

Global leishmaniasis surveillance updates 2024: consolidating gains and new initiatives

Saurabh Jain,^a Junerlyn Farah Virrey Agua,^a José Antonio Ruiz-Postigo,^a Ana Nilce Maia-Elkhoury,^b Samantha Valadas,^b Ghasem Zamani,^c Mona Osman,^c Aya Yajima,^d Abate Beshah^e

Leishmaniasis remains a major health problem in 4 eco-epidemiological areas of the world: the Americas, East Africa, North Africa and West and South-East Asia.¹

This report on global leishmaniasis surveillance follows those published in 2016–2024.^{2–7} Six indicators of leishmaniasis are publicly available from the Global Health Observatory (GHO).⁸ In addition, country profiles with up to 30 indicators are published from detailed data received from 45 Member States.⁹

The aims of this report are to update the description of the GHO leishmaniasis indicators reported by Member States to WHO up to 2024, to describe specific indicators of gender and age distribution, relapse, visceral leishmaniasis (VL) case fatality rates (CFRs) and the burden of post-kala-azar dermal leishmaniasis (PKDL). The report also contains a brief section on VL treatment by regimen and treatment outcomes, HIV-VL coinfection, the Kala-azar Elimination Programme in

Surveillance mondiale de la leishmaniose, 2024: consolidation des acquis et nouvelles initiatives

Saurabh Jain,^a Junerlyn Farah Virrey Agua,^a José Antonio Ruiz-Postigo,^a Ana Nilce Maia-Elkhoury,^b Samantha Valadas,^b Ghasem Zamani,^c Mona Osman,^c Aya Yajima,^d Abate Beshah^e

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.¹

Ce rapport mondial sur la surveillance de la leishmaniose fait suite à ceux déjà publiés entre 2016 et 2024.^{2–7} Six indicateurs relatifs à la leishmaniose sont accessibles au public sur le site de l'Observatoire mondial de la santé.⁸ En outre, des profils de pays présentant jusqu'à 30 indicateurs ont été publiés à partir des données détaillées fournies par 45 États Membres.⁹

L'objet de ce rapport est de présenter des informations actualisées sur les indicateurs se rapportant à la leishmaniose disponibles sur le site de l'Observatoire qui ont été communiqués à l'OMS par les États Membres jusqu'en 2024 et de décrire des indicateurs spécifiques portant sur la répartition par sexe et par âge, les cas de rechute, les taux de létalité de la leishmaniose viscérale (LV) et la charge de la leishmaniose dermique post-kala-azar. Ce rapport traite également brièvement du traitement de la LV par schéma thérapeutique et

¹ Leishmaniasis fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>, accessed October 2025).

² No. 40, 2018, pp. 530–540.

³ No. 25, 2020, pp. 265–279.

⁴ No. 35, 2021, pp. 401–419.

⁵ No. 45, 2022, pp. 575–590.

⁶ No. 40, 2023, pp. 471–487.

⁷ No. 45, 2024, pp. 653–669.

⁸ Global Health Observatory. Leishmaniasis. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/leishmaniasis>, accessed October 2025).

⁹ Leishmaniasis country profiles. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://leishinforwho-cc55.es/country-profiles/>, accessed October 2025).

¹ Principaux repères sur la leishmaniose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>, consulté en octobre 2025).

² N° 40, 2018, pp. 530-540.

³ N° 25, 2020, pp. 265-279.

⁴ N° 35, 2021, pp. 401-419.

⁵ N° 45, 2022, pp. 575-590.

⁶ N° 40, 2023, pp. 471-487.

⁷ N° 45, 2024, pp. 653-669.

⁸ Global Health Observatory. Leishmaniasis. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/leishmaniasis>, consulté en octobre 2025).

⁹ Leishmaniasis country profiles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025 (<https://leishinforwho-cc55.es/country-profiles/>, consulté en octobre 2025).

South-East Asia and the VL elimination initiative in eastern Africa.

National endemicity

Classification of leishmaniasis by endemicity was explained in the *Weekly Epidemiological Record* in 2021.⁴ In 2024, of the 200 countries and territories that reported to WHO, 99 (49%) were considered endemic and 6 of having previously reported cases of leishmaniasis. Of the 200, 91 (46%) were considered endemic for cutaneous leishmaniasis (CL), 2 (1%) had previously reported CL cases, 80 (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 (*Table 1*). The Central African Republic revised its endemicity status for CL to endemic.

Only the WHO Region of the Americas (AMR) has established a formal classification of 5 transmission risk strata – low, average, high, intense and very intense – for a composite indicator of triennial CL and VL risks.¹⁰

Reported cases

Reporting rates to WHO

As of 10 October 2025, 59 of 91 countries endemic for CL (65%) had reported data for 2024 (*Table 1*). The reporting rates from countries that are endemic were high in the African Region (AFR) (90%; 18/20), AMR (86%; 18/21), the Eastern Mediterranean Region (EMR) (83%; 15/18) and the South-East Asia Region (SEAR) (80%; 4/5). In the European Region (EUR), the rate of reporting was very low (16%; 4/25), and no reports were received from the Western Pacific Region (WPR). Of the 80 countries endemic for VL, 52 (65%) reported to WHO. The reporting rate was high in EMR (94%; 17/18), AFR (93%; 14/15), AMR (92%; 12/13) and SEAR (83%; 5/6), and low in EUR (15%, 4/27) (*Table 1*). No data were received from WPR at the time this report was prepared.

Geographical distribution

In 2024, 211 466 new CL cases (211 333 autochthonous and 133 imported) and 12 930 new VL cases (12 857 autochthonous and 73 imported) were reported to WHO (*Table 1*). The results are calculated only for new autochthonous cases and not imported or relapse cases. Of the new CL cases, 90% were reported from EMR (75%) and AMR (15%). EMR and Algeria constitute an eco-epidemiological “hotspot”, as together they reported 82% (171 314) of all new CL cases. More than 2000 CL cases were reported from each of 12 countries: Afghanistan, Algeria, Brazil, Colombia, Iraq, Iran

résultats obtenus, de la co-infection VIH-LV, du programme d'élimination du kala-azar en Asie du Sud-Est et de l'initiative d'élimination de la LV en Afrique de l'Est.

Endémicité au niveau national

La classification employée pour répertorier le degré d'endémicité de la leishmaniose a été décrite dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* publié en 2021.⁴ En 2024, sur les 200 pays et territoires ayant communiqué des données à l'OMS, 99 (49%) étaient considérés comme des pays d'endémie et 6 avaient précédemment notifié des cas de leishmaniose. Sur ces 200 pays ou territoires, 91 (46%) étaient considérés comme des pays d'endémie pour la leishmaniose cutanée (LC), 2 (1%) avaient précédemment notifié des cas de LC, 80 (40%) étaient considérés comme des pays d'endémie pour la LV et 5 (3%) avaient précédemment notifié des cas de LV. Selon la classification de l'OMS, 71 (36%) de ces 200 pays ou territoires étaient des pays d'endémie à la fois pour la LC et la LV (*Tableau 1*). La République centrafricaine a revu l'endémicité de la LC qui est désormais considérée comme endémique dans le pays.

Seule la Région OMS des Amériques a établi une classification formelle du risque de transmission en 5 strates (risque faible, moyen, élevé, intense et très intense) pour l'indicateur composite du risque triennal de LC et de LV.¹⁰

Cas notifiés

Taux de notification à l'OMS

Au 10 octobre 2025, 59/91 (65%) pays où la LC est endémique avaient communiqué des données pour l'année 2024 (*Tableau 1*). Le taux de notification par les pays d'endémie était élevé dans la Région africaine (90%; 18/20), la Région des Amériques (86%; 18/21), la Région de la Méditerranée orientale (83%; 15/18) et la Région de l'Asie du Sud-Est (80%; 4/5). Dans la Région européenne, ce taux était très faible (16%; 4/25), et aucun rapport n'a été reçu de la Région du Pacifique occidental. Sur les 80 pays où la LV est endémique, 52 (65%) ont transmis des données à l'OMS. Le taux de notification était élevé dans la Région de la Méditerranée orientale (94%; 17/18), dans la Région africaine (93%; 14/15), dans la Région des Amériques (92%; 12/13) et dans la Région de l'Asie du Sud-Est (83%; 5/6), et faible dans la Région européenne (15%, 4/27) (*Tableau 1*). Aucune donnée n'avait été reçue de la Région du Pacifique occidental au moment de la rédaction du présent rapport.

Répartition géographique

En 2024, 211 466 nouveaux cas de LC (211 333 autochtones et 133 importés) et 12 930 nouveaux cas de LV (12 857 autochtones et 73 importés) ont été notifiés à l'OMS (*Tableau 1*). Les résultats présentés ici ont été calculés en tenant compte uniquement des nouveaux cas autochtones, et non des cas importés ou des cas de rechute. Parmi les nouveaux cas de LC signalés, 90% concernaient la Région de la Méditerranée orientale (75%) et la Région des Amériques (15%). La Région de la Méditerranée orientale et l'Algérie constituent un foyer éco-épidémiologique («point chaud»), car elles représentent à elles deux 82% (171 314) des nouveaux cas de LC. Douze pays (Afghanistan, Algérie,

¹⁰ Manual of procedures for leishmaniasis surveillance and control in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51838>, accessed September 2025).

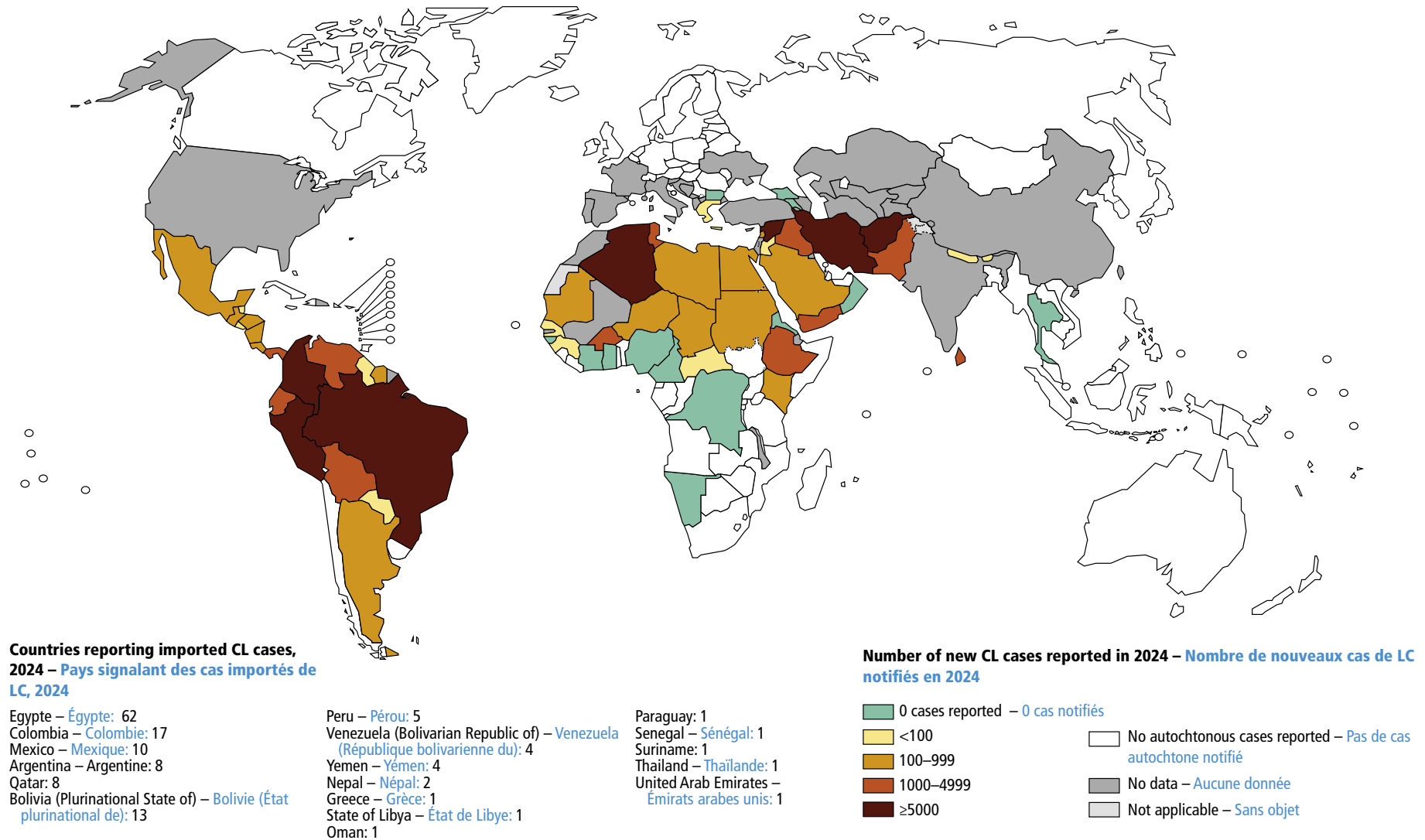
¹⁰ Manual of procedures for leishmaniasis surveillance and control in the Americas. Washington DC: Organisation panaméricaine de la Santé, 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51838>, consulté en septembre 2025).

Table 1 **Distribution of endemic countries and number of autochthonous and imported cases cutaneous leishmaniasis (CL) and visceral leishmaniasis (VL), by WHO region, 2024**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, 2024**

		WHO regions – Régions OMS													
		Africa – Afrique		Americas – Amériques		Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		Europe		South-East Asia – Asie du Sud-Est		Western Pacific – Pacifique occidental		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		47		36		22		53		11		31		200	
Cutaneous leishmaniasis (CL) – Leishmaniose cutanée (LC)	Number of countries or territories reporting to WHO – Nombre de pays et de territoires ayant communiqué des données à l'OMS														
	Endemicity status – Endémicité														
	Number of endemic ^a countries – Nombre de pays d'endémie ^a	20	43%	21	58%	18	82%	25	47%	5	45%	2	6%	91	46%
	Among them, – Parmi ceux-ci,														
	Number of reporting countries in 2024 – Nombre de pays ayant communiqué des données en 2024	18	90%	18	86%	15	83%	4	16%	4	80%	0	0%	59	65%
	Number of "high burden" ^b countries – Nombre de pays à forte charge de morbidité ^b	1	5%	7	33%	10	56%	0	0%	1	20%	0	0%	19	21%
	Number of countries that "previously reported cases" ^c – Nombre de pays ayant précédemment notifié des cas ^c	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	2	1%
	Number of cases – Nombre de cas														
	New autochthonous ^d CL cases – Nouveaux cas autochtones ^d de LC	17 490	8%	31 616	15%	157 715	75%	1	<1%	4 511	2%	ND	ND	211 333	100%
	New autochthonous CL cases reported by "high burden" ^b countries – Nouveaux cas autochtones de LC signalés par des pays à forte charge de morbidité ^b	13 599	78%	27 165	86%	156 228	99%	NA – SO	NA – SO	4 448	99%	NA – SO	NA – SO	201 440	95%
Visceral leishmaniasis (VL) – Leishmaniose viscérale (LV)	Imported ^e CL cases – Cas importés ^e de LC	1		51		77		1		3		ND	ND	133	
	Imported CL cases reported by "high burden" ^b countries – Cas importés de LC signalés par des pays à forte charge de morbidité ^b	0	0%	31	61%	5	6%	NA – SO	NA – SO	ND	ND	NA – SO	NA – SO	36	27%
	Endemicity status – Endémicité														
	Number of endemic ^a countries – Nombre de pays d'endémie ^a	15	32%	13	36%	18	82%	27	51%	6	55%	1	3%	80	40%
	Among them, – Parmi ceux-ci,														
	Number of reporting countries in 2024 – Nombre de pays ayant communiqué des données en 2024	14	93%	12	92%	17	94%	4	15%	5	83%	0	0%	52	65%
	Number of "high burden" ^b countries – Nombre de pays à forte charge de morbidité ^b	6	40%	2	15%	5	28%	2	7%	3	50%	1	100%	19	24%
	Number of countries that "previously reported cases" ^c – Nombre de pays ayant précédemment notifié des cas ^c	4	9%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	5	3%
	Number of cases – Nombre de cas														
	New autochthonous ^d VL cases – Nouveaux cas autochtones ^d de LV	4 988	39%	1 348	10%	5 744	45%	72	1%	705	5%	ND	ND	12 857	100%
	New autochthonous VL cases reported by "high burden" ^b countries – Nouveaux cas autochtones de LV signalés par des pays à forte charge de morbidité ^b	4 887	98%	1 306	97%	5 628	98%	12	17%	703	99%	ND	ND	12 536	98%
	Imported ^e VL cases – Cas importés ^e de LV	41		1		13		1		17		ND	N	73	
	Imported VL cases reported by "high burden" ^b countries – Cas importés de LV signalés par des pays à forte charge de morbidité ^b	41	100%	ND	ND	0	0%	0	0%	17	100%	ND	ND	58	79%

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.

^a 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. – Pays d'endémie: pays dans lequel au moins 1 cas autochtone a été signalé et le cycle complet de transmission a été mis en évidence.^b The selection of "high burden" countries among endemic countries was based on the number of leishmaniasis cases reported annually since 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, la catégorie des pays à forte charge de morbidité est déterminée en fonction du nombre de cas de leishmaniose notifiés annuellement depuis 2013 (≥100 cas de LV ou ≥2500 cas de LC), de la disponibilité des données et de la nécessité de représenter chaque Région de l'OMS.^c 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. – Pays ayant précédemment notifié des cas: pays dans lequel au moins 1 cas autochtone a été signalé mais le cycle complet de transmission n'a pas été mis en évidence.^d 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.^e 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.

Map 1 **Status of endemicity of cutaneous leishmaniasis (CL) worldwide, 2024 (as reported by November 2025)**Carte 1 **Endémicité de la leishmaniose cutanée (LC) dans le monde, 2024 (selon les données collectées jusqu'en novembre 2025)**

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. © World Health Organization (WHO), 2025. All rights reserved. – 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. © Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2025. 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.

(Islamic Republic of), Pakistan, Peru, Sri Lanka, Syrian Arab Republic, Tunisia and Yemen, for a total of 195 976, representing 93% of all cases globally (*Map 1*).

In 2024, 45% (5744) of the new VL cases were reported by EMR, followed by 39% (4988) cases by AFR. AMR and SEAR reported 10% (1348) and 5% (705) cases, respectively. The 3 eco-epidemiological hotspots for VL are: Eastern Africa (Djibouti, Chad, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Somalia, South Sudan, Sudan and Uganda), with 79% (10 162) of all cases worldwide; Brazil, with 10% (1245); and the Indian subcontinent (Bangladesh, India and Nepal), with 5% (705). Yemen also constitutes a high-burden nosogeographical area for VL. Four countries, Brazil, Ethiopia, Kenya and Sudan, each reported >1000 VL cases, representing 71% (9062) of all cases globally (*Map 2*). Chad, Eritrea, India, Iraq, Nepal, Somalia, South Sudan, Uganda and Yemen, each reported >100 VL, representing 96% (12 377) of all VL cases worldwide.

Trends over time

In 2024, the number of CL cases reported was similar to that in 2022. Globally, in the past 10 years, the average number of CL cases reported has been 232 000, from a low of 205 653 cases in 2022 to the highest, 280 674, in 2019 (*Figure 1a*). The global trend is due mainly to the trend in EMR.

In AMR, where reporting rates are high, there was a further decrease over the 8 consecutive years, from 49 959 in 2017 to 31 616 in 2024. Overall, the trend in AMR has been decreasing since 2005. Details of the epidemiology of the leishmaniasis in AMR are published regularly elsewhere.¹¹ The trend in AFR is due mainly to Algeria, which reported 78% (13 599) of all cases in AFR in 2024. Between 2021 and 2024, when reporting has been more complete, the number of CL cases has doubled in AFR, from 8086 to 17 490 cases. In SEAR, the trend is due mainly to Sri Lanka, which reported 99% (4448) of cases. An increased number of cases was reported from Nepal (60); however, no data were available from India. The low reporting rates from EUR in 2024 obviate interpretation of the small numbers of cases notified in this Region.

Since 2014, the number of VL cases reported has decreased by 58% overall, from 30 801 to 12 857 in 2024 (*Figure 1b*). Since 2014, SEAR has reported the lowest numbers of cases, with 705 cases in 2024, representing a decrease of 93% (705/10 202). The EMR has reported 5744 cases of VL, the highest number in a decade. In

Brésil, Colombie, Irak, Iran [République islamique d’], Pakistan, Pérou, République arabe syrienne, Sri Lanka, Tunisie et Yémen) ont signalé plus de 2000 cas de LC chacun, pour un total de 195 976 cas, ce qui représente 93% des cas notifiés dans le monde (*Carte 1*).

En 2024, 45% (5744) des nouveaux cas de LV ont été notifiés par la Région de la Méditerranée orientale et 39% (4988) par la Région africaine. La proportion de cas signalés par la Région des Amériques et la Région d’Asie du Sud-Est était de 10% (1348) et 5% (705), respectivement. Il existe 3 points chauds éco-épidémiologiques de la LV: l’Afrique de l’Est (Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Ouganda, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Tchad), qui concentre 79% (10 162) des cas recensés dans le monde; le Brésil, avec 10% (1245) des cas; et le sous-continent indien (Bangladesh, Inde et Népal), avec 5% (705) des cas. Le Yémen constitue également une zone nosogéographique à forte charge de LV. Quatre pays (Brésil, Éthiopie, Kenya et Soudan) ont notifié >1000 cas de LV chacun, représentant à eux seuls 71% (9062) des cas signalés à l’échelle mondiale (*Carte 2*). L’Érythrée, l’Inde, l’Irak, le Népal, l’Ouganda, la Somalie, le Soudan du Sud, le Tchad et le Yémen ont chacun notifié >100 cas de LV, ce qui représente 96% (12 377) des cas de LV signalés dans le monde.

Tendances

En 2024, le nombre de cas de LC signalés était comparable à celui de 2022. À l’échelle mondiale, au cours des 10 dernières années, le nombre moyen de cas de LC notifiés s’établissait à 232 000, avec un minimum enregistré en 2022 (205 653 cas) et un maximum en 2019 (280 674 cas) (*Figure 1a*). La tendance mondiale est principalement tributaire de celle de la Région de la Méditerranée orientale.

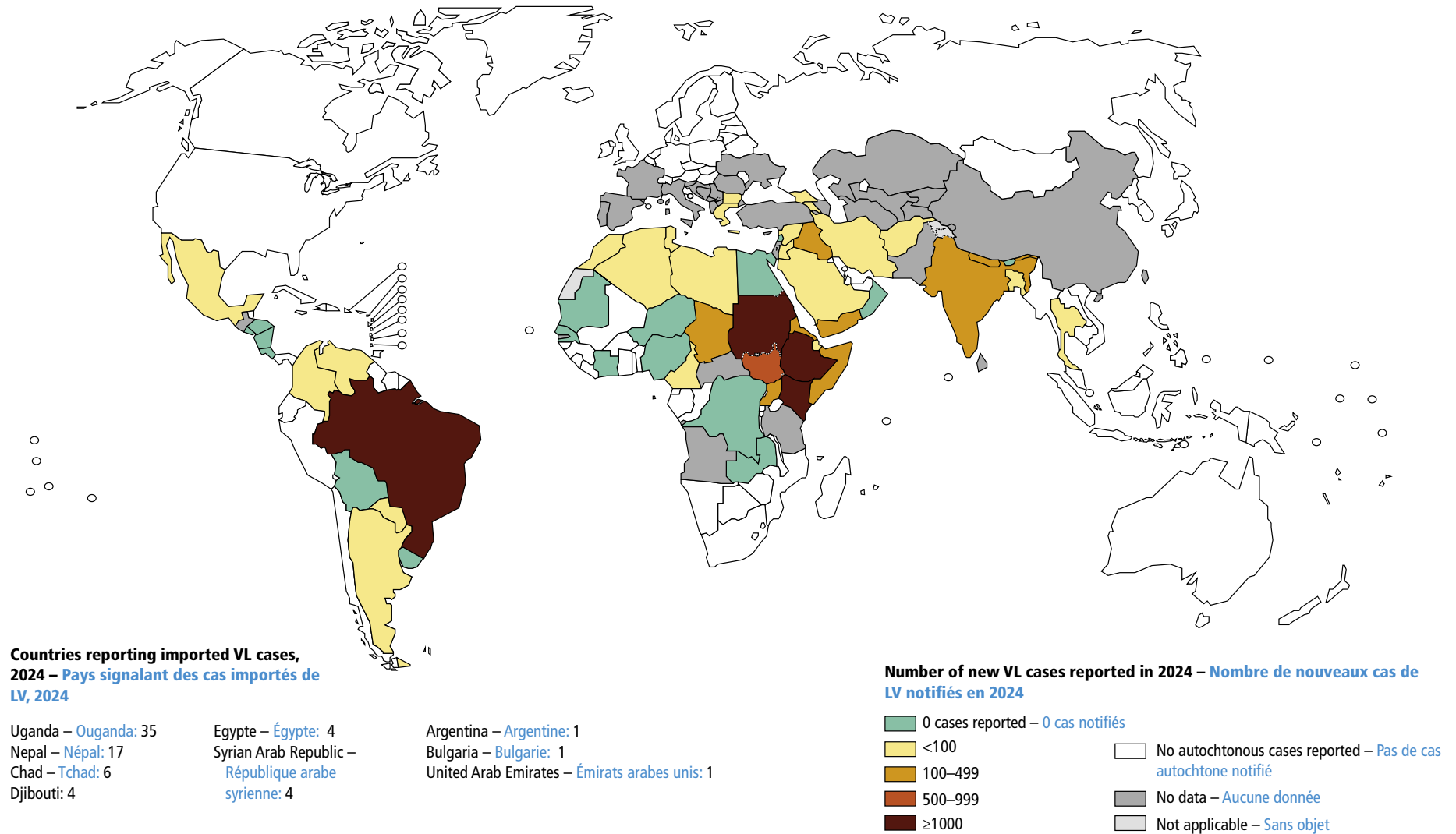
Dans la Région des Amériques, où le taux de notification est élevé, on a observé une baisse du nombre de cas pendant 8 années consécutives entre 2017 (49 959 cas) et 2024 (31 616 cas). Globalement, dans cette Région, la tendance est à la baisse depuis 2005. D’autres rapports publiés régulièrement fournissent des informations détaillées sur l’épidémiologie des leishmanioses dans la Région des Amériques.¹¹ Dans la Région africaine, la tendance est essentiellement déterminée par la situation en Algérie, pays qui concentrait 78% (13 599) des cas signalés dans la Région en 2024. Entre 2021 et 2024, sur la base des rapports consolidés, le nombre de cas de LC a doublé dans la Région africaine, passant de 8086 à 17 490 cas. Dans la Région de l’Asie du Sud-Est, la tendance est essentiellement attribuable au Sri Lanka, qui a signalé 99% (4448) des cas. Le nombre de cas notifiés au Népal a augmenté (60); aucune donnée n’était disponible pour l’Inde. Dans la Région européenne, le faible taux de notification en 2024 empêche toute interprétation du nombre limité de cas signalés dans cette Région.

Le nombre de cas de LV globalement diminué de 58% depuis 2014, passant de 30 801 en 2014 à 12 857 en 2024 (*Figure 1b*). Depuis 2014, la Région de l’Asie du Sud-Est enregistre le plus faible nombre de cas; en 2024, elle a notifié 705 cas, soit un recul de 93% (705/10 202). La Région de la Méditerranée orientale a signalé 5744 cas de LV, le nombre le plus élevé depuis 10 ans.

¹¹ Leishmaniasis: epidemiological reports for the Americas, No. 11. Washington DC: Pan American Health Organization; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56831>, accessed October 2025).

¹¹ Leishmaniasis: epidemiological reports for the Americas, No. 11. Washington DC: Organisation panaméricaine de la Santé, 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56831>, consulté en octobre 2025).

Map 2 **Status of endemicity of visceral leishmaniasis (VL) worldwide, 2024 (as reported by November 2025)**
 Carte 2 **Endémicité de la leishmaniose viscérale (LV) dans le monde, 2024 (selon les données collectées jusqu'en novembre 2025)**

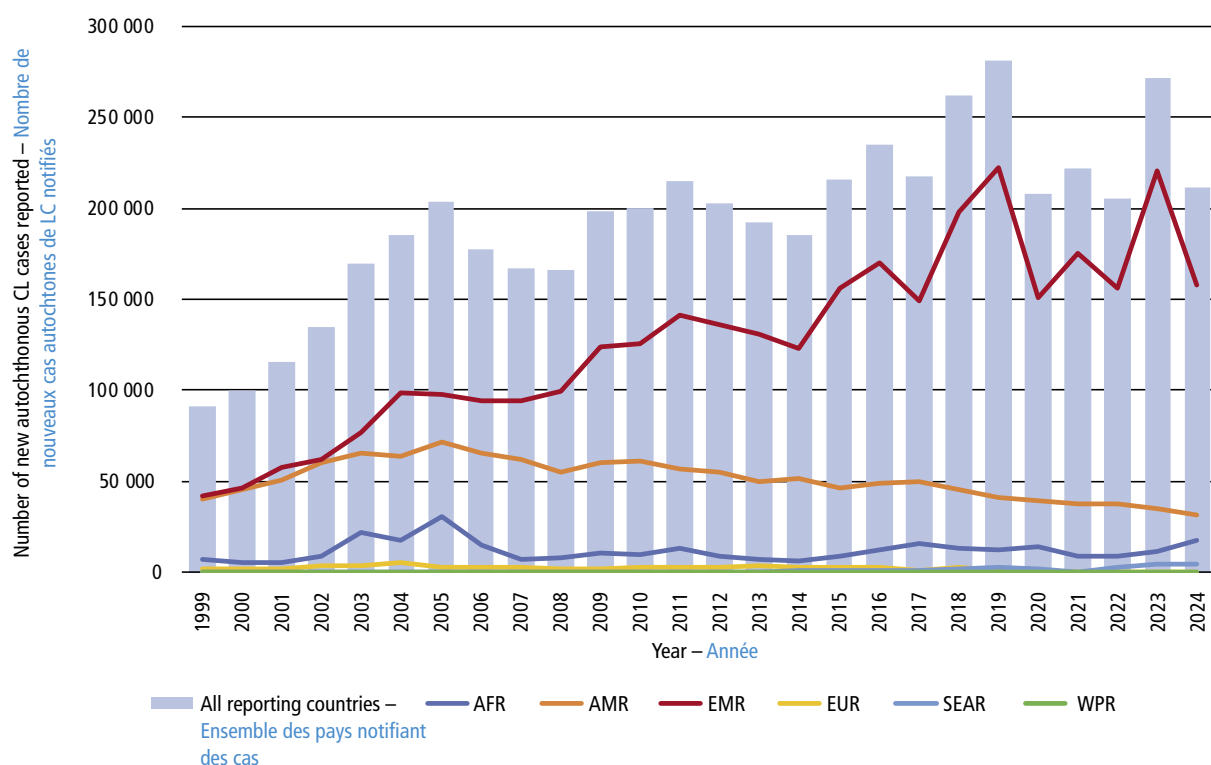


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © World Health Organization (WHO), 2025. All rights reserved. – 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. © Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2025. Tous droits réservés.

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

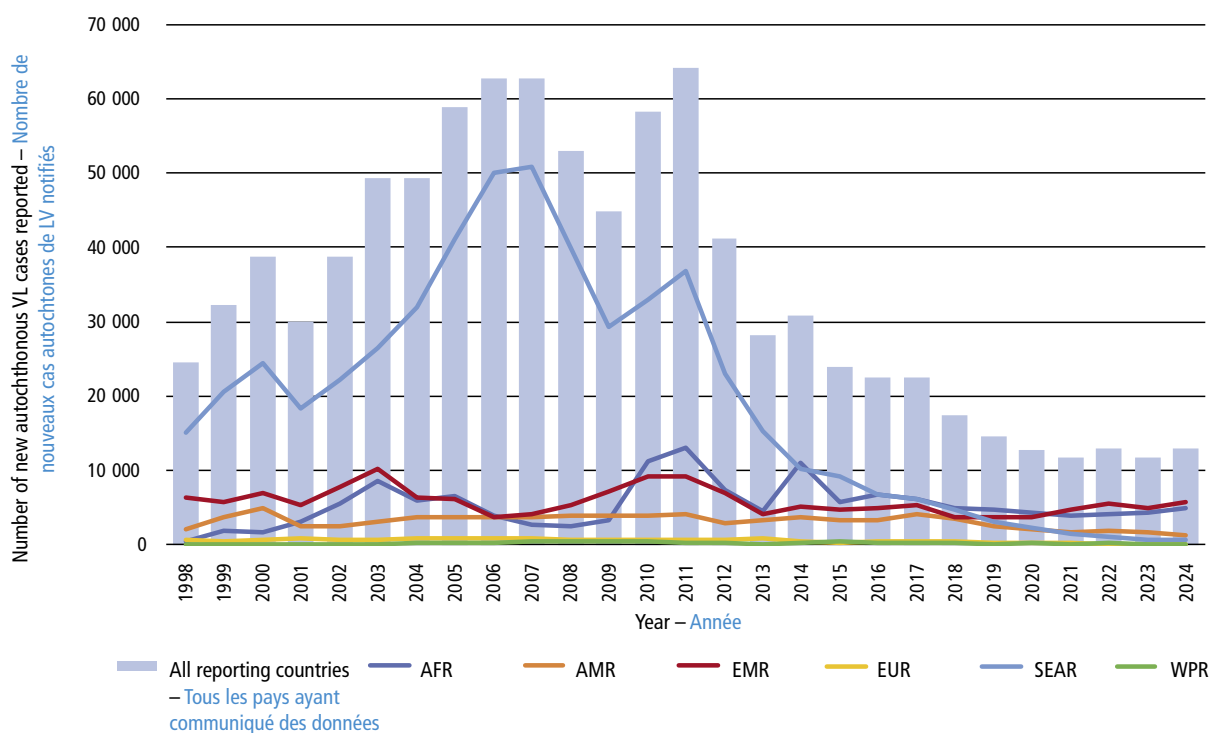
Map production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD), World Health Organization. – Production de la carte: Lutte contre les maladies tropicales négligées (NTD), Organisation mondiale de la santé.

Figure 1a **Evolution of the numbers of cutaneous leishmaniasis (CL) cases, by WHO region, 1999–2024**
 Figure 1a **Évolution du nombre de cas de leishmaniose cutanée (LC), par Région de l'OMS, 1999–2024**



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

Figure 1b **Evolution of numbers of visceral leishmaniasis (VL) cases, by WHO region, 1998–2024**
 Figure 1b **Évolution du nombre de cas de leishmaniose viscérale (LV), par Région de l'OMS, 1998–2024**



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

AFR, from a decrease during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) to 3500 in 2020, the number of cases increased to 4988 in 2024. Since 2018, EMR and AFR have reported more VL cases than SEAR for the seventh consecutive year.

Imported cases

Since 2014, WHO has collected information on whether cases are autochthonous or imported. In 2024, 133 imported cases of CL and 73 of VL were reported; 18 countries reported at least 1 imported CL case and 9 countries at least 1 imported VL case.

New and relapse cases

Since 2014, WHO has collected data on cases classified as new or relapse. In 2024, 2921 CL relapse cases were reported to WHO, while no information was available on the new or relapse status of 622 cases. CL relapses were reported mainly from EMR (2519; 86%), AFR (401; 14%) and SEAR (1; <1%). For VL, 315 relapse cases were reported, while no information was available on the new or relapse status of 14 cases. AFR reported 127 (40%), EMR 104 (33%), SEAR 82 (26%) and EUR 2 (<1%) relapse cases. Data on relapses were not available from AMR.

Post-kala-azar dermal leishmaniasis (PKDL)

Since 2011, WHO has been strengthening surveillance of PKDL, which is a potential reservoir of infection. This skin condition is observed mainly in areas endemic for *L. donovani*. Since 2011, a total of 13 907 cases has been reported, mainly from SEAR (90%, 12 480/13 907), EMR (6%, 768/13 907) and AFR (4%, 659/13 907). In 2024, 392 PKDL cases were reported from 7 countries, with significant differences in their contribution to the total: 62% (244/392) from India, 15% (60/392) from Sudan, 12% (47/392) from Bangladesh, 7% (26/392) from Kenya, 2% (9/392) from South Sudan, and ≤1% from Ethiopia (4/392), Nepal (2/392) and Uganda (1/392). After a peak of 2322 PKDL cases in 2017, the lowest number (392) was reported in 2024 (Figure 2). Data on gender were more complete, with 236 PKDL cases in males and 156 in females reported in 2024.

Case fatality rates in VL patients

A total of 4831 deaths from any cause in VL patients were reported in 2014–2024, of which 449 were reported in 2024. In 2024, ≥1 all-cause deaths among all types of VL cases were reported by 19 countries: Argentina (3), Bangladesh (1), Bolivarian Republic of Venezuela (1), Brazil (167), Cameroon (4), Chad (22), Ethiopia (24), Eritrea (17), India (5), Kenya (37), Morocco (1), Nepal (4), Paraguay (15), Somalia (5), South Sudan (22), Sudan (113), Syrian Arab Republic (2), Uganda (2) and Yemen (4). In 2024, the CFR among all types of VL cases was ≥2% in the 16 countries that reported at least 1 death:

Dans la Région africaine, le nombre de cas qui avait diminué pendant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) (3500 cas signalés en 2020) est reparti à la hausse pour s'établir à 4988 en 2024. Pour la septième année consécutive depuis 2018, la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale ont enregistré une hausse du nombre de cas de LV.

Cas importés

Depuis 2014, l'OMS recueille des données sur le nombre de cas autochtones et de cas importés. En 2024, 133 cas importés de LC et 73 cas importés de LV ont été notifiés; 18 pays ont signalé au moins 1 cas importé de LC et 9 pays au moins 1 cas importé de LV.

Nouveaux cas et cas de rechute

Depuis 2014, l'OMS recueille des données sur le nombre de nouveaux cas et de cas de rechute. En 2024, pour la LC, 2921 cas de rechute et 622 cas de nature indéterminée (pas d'information permettant de savoir s'il s'agissait de nouveaux cas ou de cas de rechute) ont été notifiés à l'OMS. Les cas de rechute ont été signalés principalement dans la Région de la Méditerranée orientale (2519 cas; 86%), la Région africaine (401 cas; 14%) et dans la Région de l'Asie du Sud-Est (1 cas; <1%). Pour la LV, 315 cas de rechute et 14 cas de nature indéterminée ont été notifiés. La Région africaine a signalé 127 cas de rechute (40%), la Région de la Méditerranée orientale 104 (33%), la Région de l'Asie du Sud-Est 82 (26%) et la Région européenne 2 (<1%). Les données sur les cas de rechute n'étaient pas disponibles pour la Région des Amériques.

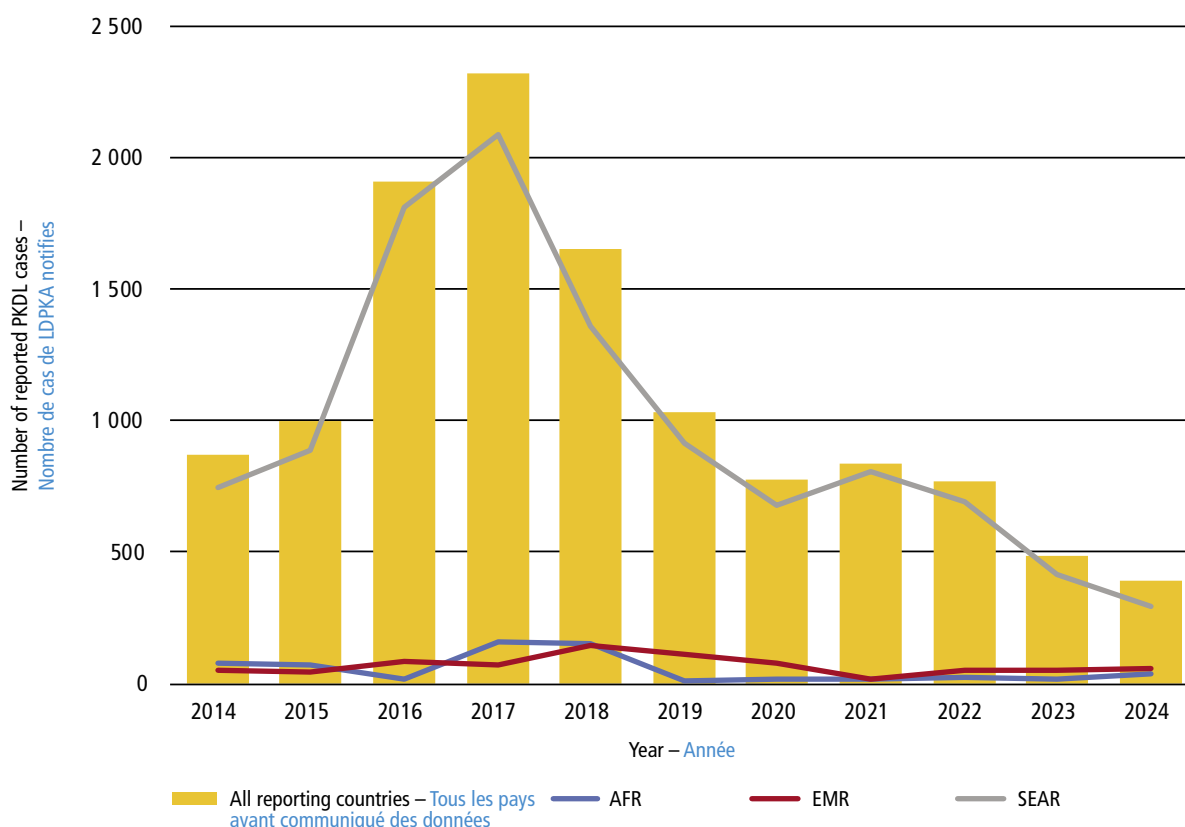
Leishmaniose dermique post-kala-azar

Depuis 2011, l'OMS s'emploie à renforcer la surveillance de la leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA), qui constitue un réservoir d'infection potentiel. Cette affection cutanée est surtout observée dans les zones où *L. donovani* est endémique. Depuis 2011, 13 907 cas ont été notifiés au total, principalement dans la Région de l'Asie du Sud-Est (90%, 12 480/13 907), la Région de la Méditerranée orientale (6%, 768/13 907) et la Région africaine (4%, 659/13 907). En 2024, 392 cas de LDPKA ont été signalés dans 7 pays, dont la contribution à ce total variait notablement: 62% (244/392) des cas concernaient l'Inde, 15% (60/392) le Soudan, 12% (47/392) le Bangladesh, 7% (26/392) le Kenya, 2% (9/392) le Soudan du Sud et ≤1% l'Éthiopie (4/392), le Népal (2/392) et l'Ouganda (1/392). Après un pic de 2322 cas de LDPKA en 2017, les 392 cas notifiés en 2024 représentent le chiffre plus faible enregistré à ce jour (Figure 2). Les données sur le sexe étaient plus complètes et indiquent qu'en 2024, 236 cas concernaient des personnes de sexe masculin et 156 des personnes de sexe féminin.

Taux de létalité chez les patients atteints de LV

Au total, 4831 décès toutes causes confondues chez les patients atteints de LV ont été signalés entre 2014 et 2024, dont 449 en 2024. En 2024, 19 pays ont notifié ≥1 décès toutes causes confondues parmi tous les types de cas de LV: Argentine (3), Bangladesh (1), Brésil (167), Cameroun (4), Érythrée (17), Éthiopie (24), Inde (5), Kenya (37), Maroc (1), Népal (4), Ouganda (2), Paraguay (15), République arabe syrienne (2), République bolivarienne du Venezuela (1), Somalie (5), Soudan (113), Soudan du Sud (22), Tchad (22) et Yémen (4). En 2024, le taux de létalité parmi tous les types de cas de LV était de ≥2% dans les 16 pays ayant signalé au moins 1 décès: Argentine (10%, 3/31),

Figure 2 **Numbers of cases of post-kala-azar dermal leishmaniasis (PKDL), by WHO region, 2014–2024**
 Figure 2 **Nombre de cas de leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA), par Région de l'OMS, 2014–2024**



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.

Argentina (10%, 3/31), Bangladesh (2%, 1/42), Bolivarian Republic of Venezuela (33%, 1/3), Brazil (13%, 167/1245), Cameroon (6%, 4/66), Chad (8%, 22/271), Eritrea (5%, 17/311), Ethiopia (2%, 24/1503), Kenya (2%, 37/1591), Morocco (2%, 1/64), Nepal (2%, 4/253), Paraguay (25%, 15/61), South Sudan (2%, 22/1013), Sudan (2%, 114/4907), Syrian Arab Republic (4%, 2/47) and Yemen (2%, 4/179). Information on all types of deaths and cause-specific VL mortality was not available from most of these countries.

Neglected tropical disease (NTD) road map 2030 indicator

The NTD road map 2021–2030 envisions VL elimination as a public health problem, defined as achieving a <1% CFR among immunocompetent primary VL cases. In 2024, 16 countries reported on this indicator, with CFR <1% in India and in Uganda. Two countries, Bangladesh and Thailand reported no VL-related deaths among cases of primary VL in 2024. A CFR >1% was reported by 12 countries, Cameroon, Chad, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Morocco, Nepal, Somalia, South Sudan, Sudan, Syrian Arab Republic and Yemen.

In most countries, information on follow-up of VL cases to standard post-treatment after 6 months was either not available or for only some cases, leading to under-estimation of the CFR.

Bangladesh (2%, 1/42), Brésil (13%, 167/1245), Cameroun (6%, 4/66), Érythrée (5%, 17/311), Éthiopie (2%, 24/1503), Kenya (2%, 37/1591), Maroc (2%, 1/64), Népal (2%, 4/253), Paraguay (25%, 15/61), République arabe syrienne (4%, 2/47), République bolivarienne du Venezuela (33%, 1/3), Soudan (2%, 114/4907), Soudan du Sud (2%, 22/1013), Tchad (8%, 22/271) et Yémen (2%, 4/179). Pour la plupart de ces pays, on ne disposait pas d'informations sur la mortalité toutes causes confondues et par cause pour la LV.

Indicateur de la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021–2030

La feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021–2030 vise l'élimination de la LV en tant que problème de santé publique, définie par un taux de létalité <1% parmi les personnes immunocompétentes atteintes de LV primaire. En 2024, 16 pays ont communiqué cet indicateur, parmi lesquels l'Inde et l'Ouganda qui ont atteint un taux de létalité <1%. Deux pays, le Bangladesh et la Thaïlande, n'ont signalé aucun décès lié à la LV parmi les personnes atteintes de LV primaire en 2024. Les 12 autres pays – Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Maroc, Népal, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad et Yémen – ont rapporté un taux de létalité >1%.

Dans la plupart des pays, les informations sur le suivi des cas de LV post-traitement pendant une période standard de 6 mois n'étaient pas disponibles ou ne concernaient que certains cas, ce qui se traduit par une sous-estimation du taux de létalité.

In the AMR, the goal for VL of the Plan of action to strengthen the surveillance and control of leishmaniasis in America, 2023–2030,¹² is to reduce the fatality rate from primary VL to $\leq 3\%$ at the second subnational level by 2030.

Cause-specific VL mortality

Of 449 deaths, 436 were reported among new cases and the remaining 13 among relapse cases. Information on cause-specific mortality was available for 330 cases, of which 261 (79%) deaths were attributable to VL, 42 (13%) to HIV coinfection, 22 (7%) to other diseases and 1 (<1%) to adverse drug events. The cause of death was not known in 80 deaths.

Age and gender distribution

Except in 2022, the completeness of data from high-burden countries on both age and gender distribution improved in the period 2014–2024 for both CL and VL. In 2024, at global level, information on age and gender was missing for 54% and 7% of CL cases, respectively. The trend was affected by the lack of availability of age-disaggregated data from Afghanistan and Sri Lanka and by the lack of age- and gender-disaggregated data from Algeria. Data were complete (>90%) for the other high-burden countries. For VL, information on age and gender were not available in 2% and 3% of cases, respectively (Figures 3a, 3b, 4a, 4b). In 2024, data on age were available for 98% (12 420/12 695) of VL cases in high-burden countries. Of these, 49% of VL cases were in people aged ≥ 15 years, 30% in those aged 5–14 years and 20% in those aged <5 years (Figure 4a).

Data on gender were available for 97% (12 003/12 351) of cases in high-burden countries; 66% of VL cases were in males.

For CL, data on age group were available for 46% (87 325/189 930) of new cases in high-burden countries, where 66% of cases were in people aged ≥ 15 years, 23% in children aged 5–14 years and 11% in children aged <5 years. It should be noted that data on age distribution are collected differently in AMR from other regions, i.e. <5 years, 5–10 years, >10 years.

The gender distribution of new CL cases in high-burden countries was available for 93% (180 618/194 828) of cases, of which 46% were in females.

HIV-VL coinfection

Co-infection with HIV and *Leishmania* has been reported in over 42 countries. In the period 2014–2024, 4378 positive cases of VL–HIV co-infection were reported among all types of VL cases (new, relapses and unspecified). In 2024, information on HIV status (positive, negative or inconclusive/unknown) was available

Dans la Région des Amériques, l'objectif pour la LV prévu dans le *Plan of action to strengthen the surveillance and control of leishmaniasis in America, 2023–2030*,¹² est de réduire le taux de létalité dû à la LV primaire à $\leq 3\%$ au deuxième niveau infra-national d'ici à 2030.

Mortalité par cause pour la LV

Sur les 449 décès signalés, 436 concernaient de nouveaux cas et 13 des cas de rechute. Des données sur la mortalité par cause étaient disponibles pour 330 cas: 261 (79%) décès étaient imputables à la LV, 42 (13%) à une co-infection par le VIH, 22 (7%) à d'autres maladies et 1 (<1%) à des événements indésirables médicamenteux. La cause du décès n'était pas connue pour 80 cas.

Répartition par âge et par sexe

À l'exception de 2022, l'exhaustivité des données fournies par les pays à forte charge de morbidité concernant la répartition par âge et par sexe a progressé au cours de la période 2014–2024, tant pour la LC que pour la LV. Globalement, en 2024, la proportion de cas de LC pour lesquels on ne disposait pas d'informations sur l'âge et le sexe était de 54% et 7%, respectivement. Cette tendance reflète l'absence de données ventilées par âge pour l'Afghanistan et le Sri Lanka, et l'absence de données ventilées par âge et par sexe pour l'Algérie. Les autres pays à forte charge de morbidité ont fourni des données complètes (>90%). Pour la LV, les informations sur l'âge et le sexe étaient manquantes pour 2% et 3% des cas, respectivement (Figures 3a, 3b, 4a, 4b). En 2024, des données sur l'âge étaient disponibles pour 98% (12 420/12 695) des cas de LV dans les pays à forte charge de morbidité. Parmi ces cas, 49% concernaient des personnes âgées de ≥ 15 ans, 30% des enfants âgés de 5–14 ans et 20% des enfants de <5 ans (Figure 4a).

Des données sur le sexe étaient disponibles pour 97% (12 003/12 351) des cas dans les pays à forte charge de morbidité; 66% des personnes atteintes de LV étaient de sexe masculin.

Pour la LC, des données sur la répartition par âge étaient disponibles pour 46% (87 325/189 930) des nouveaux cas dans les pays à forte charge de morbidité; 66% de ces cas concernaient des personnes âgées de ≥ 15 ans, 23% des enfants âgés de 5–14 ans et 11% des enfants de <5 ans. Il est à noter que, dans la Région des Amériques, les tranches d'âge utilisées pour établir la répartition par âge, à savoir <5 ans, 5–10 ans et >10 ans, sont différentes de celles appliquées dans les autres Régions.

Des informations sur la répartition par sexe étaient disponibles pour 93% (180 618/194 828) des nouveaux cas de LC dans les pays à forte charge de morbidité; 46% d'entre eux étaient des personnes de sexe féminin.

Co-infection LV-VIH

Des cas de co-infection par *Leishmania* et le VIH ont été signalés dans plus de 42 pays. Entre 2014 et 2024, une co-infection LV-VIH a été détectée chez 4378 personnes atteintes de LV, tous types de cas confondus (cas nouveaux, rechutes ou type non précisé). En 2024, des informations sur le statut sérologique pour le VIH (positif, négatif ou non concluant/inconnu) étaient

¹² Plan of action to strengthen the surveillance and control of leishmaniasis in the Americas 2023–2030. Washington DC: Pan American Health Organization; 2024. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275128787>, accessed October 2025

¹² Plan of action to strengthen the surveillance and control of leishmaniasis in the Americas 2023–2030. Washington DC: Organisation panaméricaine de la Santé, 2024. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.37774/9789275128787>, consulté le 10 octobre 2025.

Figure 3a **Distribution of new cutaneous leishmaniasis cases by age group, 2014–2024, in high-burden countries**
 Figure 3a **Répartition des nouveaux cas de leishmaniose cutanée par tranche d'âge, 2014–2024, dans les pays à forte charge de morbidité**

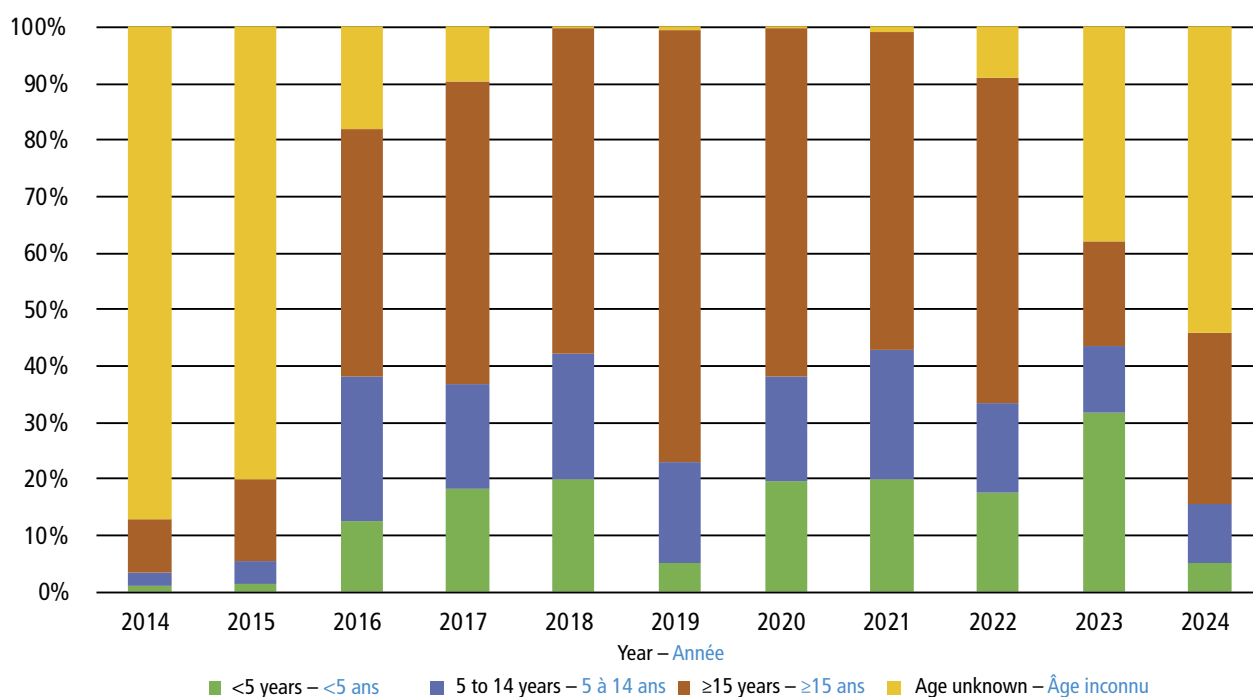


Figure 3b **Distribution of new cutaneous leishmaniasis cases by gender, 2014–2024, in high-burden countries**
 Figure 3b **Répartition des nouveaux cas de leishmaniose cutanée par sexe, 2014–2024, dans les pays à forte charge de morbidité**

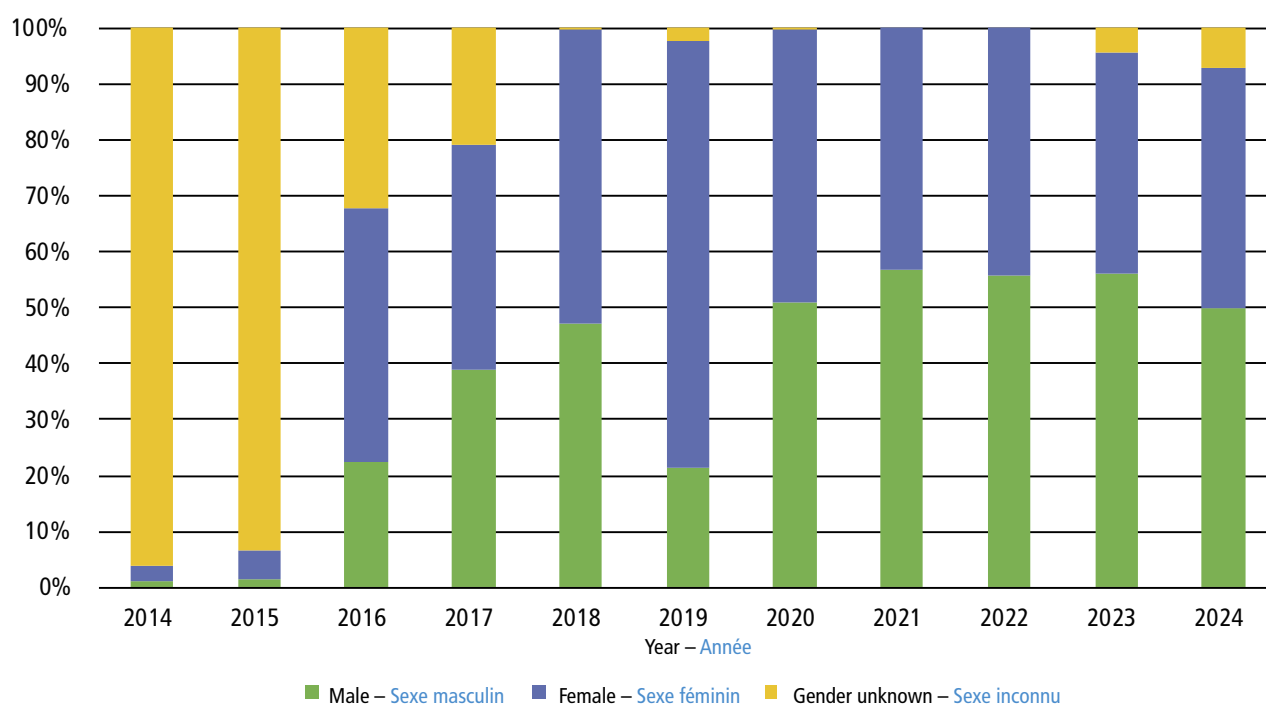


Figure 4a **Distribution of new visceral leishmaniasis cases by age group, 2014–2024, in high-burden countries**
 Figure 4a **Répartition des nouveaux cas de leishmaniose viscérale par tranche d'âge, 2014-2024, dans les pays à forte charge de morbidité**

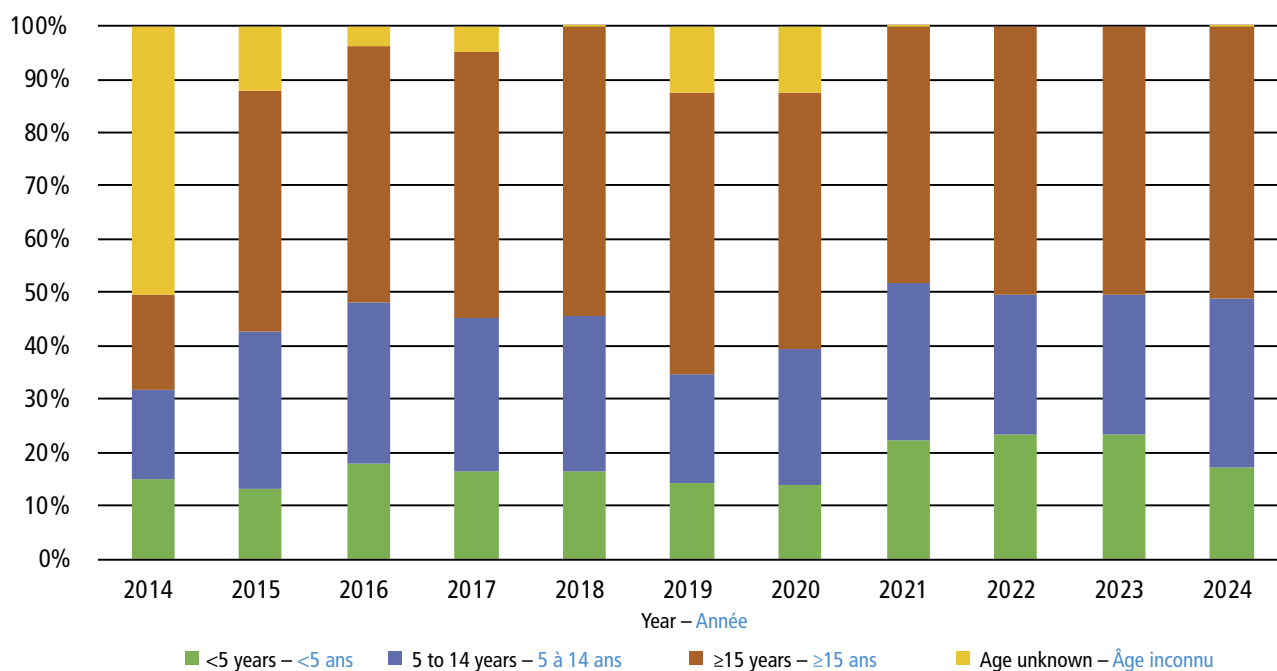
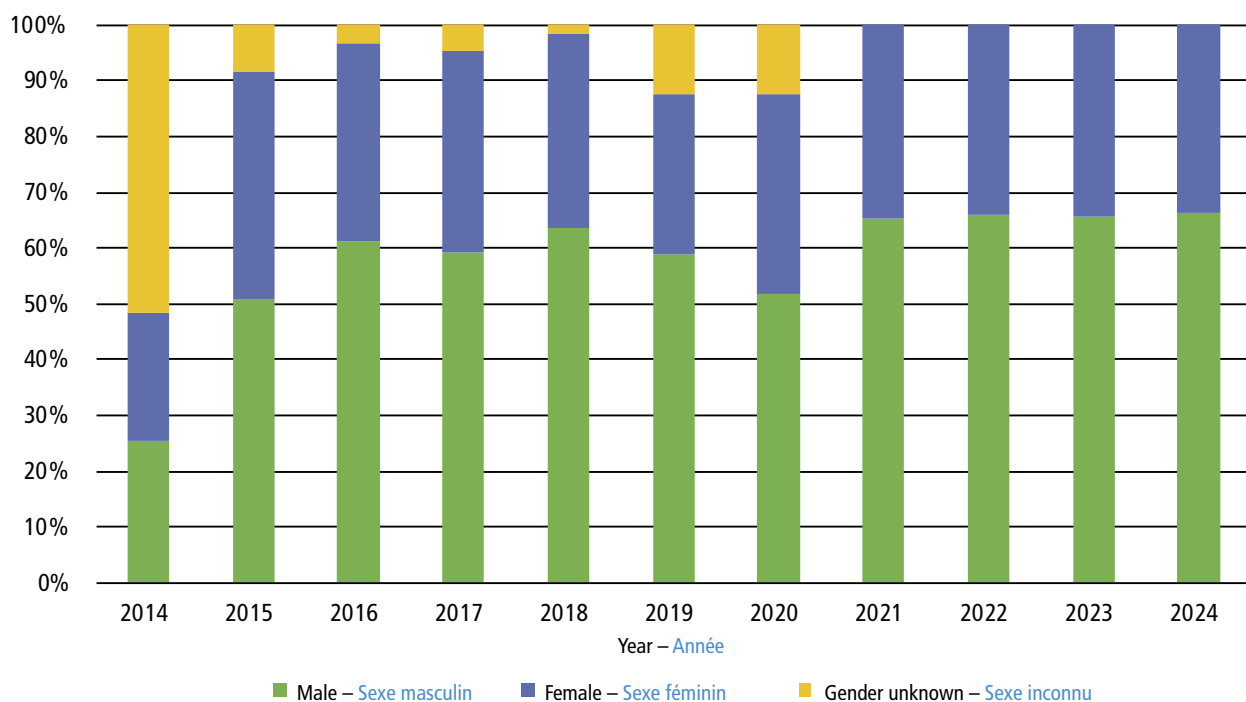


Figure 4b **Distribution of new visceral leishmaniasis cases by gender, 2014–2024, in high-burden countries**
 Figure 4b **Répartition des nouveaux cas de leishmaniose viscérale par sexe, 2014-2024, dans les pays à forte charge de morbidité**



for 7696 cases in AFR, AMR, EMR and SEAR from which the data are the most complete and systematic; 436 positive cases were reported among new cases, of which 24% (106/436) of positive cases were reported in AFR, 62% (269/436) in AMR, 3% (12/436) in EMR and 11% (48/436) in SEAR. Only 1 positive case was reported from EUR. A total of 40 positive cases were reported among relapse cases.

In June 2022, WHO published guidelines for the treatment of VL in HIV co-infected patients in East Africa and South-East Asia, which consists of combination therapy with liposomal amphotericin B and miltefosine. In East Africa, pentamidine is proposed for secondary prophylaxis after cure of the first episode of VL. The updated treatment guidelines for leishmaniasis in the Americas includes monotherapy with liposomal amphotericin B as the first-line treatment for co-infected patients. Liposomal amphotericin B in low doses is also recommended for secondary prophylaxis, every 2 weeks for 12 months or until CD4 is ≥ 350 cells/mm³.

VL treatment by regimen and outcome

Since 2013, WHO has been collecting information on antileishmanial treatment and outcomes for leishmaniasis. The therapeutic choices in endemic regions differ according to the parasite species and concomitant pathologies (e.g. HIV coinfection).

Between 2021 and 2024, 43 992 VL cases of all types (new, relapse and unspecified) were treated with liposomal amphotericin B (AmBisome™), 34 614 cases with a combination of pentavalent antimonials plus paromomycin, 22 302 cases with pentavalent antimonial and 5914 with other antileishmanial drugs. Information on the drug administered was not available for 20 031 new cases.

The final treatment outcome for patients followed up for a standard duration (6 months) was available for 1607 new VL cases in 2024. Of these, 1576 cases (98%) were cured, 46 died, and 42 relapsed.

Status of elimination of VL (kala-azar) as a public health problem in SEAR

In 2005, the governments of Bangladesh, India, and Nepal pledged to eliminate kala-azar as a public health problem, defined as an annual incidence of <1 case of VL in 10 000 population at sub-district (*upazila* in Bangladesh, block in India) and district level (Nepal) designated as implementation units (IUs). The elimination initiative was later joined by Bhutan, Sri Lanka and Thailand, all of which report sporadic cases. The VL elimination initiative is one of the flagship programmes of the SEAR Office.

In 2023, Bangladesh became the first country to be validated for VL elimination as a public health problem. In December 2023, India achieved elimination in 100% of IUs and is preparing for validation of elimination at the end of 3 consecutive years of sustained elimination.

disponibles pour 7696 cas dans la Région africaine, la Région de l'Asie du Sud-Est, la Région des Amériques, la Région européenne et la Région de la Méditerranée orientale, où la collecte de données est plus complète et plus systématique. Au total, 436 cas positifs ont été signalés parmi les nouveaux cas, dont 24% (106/436) dans la Région africaine, 62% (269/436) dans la Région des Amériques, 11% dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 3% (12/436) dans la Région de la Méditerranée orientale. Un seul cas positif a été notifié dans la Région européenne. Parmi les cas de rechute, 40 étaient séropositifs pour le VIH.

En juin 2022, l'OMS a publié des lignes directrices sur le traitement de la LV chez les patients co-infectés par le VIH en Afrique de l'Est et en Asie du Sud-Est, dans lesquelles elle préconise une polythérapie par l'amphotéricine B liposomale et la miltefosine. En Afrique de l'Est, il est proposé d'utiliser la pentamidine pour la prophylaxie secondaire après la résolution d'un premier épisode de LV. Les lignes directrices actualisées sur le traitement de la leishmaniose dans les Amériques suggèrent également une monothérapie par l'amphotéricine B liposomale comme traitement de première intention chez les patients co-infectés. L'amphotéricine B liposomale à faibles doses est également recommandée pour la prophylaxie secondaire, toutes les 2 semaines pendant 12 mois ou jusqu'à ce que la numération des CD4 soit ≥ 350 cellules/mm³.

Traitement de la LV: schémas et résultats thérapeutiques

Depuis 2013, l'OMS recueille des informations sur les traitements administrés contre la leishmaniose et sur les résultats obtenus. Les options thérapeutiques dans les régions d'endémie diffèrent en fonction de l'espèce parasitaire et des comorbidités (par exemple, co-infection par le VIH).

Entre 2021 et 2024, 43 992 cas de LV tous types confondus (nouveaux, rechutes et type non précisé) ont été traités par l'amphotéricine B liposomale (AmBisome™), 34 614 par des antimoniés pentavalents associés à la paromomycine, 22 302 par des antimoniés pentavalents et 5914 par d'autres médicaments contre la leishmaniose. Pour 20 031 nouveaux cas, aucune information sur le médicament administré n'était disponible.

Le résultat thérapeutique final pour les patients suivis pendant une période standard (6 mois) était disponible pour 1607 nouveaux cas de LV en 2024. Parmi eux, on dénombrait 1576 (98%) guérisons, 46 décès et 42 rechutes.

Le point sur l'élimination de la LV (kala-azar) en tant que problème de santé publique

En 2005, les gouvernements du Bangladesh, de l'Inde et du Népal se sont engagés à éliminer le kala-azar en tant que problème de santé publique, cette cible étant définie par une incidence annuelle de <1 cas de LV pour 10 000 habitants dans les sous-districts («upazila» au Bangladesh, «bloc» en Inde) et les districts (Népal), désignés comme unités de mise en œuvre. Le Bhoutan, le Sri Lanka et la Thaïlande, où des cas sporadiques sont observés, se sont par la suite associés à cette initiative, qui est l'un des programmes phares de la Région de l'Asie du Sud-Est.

En 2023, le Bangladesh est devenu le premier pays où l'élimination de la LV en tant que problème de santé publique a été validée. En décembre 2023, l'Inde est parvenue à l'élimination de la LV dans 100% de ses unités de mise en œuvre et se prépare maintenant à la validation de l'élimination prévue au terme de

Nepal revised the endemicity status to 47 endemic districts, with endemicity doubtful in 25 of 77 districts. In 2024, all IUs achieved elimination status. Bangladesh also revised the endemicity status from 100 to 130 *upazila*. In all 3 countries, kala-azar cases are being detected in new areas, and the foci are being investigated.

VL elimination initiative in Eastern Africa

In June 2024, at the request of eastern African Member States and stakeholders, WHO launched a strategic framework for the elimination of VL as a public health problem in eastern Africa 2023–2030, with an advocacy tool, the Nairobi Declaration.^{13, 14} Nine countries – Chad, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Somalia, South Sudan, Sudan and Uganda, have endorsed the strategic framework and are updating their national protocols. In a side event during the Seventy-eighth World Health Assembly in May 2025, 6 countries of eastern Africa signed a memorandum of understanding for VL elimination as a public health problem by 2030 – Chad, Djibouti, Ethiopia, Somalia, South Sudan and Sudan. Subsequently, Eritrea, Kenya and Uganda, have also signed the memorandum.

Since its launch, progress has been made in the VL programme in the AFR, including enhanced disease surveillance with a high reporting rate, cross-border collaboration, notably between Kenya and Uganda, improved case management capacity and decentralized services, VL outbreak investigation and response, and strong partnership among stakeholders.

Discussion and conclusion

Work by WHO to improve regular annual reporting on leishmaniasis since 2014 resulted in 2024 in high reporting rates in most regions and from most high-burden countries. Nevertheless, there was significant under-reporting at regional (EUR and WPR) and country level (China) for both VL and CL. WHO will continue to provide support to those regions and countries to obtain data and upload it onto the GHQ.

With the success of the VL elimination initiative in SEAR, the current burden has shifted to AFR and EMR, which together constitute 83% of the global burden. SEAR is consolidating its gains and now has only 5% of the global burden. Cases are, however, appearing in new areas, requiring confirmation of endemicity and

3 années consécutives de maintien de l'élimination. Le Népal a révisé le degré d'endémicité de certains districts et compte désormais 47 districts d'endémie, tandis que dans 25 districts sur 77, l'endémicité n'a pas pu être établie avec certitude; en 2024, toutes les unités de mise en œuvre du pays étaient parvenues à l'élimination. Le Bangladesh a également révisé le degré d'endémicité de ses unités de mise en œuvre; le nombre d'*upazila* d'endémie est ainsi passé de 100 à 130. Dans ces 3 pays, des cas de kala-azar sont détectés dans de nouvelles zones; les foyers recensés font actuellement l'objet d'enquêtes.

Initiative d'élimination de la LV en Afrique de l'Est

En juin 2024, à la demande des États Membres et des parties prenantes d'Afrique de l'Est, l'OMS a lancé un cadre stratégique pour l'élimination de la LV en tant que problème de santé publique en Afrique de l'Est à l'horizon 2030, ainsi qu'un outil de plaidoyer, «la Déclaration de Nairobi».^{13, 14} Neuf pays – Djibouti, l'Érythrée, l'Éthiopie, le Kenya, l'Ouganda, la Somalie, le Soudan, le Soudan du Sud et le Tchad – ont approuvé le cadre stratégique et sont en train de mettre à jour leurs protocoles nationaux. Lors d'un événement organisé en marge de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2025, 6 pays d'Afrique de l'Est – Djibouti, l'Éthiopie, la Somalie, le Soudan du Sud et le Tchad – ont signé un protocole d'accord pour l'élimination de la LV en tant que problème de santé publique d'ici à 2030. Par la suite, le Kenya et l'Ouganda ont également signé le protocole.

Depuis le lancement de ce cadre stratégique, le programme de lutte contre la LV a progressé dans la Région africaine, notamment grâce à une surveillance renforcée de la maladie avec un taux de notification élevé, à une collaboration transfrontalière, en particulier entre le Kenya et l'Ouganda, à l'amélioration des capacités de prise en charge des cas et à la décentralisation des services, aux enquêtes sur les flambées de LV et aux mesures de riposte, ainsi qu'à un solide partenariat entre les parties prenantes.

Discussion et conclusion

Les efforts déployés par l'OMS depuis 2014 pour améliorer la communication annuelle régulière de données sur la leishmaniose ont abouti en 2024 à des taux de notification élevés dans la plupart des Régions et des pays à forte charge de morbidité. Néanmoins, une sous-notification importante a été constatée dans certaines Régions (Europe et Pacifique occidental) et certains pays (Chine) tant pour la LV que pour la LC. L'OMS continuera d'aider ces Régions et ces pays en vue de recueillir les données requises et de les téléverser sur le site de l'Observatoire mondial de la santé.

Avec le succès de l'initiative d'élimination de la LV dans Région de l'Asie du Sud-Est, la charge actuelle de la LV s'est déplacée vers la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale, qui représentent ensemble 83% de la charge mondiale de cette maladie. La Région de l'Asie du Sud-Est consolide ses acquis et ne supporte désormais plus que de 6% de la charge

¹³ Strategic framework for the elimination of visceral leishmaniasis as a public health problem in eastern Africa 2023–2030. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376833>).

¹⁴ Strategic framework for the elimination of visceral leishmaniasis as a public health problem in eastern Africa 2023–2030: web annex: the Nairobi Declaration. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/B09041>, accessed October 2025).

¹³ Strategic framework for the elimination of visceral leishmaniasis as a public health problem in eastern Africa 2023–2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376833>).

¹⁴ Strategic framework for the elimination of visceral leishmaniasis as a public health problem in eastern Africa 2023–2030: web annex: the Nairobi Declaration. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024. <https://doi.org/10.2471/B09041>.

implementation of full elimination strategies in those areas. EMR countries continue to experience the highest burden of CL, with 75% of cases in 2024, followed by AMR (15%), a consistent trend over the past 10 years. In 2024, the trend was similar, with a marginal decrease in numbers due to partial reporting from some countries.

Reporting of data on CL (from 49 to 59) and VL (from 47 to 54) was better in 2024 than in 2022, respectively, as illustrated in *Figures 3a, 3b, 4a and 4b*. The increased reporting rates denote the importance for the national programmes of sharing their annual surveillance data with WHO. This global report reflects epidemiological trends in a wide range of parameters in countries and regions that have been reporting their data for the past several years.

As treatment of leishmaniasis and its outcome depend on several factors, including the type of parasite species, immune status, comorbid conditions and geography, WHO in 2013 requested 200 countries or territories to report separately on imported cases of leishmaniasis to reflect the origin of infection. It has since published the number of imported cases as a separate indicator in the GHO.⁴ Although 89 countries have reported this indicator at least once since 2014, reporting on the origin of infection has been neither systematic nor complete.

To monitor progress in epidemiological trends and the efficacy of treatment regimens, WHO proposes that countries collect disaggregated information on the type (new and relapse) and origin (autochthonous and imported) of leishmaniasis and treatment outcome. Recent political instability and civil conflicts in some high-burden countries have affected antileishmanial service delivery. This has complicated accurate reflection of national disease burden and interpretation of epidemiological trends.

Since 2014, WHO has also collected data on other essential indicators, including HIV–VL coinfection and the numbers of PKDL cases and deaths among VL patients, which are key indicators for the control and elimination of VL. Provider-initiated HIV counselling and testing for VL cases remain suboptimal in the majority of *Leishmania*-HIV co-endemic countries. WHO recommends that all VL patients be screened for HIV in areas in which leishmaniasis and HIV are both endemic and where antiretroviral therapy (ART) services are available. Lack of patient follow-up to 6 months post-treatment or partial information do not permit correct estimates of treatment outcome (cure, relapse, and death) or accurate calculation of the NTD road map 2030 target for VL. In areas endemic for *L. donovani*, follow-up of VL cohorts can benefit from detecting PKDL cases. WHO is assisting countries in strengthening information systems on cause-specific VL mortality to understand the reasons for delays and deaths to institute

mondiale de la LV. Cependant, des cas apparaissent dans de nouvelles zones, ce qui nécessite de confirmer l'endémicité et de mettre en œuvre des stratégies d'élimination complète dans ces zones. Les pays de la Région de la Méditerranée orientale continuent de supporter la plus lourde charge de LC (75% des cas en 2024), suivis par ceux de la Région des Amériques (14%), une tendance constante au cours des 10 dernières années. En 2024, la tendance a été similaire, avec une légère diminution des chiffres en raison de rapports incomplets fournis par certains pays.

Le taux de communication des données a progressé pour la LC (passant de 49% à 59%) et pour la LV (passant de 47% à 54%) entre 2022 et 2024, respectivement, comme le montrent les *Figures 3a, 3b, 4a et 4b*. Cette augmentation des taux de notification témoigne de l'importance pour les programmes nationaux de communiquer chaque année leurs données de surveillance à l'OMS. Ce rapport mondial reflète les tendances épidémiologiques pour un large éventail de paramètres dans les pays et les Régions qui communiquent leurs données depuis plusieurs années.

Étant donné que le traitement de la leishmaniose et ses résultats dépendent de plusieurs facteurs, notamment de l'espèce parasitaire, de l'état immunitaire des patients, des comorbidités et de la situation géographique, l'OMS a demandé en 2013 à 200 pays ou territoires de signaler séparément les cas importés de leishmaniose, afin de tenir compte de l'origine de l'infection. Depuis, elle publie le nombre de cas importés sous la forme d'un indicateur distinct sur le site de l'Observatoire mondial de la santé.⁴ Bien que 89 pays aient communiqué cet indicateur au moins une fois depuis 2014, l'indication de l'origine de l'infection n'a été ni systématique ni exhaustive.

Pour suivre les tendances épidémiologiques et l'efficacité des schémas thérapeutiques, l'OMS suggère aux pays de recueillir des informations ventilées selon le type (nouveaux cas ou cas de rechute) et l'origine (autochtones ou importés) des cas de leishmaniose et selon les résultats thérapeutiques. L'instabilité politique et les conflits civils récents dans certains pays à forte charge de morbidité ont compromis la prestation de services aux personnes touchées par la leishmaniose, de sorte qu'il est difficile de rendre compte avec précision de la charge de morbidité au niveau national et d'interpréter les tendances épidémiologiques.

Depuis 2014, l'OMS recueille également des données sur d'autres indicateurs essentiels, notamment sur la co-infection LV-VIH et le nombre de cas de LDPKA et de décès parmi les personnes atteintes de LV, qui sont des indicateurs clés pour la lutte contre la LV et son élimination. Dans la majorité des pays où *Leishmania* et le VIH sont co-endémiques, les services de conseil et de dépistage de l'infection à VIH à l'initiative des prestataires de soins pour les personnes atteintes de LV restent insuffisants. L'OMS recommande un dépistage de l'infection à VIH pour toutes les personnes atteintes de LV lorsque la leishmaniose et l'infection à VIH sont toutes deux endémiques et que des traitements antirétroviraux sont disponibles. L'absence de suivi des patients jusqu'à 6 mois après le traitement ou le manque de données (informations incomplètes) empêchent d'estimer correctement les résultats thérapeutiques (guérison, rechute ou décès) et de calculer avec précision l'indicateur défini dans la feuille de route pour les MTN 2021-2030 pour la LV. Dans les zones où *L. donovani* est endémique, le suivi des cohortes atteintes de LV peut bénéficier de la détection des cas de LDPKA.

mitigation measures. There is substantial underreporting of deaths attributable to VL due to lack of information on treatment outcomes and reporting to WHO. In areas where such data are available, they indicate that delay between the onset of symptoms and treatment, comorbidities (e.g. anaemia, malnutrition, infections, HIV, other immune suppression conditions) are important contributors to a high risk of deaths attributable to VL. Good community awareness and patient education and counselling on the disease, early diagnosis and treatment, complete management of patients, capacity-building for physicians and health personnel and good-quality surveillance data should enhance early detection, improve treatment outcomes and ultimately break the chain of transmission.

PKDL, a sequel of VL in most cases, presents as a skin rash. In most cases, it does not affect daily activities, which limits treatment-seeking by patients. In eastern Africa, PKDL cases are observed mainly in children, in whom self-healing is the norm in most cases. In the Indian subcontinent (mainly in Bangladesh and India), however, PKDL rarely self-heals and affects people of all ages. Therefore, detection and reporting of PKDL depend upon geographical and health system factors, such as follow-up of VL cases, active case detection of skin NTDs and the availability of suitable treatment regimens, which could significantly improve PKDL detection. The numbers in this report must therefore be interpreted cautiously, as they may not reflect the true burden of PKDL, which is not always sought actively. As PKDL cases are considered potential reservoirs, timely detection is important in the context of VL elimination. PKDL detection can be enhanced by the skin NTDs strategy,¹⁵ an integrated approach recommended by WHO to increase case detection and management. By requesting annual reporting of PKDL cases, WHO raises awareness about the disease and encourages countries to detect, manage and report it. In 2023, WHO constituted a guideline development group to revise PKDL treatment in eastern Africa and South-East Asia.

Additional indicators collected since 2014 from high-burden countries and from countries that provide detailed information are used to prepare country profiles, which provide better understanding of the epidemiology of the disease and factors that influence

L'OMS aide les pays à renforcer leurs systèmes d'information sur la mortalité par cause associée à la LV afin de comprendre les raisons des retards de diagnostic et des décès, et de mettre en place des mesures pour les réduire. Les décès attribuables à la LV sont largement sous-notifiés en raison du manque de données sur les résultats thérapeutiques ou de la non-communication de ces informations à l'OMS. Lorsqu'elles sont disponibles, ces données indiquent que le délai entre l'apparition des symptômes et le traitement, ainsi que les comorbidités (par exemple, l'anémie, la malnutrition, les infections, l'infection à VIH ou d'autres affections induisant une immunosuppression), contribuent de manière importante au risque de décès attribuables à la LV. Des activités efficaces de sensibilisation communautaire, d'éducation et de conseil des patients sur la maladie, un diagnostic et un traitement précoces, une prise en charge complète des patients, le renforcement des capacités des médecins et du personnel de santé, ainsi que des données de surveillance de qualité devraient permettre d'améliorer la détection précoce de la maladie et les résultats thérapeutiques, puis, à terme, de rompre la chaîne de transmission.

La LDPKA, qui est dans la plupart des cas une séquelle de la LV, se présente sous la forme d'une éruption cutanée. Le plus souvent, celle-ci n'affecte pas les activités quotidiennes des personnes touchées, qui sont donc peu enclines à consulter. En Afrique de l'Est, la LDPKA est principalement observée chez les enfants, et la maladie est spontanément résolutive dans la majorité des cas, tandis que sur le sous-continent indien (principalement au Bangladesh et en Inde), la maladie guérit rarement spontanément et touche toutes les tranches d'âge. Par conséquent, la détection et la notification des cas de LDPKA dépendent de facteurs liés à la situation géographique et aux systèmes de santé, tels que le suivi des cas de LV, la détection active des cas de MTN à manifestation cutanée et la disponibilité de traitements adéquats, qui pourraient améliorer considérablement la détection de la LDPKA. Les chiffres figurant dans ce rapport doivent donc être interprétés avec prudence, car ils peuvent ne pas refléter la charge réelle de la LDPKA, cette dernière ne faisant pas systématiquement l'objet d'une recherche active. Les cas de LDPKA étant considérés comme des réservoirs potentiels, il est important de les détecter rapidement en vue d'éliminer la LV. La détection des cas de LDPKA peut être améliorée grâce à la stratégie de lutte contre les MTN à manifestation cutanée,¹⁵ une approche intégrée recommandée par l'OMS pour améliorer la détection et la prise en charge des cas. En demandant que les cas de LDPKA lui soient notifiés chaque année, l'OMS s'attache à mieux faire connaître cette maladie et encourage les pays à déployer des efforts pour la détection, la prise en charge et la notification. En 2023, l'OMS a créé un groupe d'élaboration de lignes directrices chargé de réviser le traitement de la LDPKA en Afrique de l'Est et en Asie du Sud-Est.

Des indicateurs supplémentaires sont recueillis depuis 2014 auprès des pays à forte charge de morbidité et de ceux ayant fourni des informations détaillées pour établir des profils de pays, qui permettent de mieux comprendre l'épidémiologie de la maladie et les facteurs dont elle dépend. Les tendances

¹⁵ Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a strategic framework for integrated control and management of skin-related neglected tropical diseases. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/355448>, accessed October 2025). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

¹⁵ Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable: cadre stratégique pour l'intégration des activités de lutte et de prise en charge liées aux maladies tropicales négligées à manifestation cutanée. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://iris.who.int/items/53c667ca-a8a3-4a15-907b-ae7035acc3b4>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

it. The multi-year trends in data disaggregated by age and gender show that from half to two thirds of cases of both CL and VL in high-burden countries occur in children and young adults. The gender distribution shows that infection is skewed towards males for VL but varies by region. The results also indicate the differences and specificities among WHO regions and countries, which are important for planning regional and national control activities and for identifying high-transmission areas, communities and populations. National programmes should therefore include resilient surveillance systems for collecting such information at country level, as global and regional trends do not reliably reflect the pattern in each country.

For treatment of VL and its complications, WHO receives donations of AmBisome™ for certain high-burden countries from Gilead Sciences. WHO and Gilead have extended the collaborative agreement to the end of 2025 to ensure access to treatment in selected high-burden countries. Gilead has also pledged its support to the Kigali Declaration on NTDs.¹⁶

HIV–*Leishmania* poses a threat to the control and elimination of leishmaniasis, as the two infections are mutually reinforcing. In HIV-endemic areas where there is screening for VL, the trend in HIV-VL coinfection rates is stable. In significant numbers of cases, however, HIV status has not been determined or is inconclusive or unknown. In many situations, VL patients learn that they are HIV positive at the diagnosis of VL. HIV-VL is difficult to diagnose and treat, with high rates of relapse, drug toxicity and case fatality; therefore, in areas where HIV counselling and access to ART are available, all VL patients should be screened for HIV. ART, care and support services and antileishmanial services should be conducted concomitantly, as they are directly proportional to the risks of relapse and mortality. *Leishmania*-HIV coinfecting patients harbour a very high parasite load and are therefore a risk to public health. Coordination between programmes for HIV and vector-borne disease or national leishmaniasis programmes is essential to increase the lifespan and the quality of life of such patients. Because of the stigmatization and vulnerability of co-infected patients, each such case should be followed up for treatment outcomes and quality of life and included in national surveillance reports.

VL elimination is one of the most ambitious targets of the NTD road map 2030. In SEAR, 100% of IUs have achieved the elimination level, although cases are emerging in new areas. Full elimination strategies should be used in new endemic areas to reduce and halt ongoing transmission. Modelling of the potential impact of interruption in VL programme activities due to

pluriannuelles des données ventilées par âge et par sexe montrent qu'entre la moitié et les deux tiers des cas de LC et de LV dans les pays à forte charge de morbidité concernent des enfants et des jeunes adultes, et que la LV touche davantage de sujets de sexe masculin, bien que cette tendance varie d'une région à l'autre. Les résultats mettent également en évidence des différences et des spécificités selon les Régions de l'OMS et les pays, qui constituent des informations précieuses pour la planification des activités de lutte aux niveaux régional et national et pour l'identification des zones, des communautés et des populations au sein desquelles la transmission est soutenue. Les programmes nationaux devraient donc disposer de systèmes de surveillance résilients pour recueillir ces informations au niveau du pays, car les tendances mondiales ou régionales ne reflètent pas de manière fiable la situation propre à chaque pays.

Pour le traitement de la LV et de ses complications, l'OMS reçoit de la part de Gilead Sciences des dons d'AmBisome™ destinés à certains pays à forte charge de morbidité. L'OMS et Gilead ont prolongé cet accord de collaboration jusqu'à la fin de 2025 afin de garantir l'accès au traitement dans ces pays. Gilead s'est également engagé à soutenir la Déclaration de Kigali sur les MTN.¹⁶

La co-infection *Leishmania*-VIH est une menace pour la lutte contre les leishmanioses et leur élimination, car ces deux infections se renforcent mutuellement. Dans les zones d'endémicité du VIH où le dépistage de la LV est pratiqué, les taux de co-infection LV-VIH sont stables dans le temps. Cependant, pour nombre de cas, le statut sérologique pour le VIH n'a pas été déterminé, n'est pas concluant ou est inconnu. Souvent, les patients atteints de LV apprennent qu'ils sont séropositifs pour le VIH au moment du diagnostic de la LV. La co-infection LV-VIH est difficile à diagnostiquer et à traiter, et l'on observe des taux élevés de rechute, de toxicité médicamenteuse et de létalité; par conséquent, dans les zones qui disposent de services de conseil sur le VIH et d'un accès aux traitements antirétroviraux, toutes les personnes atteintes de LV devraient faire l'objet d'un dépistage de l'infection à VIH. Les traitements antiviraux, les services de soins et de soutien et les traitements contre la leishmaniose doivent être délivrés de manière concomitante, car ils sont directement proportionnels aux risques de rechute et de décès. Les patients co-infectés par *Leishmania* et le VIH présentent une charge parasitaire très élevée et représentent donc un risque pour la santé publique. La coordination entre les programmes de lutte contre le VIH et les maladies à transmission vectorielle ou les programmes nationaux de lutte contre la leishmaniose est essentielle pour que ces patients puissent vivre plus longtemps et jouir d'une meilleure qualité de vie. En raison de la stigmatisation et de la vulnérabilité des personnes co-infectées, chaque cas doit faire l'objet d'un suivi des résultats thérapeutiques et de la qualité de vie et être signalé dans les rapports de surveillance nationaux.

L'élimination de la LV est l'une des cibles les plus ambitieuses de la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 100% des unités de mise en œuvre ont atteint le seuil d'élimination, mais des cas apparaissent dans de nouvelles zones. Des stratégies d'élimination complète devraient être mises en œuvre dans les nouvelles zones d'endémie afin de réduire et d'arrêter la trans-

¹⁶ Kigali Declaration on NTDs. London: Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases; 2022 (<https://unitingtocombatntds.org/en/the-kigali-declaration/the-declaration/>, accessed October 2025).

¹⁶ Kigali Declaration on NTDs. Londres, Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases, 2022 (<https://unitingtocombatntds.org/en/the-kigali-declaration/the-declaration/>, consulté en octobre 2025).

COVID-19 on the Indian subcontinent suggested that, in certain highly endemic areas, the observed incidence of VL may appear to be decreasing while the true incidence may be increasing. Extra measures (e.g. active detection strategies) are necessary to detect missed cases.

The region of eastern Africa, with its unique eco-epidemiological features, is also making efforts for elimination. Although stakeholders and national programmes are using concerted effort, more resources and support are required.

This report highlights major improvements in leishmaniasis surveillance since 2014. Nevertheless, sustained financing is necessary to further strengthen disease and vector surveillance, control and procurement of antileishmanial health products and research.

Although all efforts have been made to double-check the data in this report, some may change because of the complexity of applying standardized definitions in all countries and in validating data from Member States and at the 3 levels of WHO. Some countries updated their 2024 data after we froze the global database to write this article on 10 October 2025. The reader may therefore find discrepancies between some of the numbers in this publication and the GHO,⁴ in which the latest data are available. Should you identify any error or missing data, you are invited to notify it to the corresponding author.

Acknowledgements

We acknowledge national NTD and vector-borne control programmes, staff in WHO country and regional offices and at headquarters for facilitating submission of surveillance data.

We thank the Spanish leishmaniasis network for sharing their data with WHO.

Special thanks to Alexei Mikhailov for analysing the data, producing maps and updating the GHO.

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. (Corresponding author: Saurabh Jain, jainsau@who.int). ■

mission en cours. Une modélisation de l'impact potentiel de l'interruption des activités du programme de lutte contre la LV due à la COVID-19 sur le sous-continent indien indique que, dans certaines zones de forte endémie, l'incidence observée de la LV peut sembler diminuer alors que l'incidence réelle pourrait être en augmentation. Des mesures supplémentaires (par exemple, des stratégies de détection active) sont nécessaires pour détecter les cas passés inaperçus.

La Région de l'Afrique de l'Est, dont les caractéristiques éco-épidémiologiques sont uniques, est également en passe d'éliminer cette maladie. Bien que les parties prenantes et les programmes nationaux conjuguent leurs efforts, davantage de ressources et de soutien sont nécessaires.

Le présent rapport met en évidence les progrès remarquables qui ont été réalisés dans la surveillance de la leishmaniose depuis 2014. Néanmoins, un financement durable est nécessaire pour renforcer encore la surveillance de la maladie et des vecteurs, les activités de lutte, l'achat de produits de santé contre la leishmaniose et la recherche.

Bien que les données figurant dans ce rapport aient été scrupuleusement vérifiées, certaines sont susceptibles de changer en raison de la complexité inhérente à l'application de définitions standardisées dans tous les pays et à la validation des données provenant des États Membres et des 3 niveaux de l'OMS. Certains pays ont actualisé leurs données de 2024 après le 10 octobre 2025, date à laquelle la base de données mondiale a été «gelée» en vue de la rédaction du présent article. Il est donc possible que l'on constate des divergences entre certains chiffres fournis dans cette publication et sur le site de l'Observatoire mondial de la santé,⁴ qui présente les données les plus récentes. Si vous remarquez une erreur ou des données manquantes, nous vous invitons à le signaler à l'auteur correspondant.

Remerciements

Nous remercions les programmes nationaux de lutte contre les MTN et les maladies à transmission vectorielle, ainsi que le personnel des bureaux de pays, des bureaux régionaux et du Siège de l'OMS, d'avoir facilité la soumission des données de surveillance.

Nous remercions le réseau espagnol de lutte contre la leishmaniose d'avoir communiqué ses données à l'OMS.

Nous remercions tout particulièrement Alexei Mikhailov qui a analysé les données, élaboré des cartes et mis à jour les données de l'Observatoire mondial de la santé.

Affiliations des auteurs

^a Département Lutte contre les maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse); ^b Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, Washington D.C. (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). (Auteur correspondant: Saurabh Jain, jainsau@who.int). ■