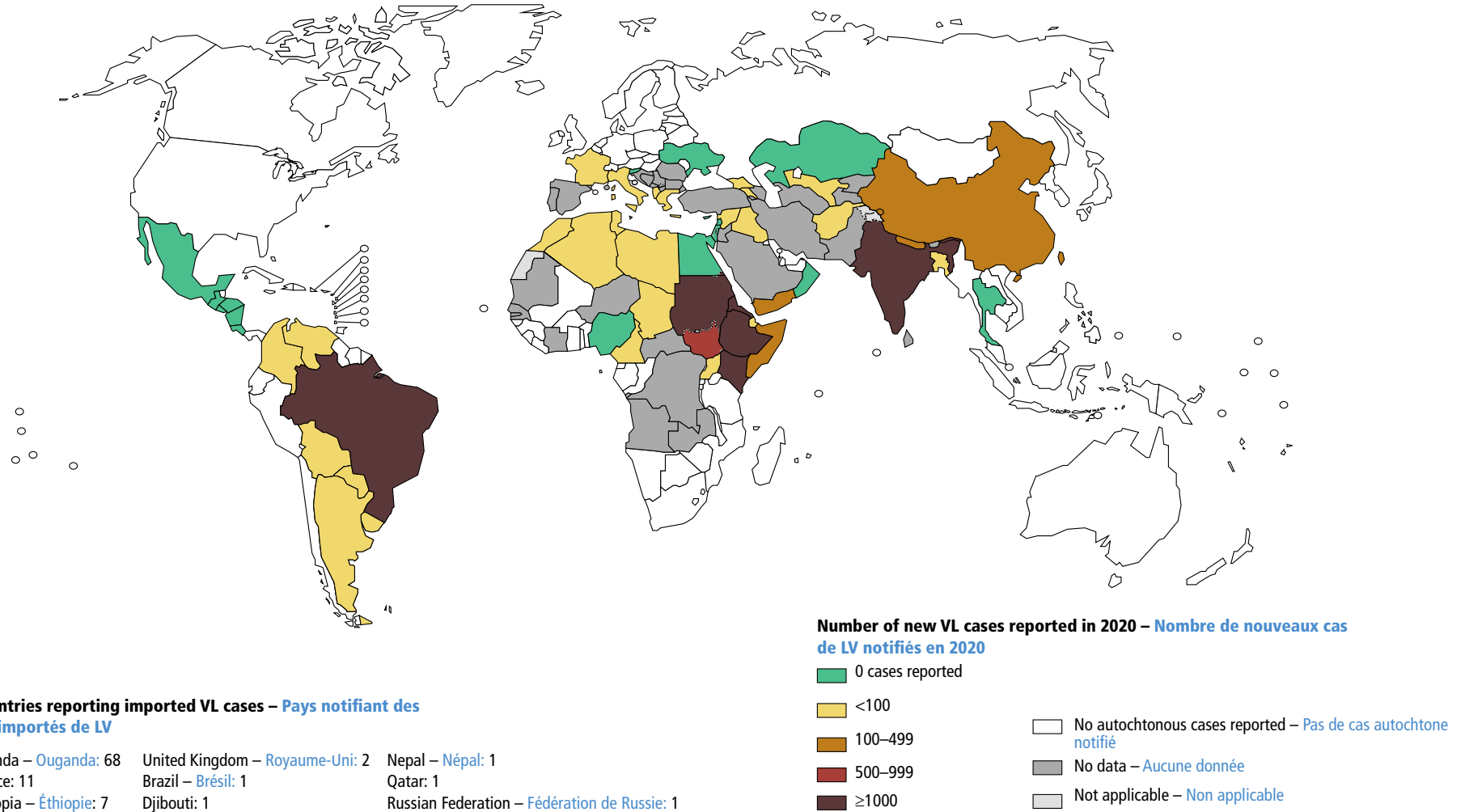
Dans la Région des Amériques, où le taux de notification actuel est élevé, on observe une légère tendance à la baisse du nombre de cas de LC; après un pic en 2005 avec 68 602 cas, le nombre de cas s'établissait à 39 595 en 2020. Des informations détaillées sur l'épidémiologie des leishmanioses dans la Région des Amériques sont régulièrement publiées ailleurs.⁹ Le nombre de cas dans la Région africaine a légèrement augmenté entre 2018 et 2020, malgré une baisse en 2019. Dans la Région européenne, on a observé une tendance fluctuante de 2300 à 3400 cas après 2010, puis une forte baisse à environ 1000 cas en 2017–2018, un nombre qui s'est maintenu en 2019 et en 2020. Aucun cas n'a été notifié par la Région du Pacifique occidental au cours des 5 dernières années. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, où 99% des cas de LC notifiés se trouvent au Sri Lanka, le nombre de cas a été multiplié par 15 entre 2010 et 2018, passant de 148 à 2189. Cette Région a signalé le plus grand nombre de cas au cours des 5 dernières années: 3249 cas en 2019, puis 2217 cas en 2020. Un récent rapport provenant d'Inde a fait état de cas de LC autochtones dus à *L. tropica*, *L. major* et *L. donovani* dans des zones d'endémie établies; toutefois, aucun cas de LC n'a été signalé à l'OMS pour l'Inde entre 2015 et 2020.

Depuis 2011, le nombre de cas de LV notifié a régulièrement diminué, passant de 64 223 à 12 739 cas en 2020, le nombre le plus faible depuis 1998 (Figure 1b). Cette Région connaît une forte diminution du nombre de cas depuis 2011 pour atteindre

⁹ Leishmaniasis: Epidemiological reports of the Americas, No. 9. Washington DC: WHO Regional Office for the Americas; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53090>, accessed July 2021).

⁹ Leishmaniasis: Epidemiological reports of the Americas, No. 9. Washington DC, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53090>, consulté en juillet 2021).

Map 2 **Status of endemicity of visceral leishmaniasis (VL) worldwide, 2020**
 Carte 2 **Endémicité de la leishmaniose viscérale (LV) dans le monde, 2020**



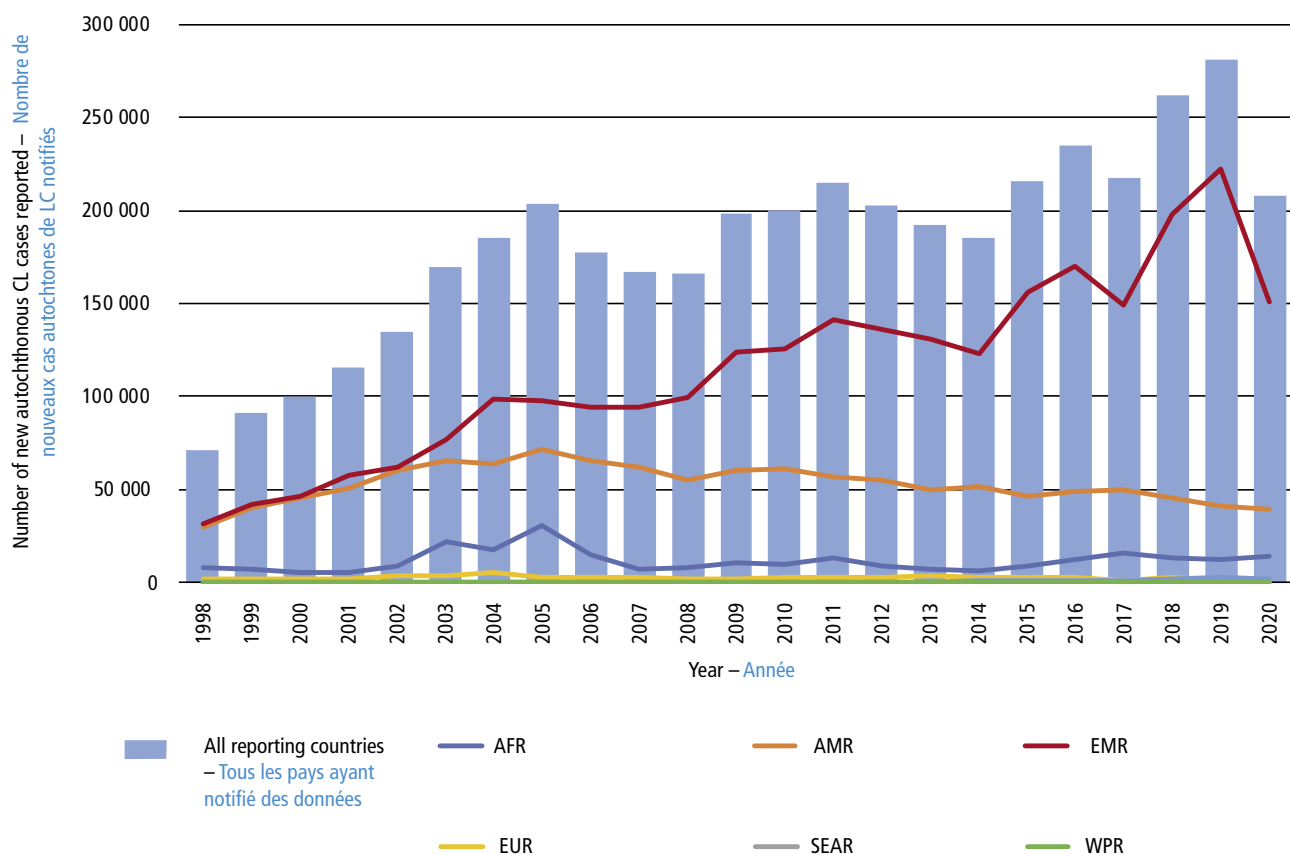
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les limites et appellations figurant sur cette carte ou les désignations employées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

© World Health Organization (WHO), 2021. All rights reserved. – © Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2021. Tous droits réservés.

Data source: World Health Organization. – Source des données: Organisation mondiale de la santé.

Map production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD), World Health Organization. – Production de la carte: Lutte contre les maladies tropicales négligées (NTD), Organisation mondiale de la santé.

Figure 1a **Evolution of the numbers of cutaneous leishmaniasis (CL) cases, by WHO region, 1998–2020**
 Figure 1a **Évolution du nombre de cas de leishmaniose cutanée (LC), par Région de l'OMS, 1998-2020**



WHO regions: AFR: African Region, AMR: Region of the Americas, EMR: Eastern Mediterranean Region, EUR: European Region, SEAR: South-East Asia Region, WPR: Western Pacific Region. – Régions de l'OMS: AFR: Région africaine, AMR: Région des Amériques, EMR: Région de la Méditerranée orientale, EUR: Région européenne, SEAR: Région de l'Asie du Sud-Est, WPR: Région du Pacifique occidental.

number of cases, to <2500 cases in 2020, i.e. a decrease of 94% (2295/36 920). In AFR, the decreasing trend observed since 2016 continued in 2020 despite outbreaks in Chad and Kenya; since 2018, AFR has reported more VL cases than SEAR for the third consecutive year.

Imported cases

As the origin of cases (autochthonous or imported) has been reported only since 2013, the indicator of the number of cases of CL and VL reported did not distinguish cases by origin before that date.

In 2020, 880 imported cases of CL and 99 of VL were reported to WHO. In the past 5 years, 99% of imported CL cases have been reported from AMR, EMR and EUR, notably from Brazil (1161; 73% of imported cases reported by AMR), the Bolivarian Republic of Venezuela (47), Colombia (170), France (716), the Islamic Republic of Iran (540), Lebanon (1092) and Turkey (1927 imported cases). Most imported cases of VL in the past 5 years, i.e. 62% (361/578), have been reported by AFR. In 2020, 76% (75/99) of imported cases were reported by AFR,

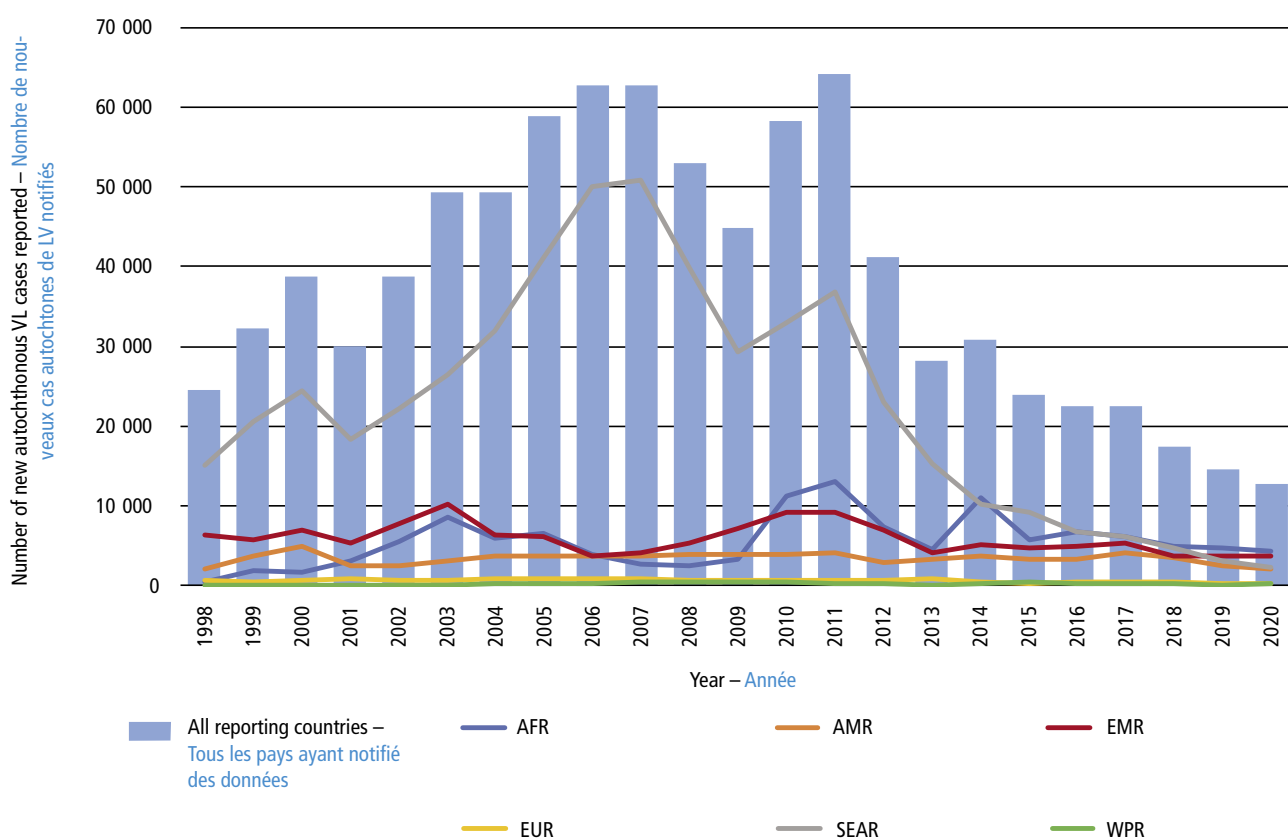
<2500 cas en 2020, soit une baisse de 94% (2295/36 920). Dans la Région africaine, la tendance à la baisse observée depuis 2016 s'est poursuivie en 2020 malgré l'apparition de flambées épidémiques au Kenya et au Tchad; depuis 2018, cette Région notifie plus de cas de LV que la Région de l'Asie du Sud-Est pour la troisième année consécutive.

Cas importés

L'origine des cas (autochtone ou importée) n'est communiquée que depuis 2013; par conséquent, avant cette date, l'indicateur sur le nombre de cas de LC et de LV notifiés ne faisait pas de distinction entre les cas selon leur origine.

En 2020, 880 cas importés de LC et 99 cas importés de LV ont été notifiés à l'OMS. Au cours des 5 dernières années, 99% des cas de LC importés ont été signalés par la Région des Amériques, la Région de la Méditerranée orientale et la Région européenne, notamment le Brésil (1161; 73% des cas importés signalés par la Région des Amériques), la République bolivarienne du Venezuela (47), la Colombie (170), la France (716), le Liban (1092), la République islamique d'Iran (540) et la Turquie (1927). La plupart des cas de LV importés au cours des 5 dernières années ont été notifiés par la Région africaine (62%; 361/578). En 2020,

Figure 1b **Evolution of numbers of visceral leishmaniasis (VL) cases, by WHO region, 1998–2020**
 Figure 1b **Évolution du nombre de cas de leishmaniose viscérale (LV), par Région de l’OMS, 1998-2020**



WHO regions: AFR: African Region, AMR: Region of the Americas, EMR: Eastern Mediterranean Region, EUR: European Region, SEAR: South-East Asia Region, WPR: Western Pacific Region. – Régions de l’OMS: AFR: Région africaine, AMR: Région des Amériques, EMR: Région de la Méditerranée orientale, EUR: Région européenne, SEAR: Région de l’Asie du Sud-Est, WPR: Région du Pacifique occidental.

mainly from Uganda (68 imported cases originating in Kenya) and Ethiopia (7 imported VL cases from South Sudan).

New, relapse and unspecified cases

Since 2014, WHO has collected data on cases classified as new, relapse and unspecified, as well as origin i.e. autochthonous, imported and origin unknown. In the past 5 years, 1 203 780 new CL cases (1 196 846 autochthonous and 6934 imported) were reported, with 10 507 relapse (10 219 autochthonous, 19 imported and 269 origin unknown); 82 467 CL cases were reported as type unspecified (34 450 autochthonous, 1226 imported and 46 791 as origin unknown).

In the past 5 years, 90 312 new VL cases (89 734 autochthonous and 578 imported) have been reported, and 2771 relapse cases (2226 autochthonous, 38 imported and 507 origin unknown); 4301 cases were classified as unspecified (1024 autochthonous, 431 relapse and 2846 origin unknown). Sudan reported all its VL cases in 2019 and 2020 as unspecified.

76% (75/99) des cas importés se trouvaient dans la Région africaine, principalement en Ouganda (68 cas importés en provenance du Kenya) et en Éthiopie (7 cas importés en provenance du Soudan du Sud).

Nouveaux cas, cas de rechute et cas non spécifiés

Depuis 2014, l’OMS collecte des données sur les cas classés comme nouveaux cas, cas de rechute et cas non spécifiés, et sur l’origine des cas – autochtones, importés et d’origine inconnue. Au cours des 5 dernières années, 1 203 780 nouveaux cas de LC (1 196 846 cas autochtones et 6934 cas importés) ont été signalés, avec 10 507 cas de rechute (10 219 cas autochtones, 19 cas importés et 269 cas d’origine inconnue); 82 467 cas de LC de type non spécifié ont été notifiés (34 450 cas autochtones, 1226 cas importés et 46 791 cas d’origine inconnue).

Au cours des 5 dernières années, 90 312 nouveaux cas de LV (89 734 autochtones et 578 importés) ont été signalés, et 2771 cas de rechute (2226 autochtones, 38 importés et 507 d’origine inconnue); 4301 cas ont été classés comme non spécifiés (1024 autochtones, 431 rechutes et 2846 d’origine inconnue). En 2019 et 2020, le Soudan a notifié tous ses cas de LV comme non spécifiés.

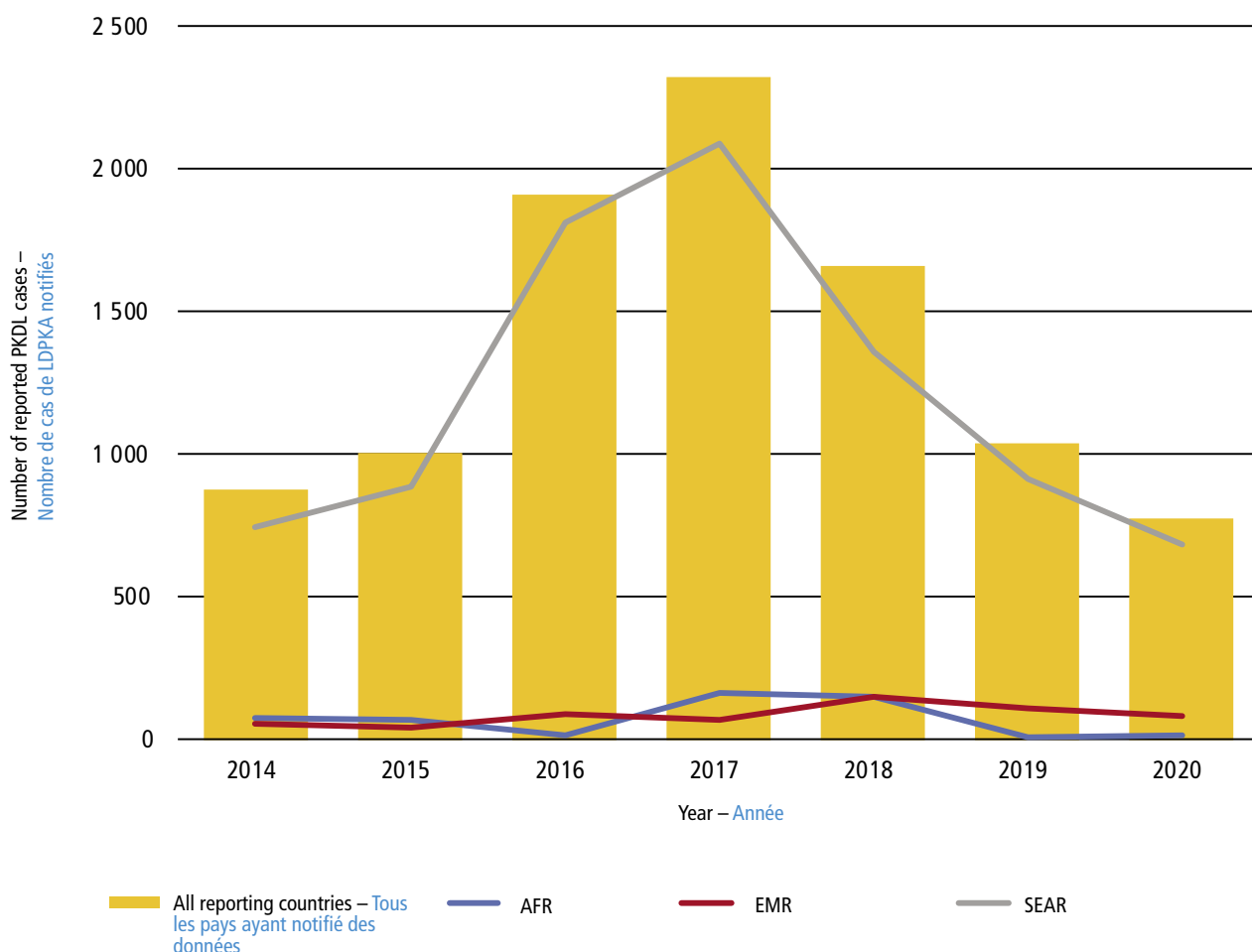
Post-kala-azar dermal leishmaniasis

Since 2014, WHO has been strengthening surveillance of PKDL, which is usually a sequel of VL and represents a potential reservoir of infection. In the past 5 years, 7705 PKDL cases were reported from 3 WHO regions: AFR reported 351 cases (5%), EMR 496 cases (6%) and SEAR 6858 cases (89%); EUR and WPR reported none. In 2020, a total of 778 PKDL cases were reported from 7 countries, with significant variations in their contribution to the total: 96% (617/778) from India, 10% (78/778) from Sudan, 7% (57/778) from Bangladesh, 2% (12/778) from South Sudan and 1% (4/778) from Ethiopia. Nepal and Uganda reported <1% (7 and 1 cases, respectively), while Yemen reported 2 cases each year (<1%) for the first time in 2019 and 2020. The trend increased over the 7-year period, with a 2- to 3-times increase between 2014 and 2020 (Figure 2).

Leishmaniose dermique post-kala-azar

Depuis 2014, l'OMS renforce la surveillance de la LDPKA, qui est généralement une séquelle de la LV et qui représente un réservoir potentiel d'infection. Au cours des 5 dernières années, 7705 cas de LDPKA ont été notifiés dans 3 Régions de l'OMS: 351 cas (5%) dans la Région africaine, 6858 cas (89%) dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 496 cas (6%) dans la Région de la Méditerranée orientale, tandis que la Région européenne et la Région du Pacifique occidental ont notifié zéro cas. En 2020, un total de 778 cas de LDPKA ont été signalés dans 7 pays, dont la contribution à ce total était très variable: 96% (617/778) en Inde, 10% (78/778) au Soudan, 7% (57/778) au Bangladesh, 2% (12/778) au Soudan du Sud et 1% (4/778) en Éthiopie. Le Népal et l'Ouganda ont signalé <1% (7 et 1 cas, respectivement) des cas, tandis que le Yémen a notifié 2 cas chaque année (<1%) pour la première fois en 2019 et 2020. Le nombre de cas a été multiplié par 2 ou 3 entre 2014 et 2020 (Figure 2).

Figure 2 **Numbers of cases of post-kala-azar dermal leishmaniasis (PKDL), by WHO region*, 2014–2020**
 Figure 2 **Nombre de cas de leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA), par Région* de l'OMS, 2014-2020**



WHO regions: AFR: African Region, AMR: Region of the Americas, EMR: Eastern Mediterranean Region, EUR: European Region, SEAR: South-East Asia Region, WPR: Western Pacific Region. – Régions de l'OMS: AFR: Région africaine, AMR: Région des Amériques, EMR: Région de la Méditerranée orientale, EUR: Région européenne, SEAR: Région de l'Asie du Sud-Est, WPR: Région du Pacifique occidental.

* AMR, EUR and WPR have reported 0 PKDL cases in 2014–2020 – AMR, EUR et WPR ont notifié 0 cas de LDPKA sur la période 2014-2020.

Case fatality rates in VL patients

Since 2014, 29 countries have reported VL deaths (including 0) for at least 1 year, and 16 have reported at least 1 death. A total of 3813 deaths were reported in 2014–2020, of which 3420 were among new cases, 21 were relapse cases and remaining 372 were unspecified. A mean annual number of 538 deaths was reported in the previous 5-year period, ranging from 604 in 2016 to 347 in 2020. The reported case fatality rate among all types of VL patients remained at 3.3% in 2017 and 2018 but decreased to 2.8% in 2019 and 2.7% in 2020.

In 2019 and 2020, >95% of VL deaths were reported by 10 countries: Bangladesh (2 in 2019 and 5 in 2020), Brazil (196 in 2019 and 151 in 2020), Ethiopia (35 in 2019 and 31 in 2020), India (43 in 2019 and 37 in 2020), Kenya (43 in 2019 and 21 in 2020), Paraguay (2 in 2019 and 5 in 2020), Nepal (5 in 2019 and 3 in 2020), Somalia (9 in 2019 and 11 in 2020), South Sudan (no data in 2019 and 21 in 2020) and Sudan (52 deaths in 2019, 46 in 2020). In 2020, the case fatality rate was >1% in the 13 countries that reported at least 1 death. The case fatality rate among all types of VL cases was >2% in 9 countries: Bangladesh (6.9%, 5/72), Brazil (7.1%, 151/2140), Cameroon (12.1%, 4/33), Chad (4.1%, 3/74), Djibouti 20%, 2/10), Ethiopia (2.6%, 31/1186), Paraguay (16.1%, 5/31), Somalia (2.3%, 11/472) and South Sudan (2.8%, 23/827).

Age and gender distribution

The completeness of data on both age and gender distribution increased dramatically in the period 2014–2020, except for VL in 2019. For CL, information on age and gender was missing for 87% and 94% in 2014, 18% for both in 2016 and <1% for both in 2020 (*Figures 3a and 3b*). The trend was similar for VL, except for 2019, when information was missing for 33% and 32%. Data on age or gender disaggregation for VL in 2019 was missing for Bangladesh, South Sudan, Sudan and Uganda.

In 2020, 10 of 14 VL high-burden countries reported the age and gender distribution of cases (*Figures 4a and 4b*). Among the countries that reported, 58% of VL cases were in people aged ≥15 years, 26% in those aged 5–14 years and 16% in those aged <5 years and <1% in people of unknown age. More than 75% of cases were in people aged ≥15 years in Bangladesh (87%), Ethiopia (78%) and Nepal (75%), while 20% or more were in children <5 years of age in 4 countries: Brazil (24%), Nepal (20%), Paraguay (38%) and Somalia (55%).

In 2020, the distribution of gender was reported from high-burden countries: 58% of VL cases were male, 42% were female only 4 cases (<1%) with gender unknown. Over-representation of males among VL cases was seen in 6 high-burden countries, with 89% of cases in males in Brazil and Ethiopia, 69% in Nepal, 68% in Kenya, 65% in Paraguay and 63% in Somalia.

In 2017 and 2018, for which the information is more complete, about 50% of CL cases were in people aged ≥15 years (53% in 2017 and 55% in 2018); 20% in 2017 and 27% in 2018 were in children aged 5–14 years, and

Taux de létalité chez les patients atteints de LV

Depuis 2014, 29 pays ont notifié le nombre de décès dus à la LV (y compris 0) pour au moins 1 année, et 16 ont signalé au moins 1 décès. Au total, 3813 décès ont été signalés entre 2014 et 2020, dont 3420 parmi les nouveaux cas, 21 parmi les cas de rechute et 372 parmi les cas non spécifiés. Le nombre annuel moyen de décès notifiés au cours des 5 dernières années s'établit à 538 (de 604 en 2016 à 347 en 2020). Le taux de létalité rapporté parmi tous les types de patients atteints de LV s'élevait à 3,3% en 2017 et 2018; il a ensuite diminué en 2019 et 2020, s'établissant à 2,8% et 2,7%, respectivement.

En 2019 et 2020, >95% des décès dus à la LV ont été signalés par 10 pays: le Bangladesh (2 décès en 2019 et 5 en 2020), le Brésil (196 décès en 2019 et 151 en 2020), l'Éthiopie (35 décès en 2019 et 31 en 2020), l'Inde (43 décès en 2019 et 37 en 2020), le Kenya (43 décès en 2019 et 21 en 2020), le Népal (5 décès en 2019 et 3 en 2020), le Paraguay (2 décès en 2019 et 5 en 2020), la Somalie (9 décès en 2019 et 11 en 2020), le Soudan (52 décès en 2019 et 46 en 2020) et le Soudan du Sud (pas de données en 2019 et 21 décès en 2020). En 2020, le taux de létalité était >1% dans les 13 pays qui ont notifié au moins 1 décès. Le taux de létalité parmi tous les types de cas de LV était >2% dans 9 pays: le Bangladesh (6,9%, 5/72), le Brésil (7,1%, 151/2140), le Cameroun (12,1%, 4/33), Djibouti 20%, 2/10), l'Éthiopie (2,6%, 31/1186), le Paraguay (16,1%, 5/31), la Somalie (2,3%, 11/472), le Soudan du Sud (2,8%, 23/827) et le Tchad (4,1%, 3/74).

Répartition par âge et par sexe

L'exhaustivité des données sur la répartition par âge et par sexe a progressé de façon spectaculaire au cours de la période 2014–2020, sauf pour la LV en 2019. Pour la LC, les informations sur l'âge et le sexe étaient manquantes pour 87% et 94% des cas, respectivement, en 2014, 18% des cas globalement en 2016 et <1% globalement en 2020 (*Figures 3a et 3b*). Pour la LV, la tendance était similaire, sauf pour 2019 où les informations manquaient pour 33% et 32% des cas, respectivement. Les données sur la ventilation par âge ou par sexe de la LV en 2019 manquaient pour le Bangladesh, l'Ouganda, le Soudan et le Soudan du Sud.

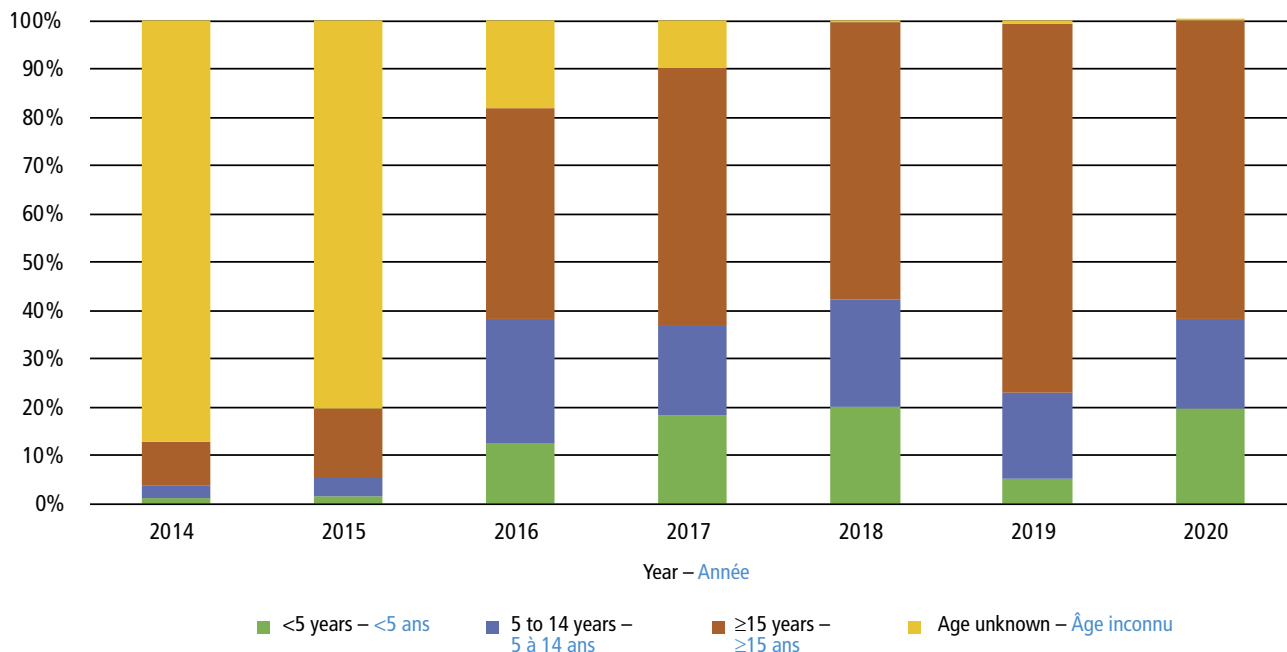
En 2020, 10 des 14 pays à forte charge de LV ont communiqué la répartition des cas par âge et par sexe (*Figures 4a et 4b*). Dans ces pays, 58% des cas de LV étaient des personnes âgées de ≥15 ans, 26% des enfants âgés de 5 à 14 ans et 16% des enfants âgés de <5 ans; pour <1% des cas, l'âge n'était pas précisé. Plus de 75% des cas étaient des personnes âgées de ≥15 ans au Bangladesh (87%), en Éthiopie (78%) et au Népal (75%), tandis que 20% ou plus étaient des enfants âgés de <5 ans dans 4 pays: le Brésil (24%), le Népal (20%), le Paraguay (38%), et la Somalie (55%).

En 2020, la répartition entre les sexes a été communiquée par les pays à forte charge de LV: 58% des cas étaient des hommes et 42% des femmes; pour 4 cas (<1%) seulement, le sexe n'était pas précisé. La surreprésentation des hommes parmi les cas de LV a été constatée dans 6 pays à forte charge de morbidité, avec 89% des cas de sexe masculin au Brésil et en Éthiopie, 69% au Népal, 68% au Kenya, 65% au Paraguay et 63% en Somalie.

En 2017 et 2018, années pour lesquelles on dispose de données plus complètes, environ 50% des cas de LC étaient des personnes âgées de ≥15 ans (53% en 2017 et 55% en 2018), 20% (en 2017) et 27% (en 2018) étaient des enfants âgés de 5 à 14 ans, et 18%

Figure 3a **Distribution of new cutaneous leishmaniasis (CL) cases by age group, 2014–2020, in high-burden countries (as of 10 August 2021)**

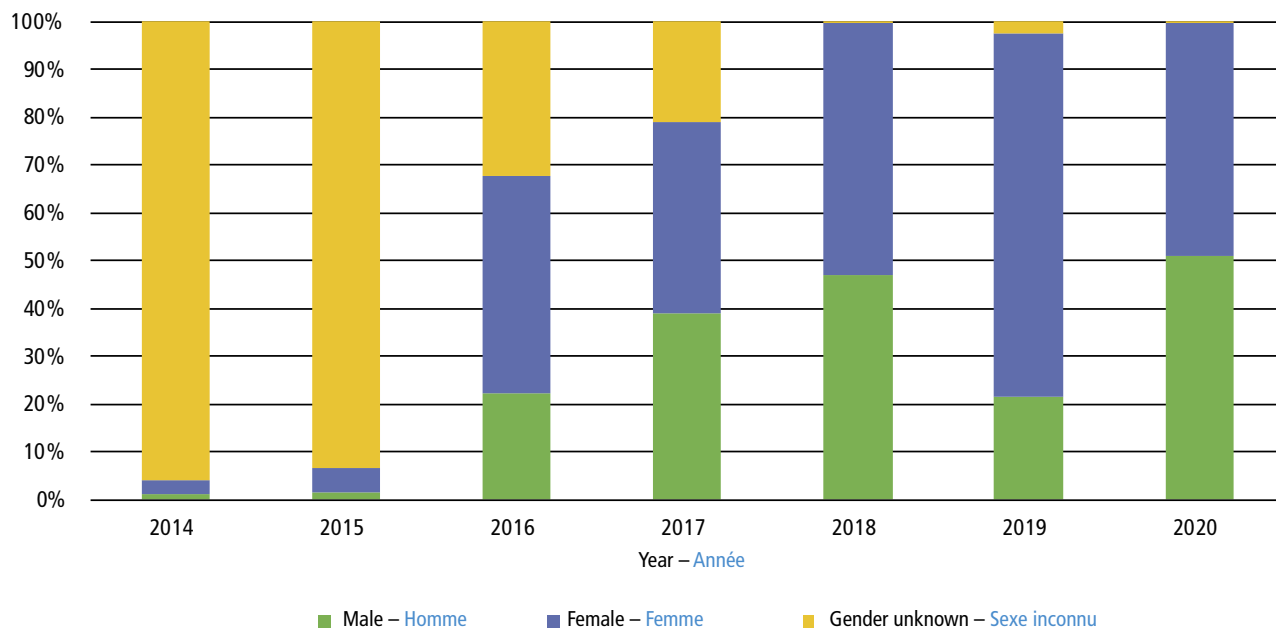
Figure 3a **Répartition des nouveaux cas de leishmaniose cutanée (LC) par tranche d'âge, 2014-2020, dans les pays à forte charge de morbidité (au 10 août 2021)**



Source: screenshot from the dashboard of the WHO global online surveillance leishmaniasis database. – Source: capture d'écran du tableau de bord du site internet de l'OMS pour la surveillance mondiale de la leishmaniose.

Figure 3b **Distribution of new cutaneous leishmaniasis (CL) cases by gender, 2014–2020, in high-burden countries (as of 10 August 2021)**

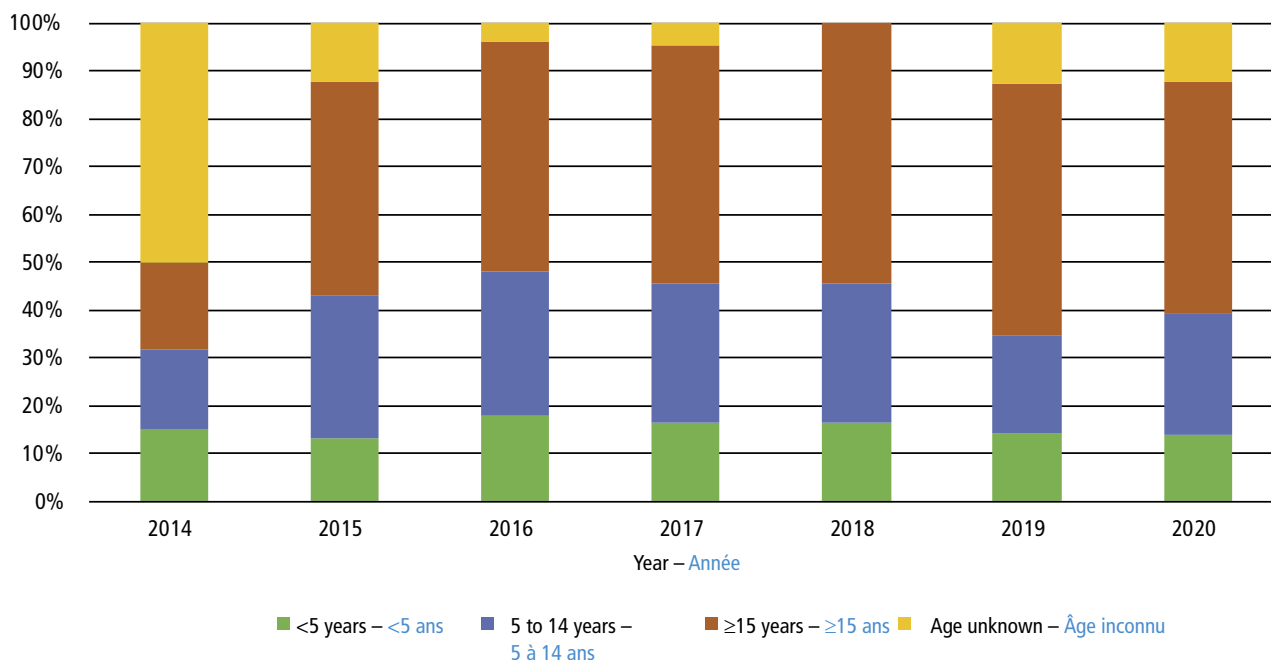
Figure 3b **Répartition des nouveaux cas de leishmaniose cutanée (LC) par sexe, 2014-2020, dans les pays à forte charge de morbidité (au 10 août 2021)**



Source: screenshot from the dashboard of the WHO global online surveillance leishmaniasis database. – Source: capture d'écran du tableau de bord du site internet de l'OMS pour la surveillance mondiale de la leishmaniose.

Figure 4a **Distribution of new visceral leishmaniasis (VL) cases by age group, 2014–2020, in high-burden countries (as of 10 August 2021)**

Figure 4a **Répartition des nouveaux cas de leishmaniose viscérale (LV) par tranche d'âge, 2014-2020, dans les pays à forte charge de morbidité (au 10 août 2021)**



Source: screenshot from the dashboard of the WHO global online surveillance leishmaniasis database. – Source: capture d'écran du tableau de bord du site internet de l'OMS pour la surveillance mondiale de la leishmaniose.

18% (in 2017) and 21% (in 2018) were in children aged <5 years. The age distribution differed by region, with >80% of cases aged ≥15 years in AMR in 2017 and 2018 and only about 40% of cases in that age group in EMR. It is important to note that the age distribution in AMR is collected differently from other regions, i.e. <5 years, 5–10 years, >10 years. According to this classification, the age distribution in 2020 was 5% <5 years, 6% 5–10 years, 88% >10 years and unspecified 0.5% (Figure 3a).

During the same period, the gender distribution of CL cases was well balanced: 47% of cases were female in 2018 (52% male and 1% unknown) and 45% of cases were female in 2017 (50% male and 5% unknown). This is due largely to an even balance in EMR, where 49% of cases were female in 2018 and 50% in 2017 (with no missing information). Conversely, in AMR, the distribution was biased towards males, as only 30% of cases were in females in 2018 and 31% in 2017.

HIV-VL co-infection

Co-infection with HIV and *Leishmania* has been reported from 42 countries. During the period 2014–2020, >50 000 VL cases in 16 countries were tested for HIV co-infection and the results were reported to WHO. Of the 14 VL high-burden countries, 10 reported at least

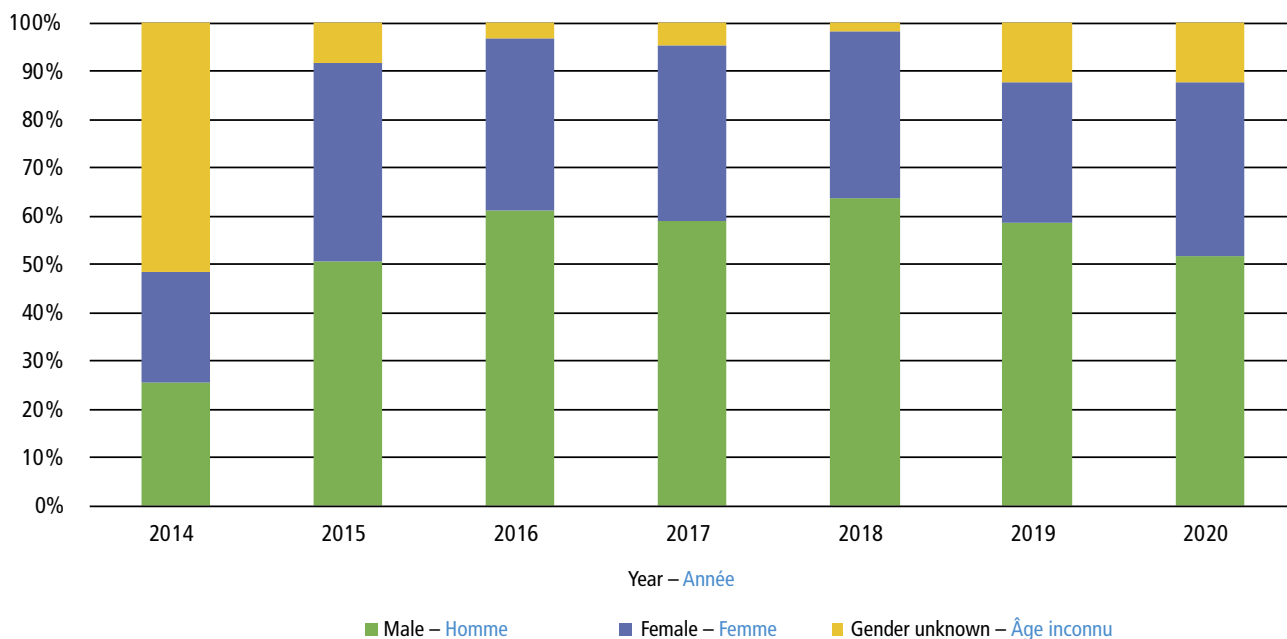
(en 2017) et 21% (en 2018) des enfants âgés de <5 ans. La répartition par âge différait selon les Régions, avec >80% des cas âgés de ≥15 ans dans la Région des Amériques en 2017 et 2018 et seulement environ 40% des cas dans cette tranche d'âge dans la Région de la Méditerranée orientale. Il est important de noter que, dans la Région des Amériques, les tranches d'âge utilisées dans la répartition par âge sont différentes de celles utilisées dans les autres Régions: <5 ans; 5-10 ans; >10 ans. Selon cette classification régionale, la répartition par âge en 2020 s'établissait ainsi: 5% de cas âgés de <5 ans, 6% âgés de 5 à 10 ans, 88% âgés de >10 ans et 0,5% sans indication de l'âge (Figure 3a).

Pendant cette même période, la répartition des cas de LC entre les sexes était bien équilibrée: 47% des cas étaient des femmes en 2018 (52% d'hommes et 1% sans indication du sexe) et 45% des cas étaient des femmes en 2017 (50% d'hommes et 5% sans indication du sexe). Cela est dû en grande partie à un équilibre entre les sexes dans la Région de la Méditerranée orientale, où 49% des cas étaient des femmes en 2018 et 50% en 2017 (sans aucune information manquante). À l'inverse, dans la Région des Amériques, la répartition montrait que les hommes étaient davantage touchés, puisque seulement 30% des cas étaient des femmes en 2018 et 31% en 2017.

Co-infection LV-VIH

Des cas de co-infection par *Leishmania* et le VIH ont été signalés par 42 pays. Au cours de la période 2014-2020, >50 000 cas de LV dans 16 pays ont été testés pour une co-infection par le VIH et les résultats ont été communiqués à l'OMS. Sur les 14 pays à forte charge de LV, 10 ont signalé au moins 1 cas de

Figure 4b **Distribution of new visceral leishmaniasis (VL) cases by gender, 2014–2020, in high-burden countries (as of 10 August 2021)**
 Figure 4b **Répartition des nouveaux cas de leishmaniose viscérale (LV) par sexe, 2014–2020, dans les pays à forte charge de morbidité (au 10 août 2021)**



Source: screenshot from the dashboard of the WHO global online surveillance leishmaniasis database. – Source: capture d'écran du tableau de bord du site internet de l'OMS pour la surveillance mondiale de la leishmaniose.

1 case of VL–HIV co-infection in the period 2014–2020, 1 country reported 0 cases, and 3 did not report this indicator. In the period 2014–2020, 3070 cases (new and relapses) of VL–HIV co-infection were reported. In AFR, AMR and SEAR, where data on HIV status (positive, negative or unknown) is more complete and systematic, in 2020, <1% of cases were reported to be co-infected in AFR, 12.3% in AMR and 2.8% in SEAR, with proportions of cases with unknown status of 29%, 15% and 7%, respectively.

Status of elimination of visceral leishmaniasis (kala-azar) as a public health problem

The feasibility of eliminating VL as a public health problem on the Indian subcontinent resulted in high-level political commitment and the launch of a regional elimination initiative. In 2005, the governments of Bangladesh, India and Nepal signed a memorandum of understanding to achieve kala-azar elimination by 2015, defined as an annual incidence of <1 case of VL in 10 000 population. The elimination initiative was later joined by Bhutan and Thailand, both of which reported sporadic cases. This target was incorporated into the first NTD road map 2012–2020, with an ambitious target date of 2020 (Figure 5).

In 2020, only 18 of 756 (2%) implementation units (IU) (sub-district in Bangladesh and India and district in Nepal) were above the elimination threshold. In 2019, 5 districts in Nepal were confirmed to have local trans-

co-infection LV-VIH au cours de cette période, 1 pays a signalé 0 cas, et 3 n'ont pas communiqué cet indicateur. Au total, 3070 cas (nouveaux et rechutes) de co-infection LV-VIH ont été notifiés pendant cette période. Dans la Région africaine, la Région des Amériques et la Région de l'Asie du Sud-Est, où les données sur le statut au regard du VIH (positif, négatif ou non connu) sont plus complètes et plus systématiques, en 2020, <1% des cas étaient co-infectés dans la Région africaine, 12,3% dans la Région des Amériques et 2,8 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est, avec des proportions de cas dont le statut n'était pas connu de 29%, 15% et 7%, respectivement.

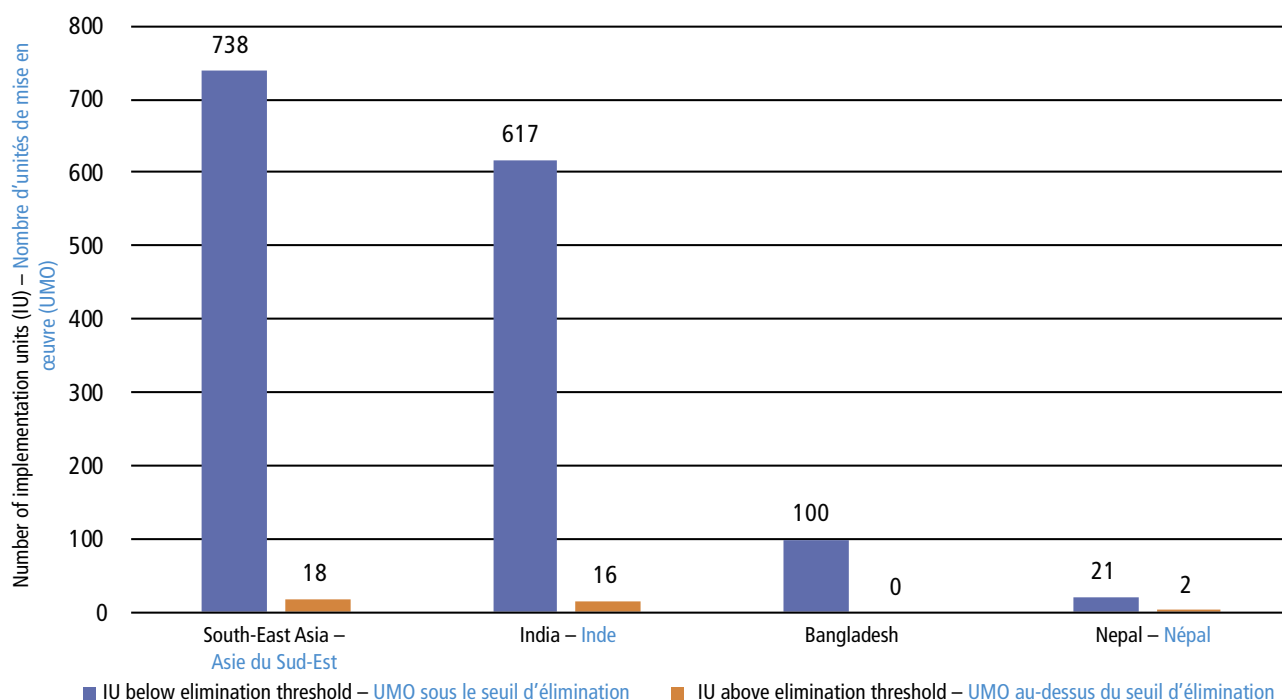
Situation de l'élimination de la leishmaniose viscérale (kala-azar) en tant que problème de santé publique

La faisabilité de l'élimination de la leishmaniose viscérale en tant que problème de santé publique sur le sous-continent indien a donné lieu à un engagement politique de haut niveau et au lancement de l'initiative régionale d'élimination de la LV. En 2005, les gouvernements du Bangladesh, de l'Inde et du Népal ont signé un protocole d'accord pour l'élimination du kala-azar d'ici 2015, définie par une incidence annuelle de <1 cas de LV pour 10 000 habitants. Le Bhoutan et la Thaïlande, qui ont tous 2 signalé des cas sporadiques, ont rejoint l'initiative par la suite. Cette cible a été introduite dans la première feuille de route pour les MTN 2012–2020 avec une date butoir ambitieuse: 2020 (Figure 5).

En 2020, seules 18 des 756 (2%) unités de mise en œuvre (sous-districts au Bangladesh et en Inde et districts au Népal) se situaient au-dessus du seuil d'élimination. En 2019, une transmission locale a été confirmée dans 5 districts au Népal où le

Figure 5 **WHO Neglected Tropical Diseases roadmap (2012–2020) target for 2020: regional visceral leishmaniasis elimination as a public health problem in Indian subcontinent**

Figure 5 **Objectif pour 2020 de la feuille de route de l'OMS pour les maladies tropicales négligées (2012-2020): élimination au niveau régional de la leishmaniose viscérale en tant que problème de santé publique dans le sous-continent indien**



mission and increased their IUs from 18 to 23. In 2020, 2 IUs in Nepal crossed the elimination threshold, while India continues to move towards the elimination target, with 98% of IUs achieving elimination. Bangladesh achieved elimination in 100% of its IUs in 2017 and has sustained elimination since then.

Outbreaks of leishmaniasis

WHO is collecting information on outbreaks since 2014, with countries reporting outbreaks of CL and VL. In the past 5 years, 9 countries have reported outbreaks as per the criteria defined in their national guidelines for CL and VL. Reporting on CL was reported by Iraq in 2016 and 2017, Pakistan in 2016 and 2019 and the Syrian Arab Republic in 2017 and 2020, while Bangladesh reported on VL in 2018 and 2019 and Yemen in 2019. In 2020, 2 countries, Chad and Kenya, reported outbreaks of VL, which are being managed. India reported local outbreaks of VL as per its national protocol for all years in 2016–2020.

Discussion and conclusion

This report updates analyses of the 6 indicators for leishmaniasis made publicly available on the GHO and first published in 2017 in the Weekly Epidemiological Record. Standardized tools issued by the Global Leishmaniasis Programme in 2014 were used to monitor global and regional trends. It also further updates the 5 new indicators published in 2020.

nombre d'unités de mise en œuvre est passé de 18 à 23. En 2020, 2 unités de mise en œuvre au Népal ont franchi le seuil d'élimination, tandis que l'Inde continue de se rapprocher de la cible d'élimination, avec 98% des unités de mise en œuvre parvenues à l'élimination. Le Bangladesh a atteint l'élimination dans 100% de ses unités de mise en œuvre en 2017 et a maintenu l'élimination depuis lors.

Flambées épidémiques de leishmaniose

L'OMS recueille des informations sur les flambées épidémiques depuis 2014 auprès des pays qui signalent des flambées de LC et de LV. Au cours des 5 dernières années, 9 pays ont notifié des flambées épidémiques selon les critères définis par leurs lignes directrices nationales pour la LC et la LV. Des flambées de LC ont été signalées par l'Irak en 2016 et 2017, le Pakistan en 2016 et 2019 et la République arabe syrienne en 2017 et 2020, tandis que le Bangladesh a notifié des flambées de LV en 2018 et 2019 et le Yémen en 2019. En 2020, 2 pays, le Kenya et le Tchad, ont signalé des flambées de LV; des interventions sont en cours pour les juguler. L'Inde a signalé des flambées épidémiques localisées de LV selon son protocole national tous les ans de 2016 à 2020.

Discussion et conclusion

Ce rapport met à jour les analyses des 6 indicateurs pour la leishmaniose rendus publics sur le site de l'Observatoire mondial de la santé et publiés pour la première fois en 2017 dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire. Les outils standardisés publiés par le Programme mondial de lutte contre la leishmaniose en 2014 ont été utilisés pour surveiller les tendances mondiales et régionales. Ce rapport fournit également des données mises à jour sur les 5 nouveaux indicateurs publiés en 2020.

In early 2020, the COVID-19 pandemic hampered essential services worldwide, according to the intensity and scale of spread in countries. Globally, to mitigate the effects, countries prioritized containment and response through measures such as movement restrictions and re-assignment of health personnel to COVID-19 critical response teams. WHO issued interim operational guidance for maintaining essential health services during outbreaks, which assisted countries in optimizing service delivery and identifying context-relevant essential services, such as case detection and management. Although the impact of COVID-19 on health services and leishmaniasis surveillance is yet to be assessed, in 2020, the decrease in the number of reported VL cases that began in 2011 continued to an unprecedented number of <15 000 cases, due mainly to the VL elimination programme in SEAR, the only region in which the prevalence of the disease has decreased sharply and continuously. The global trend for CL since 1998 is an increase, due partly to strengthened surveillance of CL globally but also to civil unrest and armed conflict, which may have led to local outbreaks in some countries and also in incomplete reporting in EMR, which would explain the decreased numbers observed in 2012–2014 and 2017 in that Region, with a very sharp decrease from the previous year of 32% in 2020.

The burden of VL has skewed towards AFR and EMR, which together bear 63% of the global burden, although EMR continues to have the highest CL burden, with 73% of cases (versus 80% in 2019), followed by AMR (19% versus 15% in 2019).

Leishmaniasis continues to spread to new areas in countries known to be endemic and also to new countries, for a total of 98 endemic countries or territories. No new endemic country or territory was added in 2019 or 2020, although the etiological agent, *L. donovani* was identified as the cause of VL in a suspected outbreak in Chad and of a fatal febrile illness with skin eruptions in children in Cameroon. This indicates that continuous, close monitoring of the situation is necessary in areas where elements of the transmission cycle exist or where the parasite may cause different types of leishmaniasis. Surveillance in non-endemic and low-burden areas and countries is also important, to collect data on imported cases and to be prepared to detect, investigate, manage and report to WHO any potential new leishmaniasis focus or outbreak. Once one is detected, full-scale intervention strategies should be implemented to contain and control the infection. Some countries, like India, have made nil reporting of VL cases mandatory for all states in the country, while Sri Lanka has made leishmaniasis a notifiable disease, which has improved surveillance.

Reporting was more complete in 2018 than in 2020, in both the number of reporting countries (from 70% to 61% for CL and from 77% to 69% for VL) and the

Au début de 2020, la pandémie de COVID-19 a entravé les services essentiels dans le monde entier, suivant l'intensité et l'ampleur de la propagation de la maladie dans les pays. A l'échelle mondiale, afin de limiter les effets de la pandémie, les pays ont donné la priorité aux mesures d'endiguement et de riposte telles que les restrictions de mouvement et la réaffectation du personnel de santé aux équipes d'intervention critique contre la COVID-19. L'OMS a publié des orientations opérationnelles provisoires pour le maintien des services de santé essentiels pendant les épidémies, afin d'aider les pays à optimiser la prestation de services et à identifier les services essentiels en fonction du contexte, comme la détection et la prise en charge des cas. Bien que l'impact de la COVID-19 sur les services de santé et la surveillance de la leishmaniose reste à évaluer, en 2020, la diminution du nombre de cas de LV notifiés amorcée en 2011 s'est poursuivie pour atteindre le chiffre sans précédent de <15 000 cas, principalement grâce au programme d'élimination de la LV dans la Région de l'Asie du Sud-Est, la seule Région dans laquelle la prévalence de la maladie a diminué de façon marquée et continue. La tendance mondiale de la LC est en hausse depuis 1998, en partie parce que la surveillance de la LC a été renforcée au niveau mondial mais aussi en raison des troubles civils et des conflits armés qui ont pu donner lieu à des flambées épidémiques locales dans certains pays; la notification incomplète dans la Région de la Méditerranée orientale pourrait expliquer la diminution des chiffres observés entre 2012 et 2014 et en 2017 dans cette Région, avec une baisse très nette de 32% relevée en 2020 par rapport à l'année précédente.

La charge de la LV s'est déplacée vers la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale qui cumulent ensemble 63% de la charge mondiale; la charge de la LC dans la Région de la Méditerranée orientale demeure la plus élevée, avec 73% des cas (contre 80% en 2019), suivie de la Région des Amériques (19% contre 15% en 2019).

La leishmaniose continue de s'étendre à de nouvelles zones dans des pays d'endémie connus et également à de nouveaux pays, portant à 98 le nombre de pays ou territoires d'endémie. Aucun nouveau pays ou territoire d'endémie n'a été ajouté en 2019 ou 2020, bien que l'agent étiologique *L. donovani* ait été identifié comme la cause d'une flambée épidémique de LV suspectée au Tchad et d'une maladie fébrile mortelle avec éruptions cutanées survenue chez des enfants au Cameroun. Cela montre qu'une surveillance étroite et continue de la situation est nécessaire dans les zones où les éléments du cycle de transmission sont présents ou dans lesquelles le parasite peut provoquer différents types de leishmaniose. La surveillance dans les zones et pays où la leishmaniose n'est pas endémique et où la charge de morbidité est faible est également importante pour collecter des données sur les cas importés et pour se tenir prêt à détecter, enquêter, gérer et notifier à l'OMS tout nouveau foyer potentiel ou toute nouvelle flambée épidémique de leishmaniose. Lorsqu'un foyer ou une flambée est détectée, des stratégies d'intervention à grande échelle doivent être mises en œuvre pour contenir et maîtriser les infections. Certains pays, comme l'Inde, ont rendu obligatoire la déclaration des cas de LV (y compris de zéro cas) dans tous les États du pays, tandis que le Sri Lanka a fait de la leishmaniose une maladie à déclaration obligatoire, ce qui a amélioré la surveillance.

Les données communiquées étaient plus complètes en 2018 qu'en 2020: davantage de pays ont transmis leur données (70% contre 61% pour la LC et 77% contre 69% pour la LV, respectivement)

completeness of reported data, illustrated in *Figures 3a* and *3b*. Regular publication of global overviews in the *Weekly Epidemiological Record* and of detailed country profiles on the WHO website and support for countries in implementing web-based surveillance have improved understanding of the leishmaniasis burden and increased the quantity and quality of data received since 2014. Although national programmes receive annual requests for data, submission has become routine, and data reach WHO faster, it would be desirable for national programmes to submit data online as soon as they become available, rather than waiting for a request, which may take a long time to reach the officials concerned or be received outside the reporting period for that year. AMR is the only region with an online submission mechanism to which Member States submit data on leishmaniasis data as soon as it becomes available. In 2020, 15/17 countries entered their national data by the established deadline.

Since 2013, WHO has requested 200 countries or territories to report separately on imported cases of leishmaniasis and has published the numbers as a separate indicator in the GHO.⁴ This indicator allows countries to take action in terms of appropriate case detection and ensure access to diagnosis and treatment for special populations. For example, it shows that cases in countries in which there is civil unrest and armed conflict in the EMR have been exported to neighbouring countries in the same Region and into EUR. Information on imported cases is not readily captured and reported to WHO. Although 89 countries have reported this indicator at least once since 2014, reporting has not been systematic. As population movement is an important risk factor, the travel history of all leishmaniasis cases should be included in surveillance parameters. WHO will continue to encourage such reporting and to monitor trends. For countries that still do not provide information about the probable origin of infection, the WHO considers that all cases that are not precisely reported as imported were autochthonous. It is thus likely that the number of imported cases is larger than that reported here.

In order to monitor disease trends and efficacy of treatment, WHO encourages countries to collect disaggregated information on the type of patient as new, relapse or unspecified. Some high-burden countries that face challenges to surveillance and capacity to diagnose relapse cases continue to categorize some cases as unspecified.

This is the second report on some of the additional indicators collected from all countries and territories by the Programme since 2014, including the numbers of PKDL cases and VL deaths, which are key indicators in the context of elimination of VL as a public health problem. Furthermore, VL cases remain vulnerable to a fatal outcome for up to several months after successful treatment because of associated factors such as malnutrition, comorbid conditions and complications, indi-

et les données fournies étaient plus complètes, comme illustré aux *Figures 3a* et *3b*. La publication régulière d'une vue d'ensemble de la situation mondiale dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* et des profils de pays détaillés sur le site Web de l'OMS, ainsi que l'aide apportée aux pays pour la mise en œuvre d'une surveillance basée sur le Web, ont permis de mieux comprendre la charge de la leishmaniose et d'accroître la quantité et la qualité des données reçues depuis 2014. Bien que les programmes nationaux reçoivent des demandes annuelles de données, que leur soumission de données soit devenue systématique et que les données parviennent à l'OMS plus rapidement, il serait souhaitable que les programmes nationaux soumettent les données en ligne dès qu'elles sont disponibles, plutôt que d'attendre une demande qui peut prendre beaucoup de temps pour parvenir aux responsables concernés ou être reçue en dehors de la période de communication des données de l'année en question. La Région des Amériques est la seule Région disposant d'un mécanisme de soumission en ligne qui permet aux États Membres d'envoyer des données sur la leishmaniose dès qu'elles sont disponibles. En 2020, 15/17 pays ont saisi leurs données nationales dans les délais impartis.

Depuis 2013, l'OMS a demandé à 200 pays ou territoires de rendre compte séparément des cas importés de leishmaniose et a publié les chiffres sous la forme d'un indicateur distinct sur le site de l'Observatoire mondial de la santé.⁴ Cet indicateur permet aux pays de prendre des mesures pour la détection appropriée des cas et de garantir l'accès au diagnostic et au traitement pour des populations particulières. Par exemple, il montre que des cas survenus dans des pays en proie à des troubles civils et des conflits armés dans la Région de la Méditerranée orientale ont été exportés vers des pays voisins de la même Région et dans la Région européenne. Les informations sur les cas importés ne sont pas faciles à recueillir et à communiquer à l'OMS. Bien que 89 pays aient communiqué cet indicateur au moins une fois depuis 2014, cette notification n'a pas été systématique. Les mouvements de population constituant un facteur de risque important, les antécédents de voyage de tous les cas de leishmaniose doivent être inclus dans les paramètres de surveillance. L'OMS continuera d'encourager ces notifications et de suivre les tendances. Pour les pays qui ne fournissent toujours pas d'informations sur l'origine probable de l'infection, l'OMS considère que tous les cas qui ne sont pas expressément signalés comme importés sont des cas autochtones. Il est donc probable que le nombre de cas importés soit plus élevé que celui présenté ici.

Afin de surveiller les tendances de la maladie et l'efficacité du traitement, l'OMS encourage les pays à recueillir des informations ventilées selon le type de cas: nouveau, rechute ou non spécifié. Certains pays à forte charge de morbidité qui sont confrontés à des problèmes de surveillance et de capacité à diagnostiquer les cas de rechute continuent de classer certains cas dans la catégorie non spécifié.

Ce rapport est le second à inclure certains des indicateurs supplémentaires recueillis auprès de tous les pays et territoires par le Programme depuis 2014, notamment le nombre de cas de LDPKA et de décès dus à la LV, qui sont des indicateurs clés dans le contexte de l'élimination de la LV en tant que problème de santé publique. En outre, les cas de LV restent vulnérables à une issue fatale jusqu'à plusieurs mois après un traitement réussi en raison de facteurs associés, comme la malnutrition, les comorbidités et les complications, ce qui montre l'import-

cating the importance of treating associated conditions and follow-up as an integral part of VL management. Follow-up and reporting at certain intervals to ascertain clinical cure are both weak, and several countries do not count deaths among cases of HIV–VL co-infection in the deaths attributable to VL and do not report to WHO. Therefore, there is underreporting of deaths attributable to VL. WHO recommends strengthening the monitoring of treatment outcomes as part of VL surveillance. To better understand the reasons for the high case fatality rates, WHO has initiated collection of information from high-burden countries on cause-specific mortality. Good community awareness about the disease, the availability of services, capacity-building for clinicians and health workers and accurate surveillance data in high-burden countries should improve early detection, management and treatment outcomes.

PKDL is a non-life-threatening skin condition and does not affect daily activities in the majority of cases, resulting in poor treatment-seeking behaviour. The numbers in this report must therefore be interpreted cautiously, as they do not represent the true burden of PKDL. The 2- to 3-times increase between 2014 and 2018 is due largely to intensified active case finding since 2016. While most cases of PKDL in East Africa heal naturally and are hence not always reported, this is rarely true on the Indian subcontinent, where VL is targeted for elimination as a public health problem and PKDL is considered one of the challenges in sustaining elimination. PKDL can be detected early with the approach to skin NTDs,¹⁰ an integrated strategy recommended by WHO to increase case detection. Detection of PKDL also meets the WHO recommendation to strengthen VL surveillance and to follow up VL cases and collect data on treatment outcomes systematically. By requesting annual reporting of PKDL cases, WHO aims to raise awareness about the disease and to encourage countries to detect, manage and report it.

Other indicators have been collected since 2014 from high-burden countries and from countries that provide more detailed country profiles to improve understanding of the epidemiology of leishmaniasis and access to diagnosis and treatment. The results for age and gender distribution show that almost half of the leishmaniasis cases in high-burden countries occur in children and young adults and that the gender distribution was almost balanced for CL but biased towards males for VL. The results also highlight the large differences among WHO regions and countries. This information is important for better planning of control activities and for identifying groups at higher risk. National programmes should therefore have surveillance systems that can capture such information, as there is no global or regional trend that reliably reflects the patterns in all countries.

tance du traitement des affections associées et du suivi des patients qui doivent faire partie intégrante de la prise en charge de la LV. Le suivi et la communication des données à des intervalles donnés pour vérifier la guérison clinique sont tous deux insuffisants, et plusieurs pays ne comptabilisent pas les décès dus à une co-infection LV-VIH dans le nombre de décès attribuables à la LV et ne communiquent pas ces données à l'OMS. Il y a donc une sous-notification des décès attribuables à la LV. L'OMS recommande de renforcer le suivi des résultats du traitement dans le cadre de la surveillance de la LV. Pour mieux comprendre les raisons des taux élevés de mortalité, l'OMS a commencé à recueillir des informations auprès des pays à forte charge de morbidité sur la mortalité par cause. Une bonne sensibilisation de la communauté à la maladie, la disponibilité des services, le renforcement des capacités des cliniciens et des agents de santé et des données de surveillance précises dans les pays à forte charge de morbidité devraient améliorer la détection précoce, la prise en charge et l'issue du traitement.

La LDPKA est une affection cutanée qui ne met pas la vie en danger et n'affecte pas les activités quotidiennes dans la majorité des cas; par conséquent, les personnes touchées ont tendance à ne pas consulter. Les chiffres figurant dans ce rapport doivent donc être interprétés avec prudence, car ils ne représentent pas la véritable charge de la LDPKA. La multiplication par 2 à 3 du nombre de cas entre 2014 et 2018 est due en grande partie à l'intensification de la recherche active des cas depuis 2016. Alors que la plupart des cas de LDPKA en Afrique de l'Est guérissent naturellement et ne sont donc pas toujours signalés, c'est rarement le cas sur le sous-continent indien, où la LV est ciblée pour être éliminée en tant que problème de santé publique et où la LDPKA est considérée comme l'un des défis à relever pour maintenir l'élimination. La LDPKA peut être détectée précocement grâce à l'approche utilisée pour les maladies tropicales négligées de la peau,¹⁰ une stratégie intégrée recommandée par l'OMS pour accroître la détection des cas. La détection de la LDPKA répond également à la recommandation de l'OMS de renforcer la surveillance de la LV, de suivre les cas de LV et de recueillir systématiquement des données sur l'issue du traitement. En demandant la notification annuelle des cas de LDPKA, l'OMS vise à sensibiliser à cette maladie et à encourager les pays à la détecter, à la prendre en charge et à la signaler.

D'autres indicateurs ont été recueillis depuis 2014 auprès des pays à forte charge de morbidité et des pays qui fournissent des profils de pays plus détaillés afin d'améliorer la compréhension de l'épidémiologie de la leishmaniose et l'accès au diagnostic et au traitement. Les données sur la répartition par âge et par sexe montrent que près de la moitié des cas de leishmaniose dans les pays à forte charge de morbidité sont des enfants et de jeunes adultes et que la répartition par sexe est presque équilibrée pour la LC mais pas pour la LV qui touche davantage d'hommes. Ces données mettent également en évidence les grandes différences entre les Régions et les pays de l'OMS. Ces informations sont importantes pour une meilleure planification des activités de lutte et pour identifier les groupes à haut risque. Les programmes nationaux devraient donc disposer de systèmes de surveillance capables de recueillir ces informations, car il n'existe pas de tendance mondiale ou régionale reflétant de manière fiable les tendances dans tous les pays.

¹⁰ SKIN NTDs. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/activities/promoting-the-integrated-approach-to-skin-related-neglected-tropical-diseases>, accessed August 2021)

¹⁰ Skin NTDs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/activities/promoting-the-integrated-approach-to-skin-related-neglected-tropical-diseases>, consulté en août 2021)

HIV-*Leishmania* co-infection poses a major threat to control of the leishmaniases. HIV infection increases the risk of developing VL by several hundred times, and VL promotes clinical progression of HIV disease and the development of AIDS-defining conditions. The 2 conditions therefore have synergistic detrimental effects. The data reported to WHO suggest that, globally, the HIV infection rates among new VL cases have generally remained stable, even in situations of decreasing VL incidence in areas of co-endemicity of HIV and VL. In endemic areas in which HIV counselling and access to antiretroviral treatment are available, all VL patients should be screened for HIV, as co-infections are difficult to treat and have poor outcomes, with epidemiological implications. Due to vulnerability to co-infection, each HIV-VL case should be monitored for treatment outcomes and reported accordingly in national surveillance reports.

The first NTD road map 2012–2020 has come to an end. VL elimination in SEAR by 2020 was one of the most ambitious targets in the road map, and there has been impressive progress in 98% of IUs in the Region. Cases have, however, emerged in new foci, and recent modelling of the potential impact of VL programme interruptions due to COVID-19 on the Indian subcontinent predicts that the observed incidence of VL may decrease while its true incidence is increasing, and extra effort may be required to detect missed cases.

This report highlights the huge improvements made in leishmaniasis surveillance since 2014. Nevertheless, sustained financing is necessary to further strengthen surveillance, control and procurement of antileishmanial health products and research. The new WHO NTD road map 2021–2030 proposes more robust targets and indicators to monitor progress towards leishmaniasis control and elimination.¹¹

Although all efforts have been made to double-check all the data in this report, some may change because of the complexity of applying standardized definitions in all countries and validate data from Member States and the 3 levels of WHO. Further changes will be published in the GHO⁴ and in the next edition of this report.

Author affiliations

^a Department of Control of Neglected Tropical Diseases, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ^b WHO Regional Office for the Americas, Washington DC, USA; ^c WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, Egypt; ^d WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, India; ^e WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, Congo; ^f WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines; ^g WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark (Corresponding author: José Antonio Ruiz-Postigo: postigoj@who.int). ■

¹¹ Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals – A road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>, accessed August 2021).

La co-infection *Leishmania*-VIH constitue une menace majeure pour la lutte contre les leishmanioses. L'infection par le VIH augmente de plusieurs centaines de fois le risque de développer une LV, et la LV favorise la progression clinique de la maladie à VIH et le développement d'affections définissant le sida. Ces 2 maladies ont donc des effets synergiques néfastes. Les données communiquées à l'OMS suggèrent que, au niveau mondial, les taux d'infection par le VIH parmi les nouveaux cas de LV sont restés stables de manière générale, même lorsque l'incidence de la LV était en baisse dans les zones de co-endémicité du VIH et de la LV. Dans les zones d'endémie où le conseil en matière de VIH et l'accès aux traitements antirétroviraux sont disponibles, tous les patients atteints de LV devraient faire l'objet d'un dépistage de l'infection à VIH, car les co-infections sont difficiles à traiter et donnent de mauvais résultats, avec des implications épidémiologiques. En raison de la vulnérabilité à la co-infection, chaque cas de LV-VIH devrait faire l'objet d'un suivi des résultats du traitement et être signalé en conséquence dans les rapports de surveillance nationaux.

La première feuille de route pour les MTN 2012-2020 est arrivée à son terme. L'élimination de la LV dans la Région de l'Asie du Sud-Est d'ici 2020 était l'un des objectifs les plus ambitieux de cette feuille de route, et des progrès impressionnants ont été réalisés dans 98% des unités de mise en œuvre de la Région. Des cas sont toutefois apparus dans de nouveaux foyers, et une modélisation récente de l'impact potentiel des interruptions du programme de lutte contre la LV dues à la COVID-19 sur le sous-continent indien prédit que l'incidence observée de la LV pourrait diminuer alors que son incidence réelle augmente, et que des efforts supplémentaires pourraient être nécessaires pour détecter les cas manqués.

Ce rapport met en évidence les progrès considérables réalisés dans la surveillance de la leishmaniose depuis 2014. Néanmoins, un financement durable est nécessaire pour renforcer encore la surveillance, la lutte, l'achat de produits de santé pour traiter la leishmaniose et la recherche. La nouvelle feuille de route de l'OMS pour les MTN 2021-2030 propose des cibles et des indicateurs plus solides pour suivre les progrès réalisés dans la lutte contre la leishmaniose et son élimination.¹¹

Bien que tout ait été fait pour vérifier toutes les données de ce rapport, certaines peuvent changer en raison de la complexité de l'application des définitions standardisées dans tous les pays et de la validation des données issues des États Membres et des 3 niveaux de l'OMS. Les changements seront publiés sur le site de l'Observatoire mondial de la santé⁴ et dans la prochaine édition de ce rapport.

Affiliation des auteurs

^a Département de lutte contre les maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse); ^b Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, Washington DC (États-Unis d'Amérique); ^c Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte); ^d Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi (Inde); ^e Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville (Congo); ^f Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Manille (Philippines); ^g Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague (Danemark) (Auteur correspondant: José Antonio Ruiz-Postigo: postigoj@who.int). ■

¹¹ Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals – A road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>, consulté en août 2021).

WHO web sites on infectious diseases – Sites internet de l’OMS sur les maladies infectieuses

Adolescent health	https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1	Santé des adolescents
Avian influenza	https://www.who.int/health-topics/influenza-avian-and-other-zoonotic#tab=tab_1	Grippe aviaire
Buruli ulcer	https://www.who.int/health-topics/buruli-ulcer#tab=tab_1	Ulcère de Buruli
Child health	https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1	Santé des enfants
Cholera	https://www.who.int/health-topics/cholera#tab=tab_1	Choléra
COVID-19	https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1	Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)
Dengue	https://www.who.int/health-topics/dengue-and-severe-dengue#tab=tab_1	Dengue
Ebola virus disease	https://www.who.int/health-topics/ebola#tab=tab_1	Maladie à virus Ebola
Emergencies	https://www.who.int/emergencies/situations	Situations d’urgence sanitaire
Emergencies dashboard	https://extranet.who.int/publicemergency	Tableau de bord des urgences sanitaires
Foodborne diseases	https://www.who.int/health-topics/foodborne-diseases#tab=tab_1	Maladies d’origine alimentaire
Global Health Observatory (GHO) data	https://www.who.int/data/gho	Données de l’Observatoire de la santé mondiale
Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)	https://www.who.int/initiatives/global-influenza-surveillance-and-response-system	Système mondial de surveillance et d’intervention
Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	https://extranet.who.int/goarn/	Réseau mondial d’alerte et d’action en cas d’épidémie (GOARN)
Health topics	https://www.who.int/health-topics/	La santé de A à Z
Human African trypanosomiasis	https://www.who.int/health-topics/human-african-trypanosomiasis#tab=tab_1	Trypanosomiase humaine africaine
Immunization, Vaccines and Biologicals	https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1	Vaccination, Vaccins et Biologiques
Influenza	https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab_1	Grippe
International Health Regulations	https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1	Règlement sanitaire international
International travel and health	https://www.who.int/health-topics/travel-and-health#tab=tab_1	Voyages internationaux et santé
Leishmaniasis	https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis#tab=tab_1	Leishmaniose
Leprosy	https://www.who.int/health-topics/leprosy#tab=tab_1	Lèpre
Lymphatic filariasis	https://www.who.int/health-topics/lymphatic-filariasis#tab=tab_1	Filiariose lymphatique
Malaria	https://www.who.int/health-topics/malaria#tab=tab_1	Paludisme
Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)	https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1	Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)
Neglected tropical diseases	https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_1	Maladies tropicales négligées
Onchocerciasis	https://www.who.int/health-topics/onchocerciasis#tab=tab_1	Onchocercose
OpenWHO	https://openwho.org/	OpenWHO
Outbreak news	https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news	Flambées d’épidémies
Poliomyelitis	https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1	Poliomyélite
Rabies	https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab_1	Rage
Schistosomiasis	https://www.who.int/health-topics/schistosomiasis#tab=tab_1	Schistosomiase
Smallpox	https://www.who.int/health-topics/smallpox#tab=tab_1	Variole
Soil-transmitted helminthiasis	https://www.who.int/health-topics/soil-transmitted-helminthiasis#tab=tab_1	Géohelminthiasis
Trachoma	https://www.who.int/health-topics/trachoma#tab=tab_1	Trachome
Tropical disease research	https://tdr.who.int/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1	Tuberculose
Weekly Epidemiological Record	http://www.who.int/wer	Relevé épidémiologique hebdomadaire
WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response	https://www.who.int/about/structure/lyon-office	Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies
Yellow fever	https://www.who.int/health-topics/yellow-fever#tab=tab_1	Fièvre jaune
Zika virus disease	https://www.who.int/health-topics/zika-virus-disease#tab=tab_1	Maladie à virus Zika