



**World Health
Organization**

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

22 SEPTEMBER 2017, 92th YEAR / 22 SEPTEMBRE 2017, 92^e ANNÉE

No 38, 2017, 92, 557–572

<http://www.who.int/wer>

Contents

- 557 Global leishmaniasis update, 2006–2015: a turning point in leishmaniasis surveillance
- 566 Control of visceral leishmaniasis in Somalia: achievements in a challenging scenario, 2013–2015

Sommaire

- 557 Le point sur la situation mondiale de la leishmaniose, 2006-2015: un tournant dans la surveillance de la maladie
- 566 Lutte contre la leishmaniose viscérale en Somalie: les progrès accomplis dans un contexte difficile, 2013-2015

Global leishmaniasis update, 2006–2015: a turning point in leishmaniasis surveillance

The leishmaniasis are a group of diseases caused by protozoan parasites from >20 *Leishmania* species that are transmitted to humans by the bite of infected female phlebotomine sandflies (98 of which are of medical importance). 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 (MCL). While cutaneous leishmaniasis is the most common form of the disease, visceral leishmaniasis is the most serious and is almost always fatal if untreated. Additionally, leishmaniasis can be classified as anthroponotic or zoonotic depending on whether the natural reservoir of the parasite is human or animal.

Resolution WHA60.13 on control of leishmaniasis,¹ adopted by the 60th World Health Assembly in 2007, requested WHO to raise awareness of the global burden of leishmaniasis and to monitor progress in its control. Member States where leishmaniasis is a substantial public health problem were urged to reinforce efforts to establish national control programmes to draw up guidelines and initiate systems for surveillance, data collection and analysis. In line with this resolution, the Global leishmaniasis programme at WHO developed simple and standardized tools to collect an annual minimum set of indicators from all Member States. Among this minimum set of indicators, 6 are publicly available through the Global Health Observatory (GHO).² In parallel, more detailed indicators are collected from so-called “high-burden” countries.³

Le point sur la situation mondiale de la leishmaniose, 2006-2015: un tournant dans la surveillance de la maladie

Les leishmanioses sont des maladies provoquées par des parasites protozoaires de >20 espèces différentes du genre *Leishmania*, qui sont transmis à l'homme par la piqûre de phlébotomes femelles infectés (dont 98 espèces sont vecteurs de la maladie). 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 cutanéomuqueuse (LCM). 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. En outre, la leishmaniose peut être anthroponotique ou zoonotique, selon que l'homme ou l'animal constitue le réservoir naturel du parasite.

La résolution WHA60.13 sur la lutte contre la leishmaniose,¹ adoptée par la 60^e Assemblée mondiale de la Santé en 2007, demandait à l'OMS de mener des actions de sensibilisation sur la charge mondiale de la leishmaniose et de suivre les progrès accomplis dans la lutte contre cette maladie. Les États Membres où la leishmaniose est un important problème de santé publique étaient instamment invités à redoubler d'efforts pour instaurer des programmes de lutte nationaux permettant d'établir des lignes directrices et des systèmes de surveillance, de collecte et d'analyse des données. Conformément à cette résolution, le programme mondial de lutte contre la leishmaniose de l'OMS a élaboré des outils simples et standardisés visant à recueillir chaque année un ensemble minimal d'indicateurs auprès de tous les États Membres. Parmi ces indicateurs, 6 sont publiquement accessibles dans la base de données de l'Observatoire mondial de la santé.² Parallèlement, des indicateurs plus détaillés sont obtenus de la part des pays désignés comme «pays à forte charge de morbidité».³

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva**

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève**

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 346.–

09.2017

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

¹ See http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_60.13_Eng.pdf?ua=1

² See <http://apps.who.int/gho/data/node.main.NTDLEISH?lang=en>

³ See <http://www.who.int/wer/2016/wer9122.pdf?ua=1>

¹ Voir http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_60.13_Fr.pdf

² Voir <http://apps.who.int/gho/data/node.main.NTDLEISH?lang=en>

³ Voir <http://www.who.int/wer/2016/wer9122.pdf?ua=1>

This report updates global epidemiological information on VL and CL to 2015, based on the main indicators published in the GHO, as of 1st September 2017.

In 2013, the GHO included data from 1998 for 4 indicators specific to leishmaniasis⁴: (i) status of endemicity of CL; (ii) number of cases of CL reported; (iii) status of endemicity of VL; and (iv) number of cases of VL reported. Since 2013, a further 2 indicators have been added: (v) number of imported cases of CL reported; and (vi) number of imported cases of VL reported. From 2013, indicators (ii) and (iv) therefore represent the number of autochthonous cases when the geographical origin of the patient is available.

Status of endemicity

Countries are classified according to their status of endemicity. A country is 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; (iii) having "no autochthonous cases reported" if no case has been reported as being infected within the country. Among endemic countries, 25 are considered as "high-burden" (14 countries were selected for VL and 12 countries for CL; 1 country was included in both groups). The selection was based on the number of cases of leishmaniasis reported in 2013 (>100 VL cases or >2500 CL cases), the availability of data, and the need for each WHO region to be represented.

In 2015, among the 200 countries or territories reporting to WHO, 87 (44%) were considered endemic for CL; 4 (2%) had previously reported CL cases; 75 (38%) were considered as endemic for VL; and 7 (4%) had previously reported VL cases. In absolute numbers, the endemic countries and territories were well distributed among the 6 WHO regions (*Figure 1*). The Eastern Mediterranean Region (EMR), with 82%, reported the highest proportion of countries (proportionate to the size of the region) endemic for CL (*Table 1*); this was followed by the Region of the Americas (AMR) with 58%. For VL, the proportions were 82% for EMR, followed by 51% for the European Region (EUR).

In 2015, the endemicity status for CL was revised in 4 countries: Belize, Thailand, the United States of America and South Africa. In Belize the status was changed to "endemic", as CL due to *Leishmania mexicana* was frequently reported from travellers to the country and vectors and parasites were identified; the status of Thailand was changed to "endemic", as *L. siamensis* causes both VL and CL, even though this species has not been classified taxonomically nor yet classified as a human *Leishmania* parasite; the status of the United States of America was changed to "endemic", as several publica-

Le présent rapport fournit des informations épidémiologiques mondiales actualisées jusqu'en 2015 sur la LV et la LC, sur la base des principaux indicateurs publiés par l'Observatoire mondial de la santé (données au 1^{er} septembre 2017).

En 2013, l'Observatoire a inclus des données depuis 1998 portant sur 4 indicateurs spécifiques à la leishmaniose⁴: i) endémicité de la LC; ii) nombre de cas de LC notifiés; iii) endémicité de la LV; et iv) nombre de cas de LV notifiés. En 2013, 2 autres indicateurs ont été ajoutés à cette liste: v) nombre de cas de LC importés notifiés; et vi) nombre de cas de LV importés notifiés. Les indicateurs ii) et iv) fournis à partir de 2013 représentent donc le nombre de cas autochtones lorsque l'origine géographique du patient est renseignée.

Degré d'endémicité

Les pays sont classés en fonction de leur degré d'endémicité. 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; 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; iii) «pays sans cas autochtone notifié» si aucun cas d'infection n'a été signalé dans le pays. Parmi les pays d'endémie, 25 ont été désignés comme «pays à forte charge de morbidité» (14 pour la LV et 12 pour la LC, avec un pays commun aux 2 groupes). Ces pays 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.

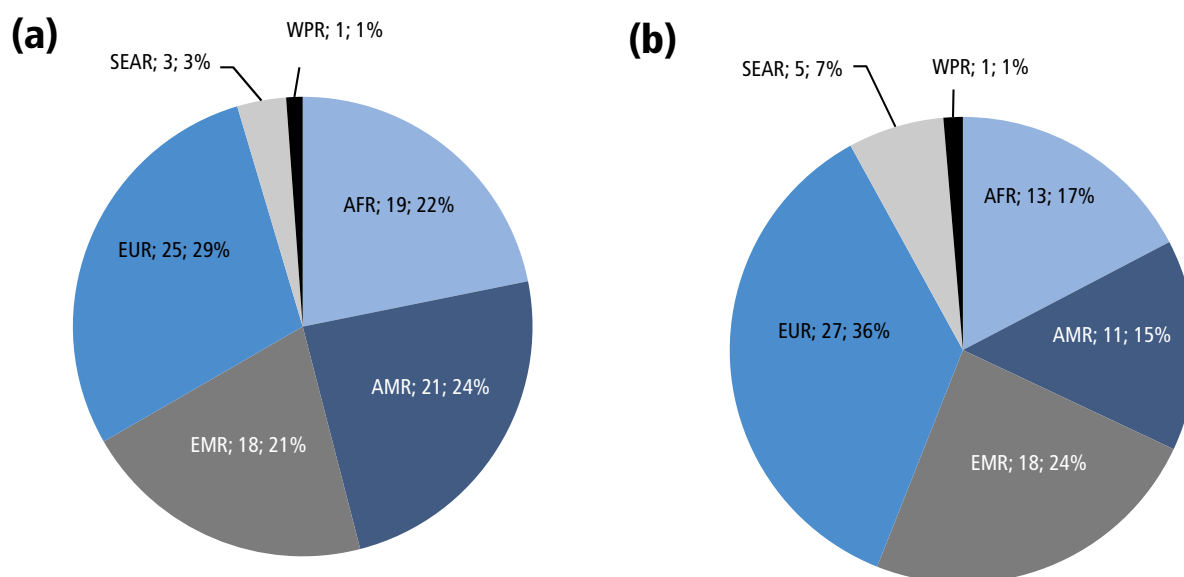
En 2015, sur les 200 pays ou territoires ayant communiqué des données à l'OMS, 87 (44%) étaient considérés comme pays d'endémie pour la LC; 4 (2%) comme pays ayant préalablement notifiés des cas de LC; 75 (38%) comme pays d'endémie pour la LV; et 7 (4%) comme pays ayant préalablement notifié des cas de LV. En nombre absolu, les pays et territoires d'endémie étaient bien répartis parmi les 6 Régions de l'OMS (*Figure 1*). Les Régions présentant la plus forte proportion de pays d'endémie pour la LC (proportionnellement à la taille de la Région) (*Tableau 1*) étaient la Région de la Méditerranée orientale (proportion de 82%), suivie de la Région des Amériques (58%). Pour la LV, cette proportion se chiffrait à 82% pour la Région de la Méditerranée orientale, suivie de 51% pour la Région européenne.

En 2015, le degré d'endémicité de la LC a été révisé pour 4 pays: Afrique du Sud, Belize, États-Unis d'Amérique et Thaïlande. Le Belize a été désigné comme «pays d'endémie» suite à de nombreux signalements de LC imputable à *Leishmania mexicana* par des voyageurs s'étant rendus dans le pays, et à la détection des vecteurs et parasites; la Thaïlande est également devenue «pays d'endémie» en raison de *L. siamensis*, qui entraîne aussi bien des cas de LV que de LC, bien que cette espèce n'ait pas encore été désignée sur le plan taxonomique, ni classée parmi les parasites *Leishmania* de l'homme; les États-Unis d'Amérique ont été classés comme «pays d'endémie»,

⁴ See <http://www.who.int/gho/en/>

⁴ Voir <http://www.who.int/gho/fr/>

Figure 1 **Number of endemic countries for CL* (a) and VL** (b) in 2015, by WHO region**
 Figure 1 **Nombre de pays d'endémie pour la LC* (a) et la LV** (b) en 2015, par Région de l'OMS**



* CL: cutaneous leishmaniasis; ** VL: visceral leishmaniasis. – LC: leishmaniose cutanée; ** LV: leishmaniose viscérale.

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.

tions report autochthonous transmission of *Leishmania*. The status of South Africa was changed to “no autochthonous cases reported”.

Reported cases

Reporting rate from countries to WHO

In 2015, of the 87 countries endemic for CL, 57 (64%) reported to WHO (Table 1). Reporting rates varied between regions; they were high in EMR (89%) and AMR (86%), medium in EUR (68%) and the South-East Asia Region (SEAR) (67%) and low in the African Region (AFR) (21%) and the West Pacific Region (WPR) where the only endemic country did not report for CL. Of the 75 countries endemic for VL, 54 (72%) reported to WHO. The reporting was high in AMR (100%), WPR (100%), EMR (89%) and SEAR (80%), medium in EUR (67%) and low in AFR where only 4 endemic countries (31%) reported for VL.

Geographical distribution

In 2015, 197 552 new CL cases and 23 804 new VL cases were reported to WHO (Table 1; data as of 1st September 2017). More than 90% of the new CL cases were reported from 2 WHO regions: EMR (70%) and AMR (23%) (Figure 2). There were 2 notable “hotspots” for CL (Map 1): EMR – with the inclusion of Algeria for eco-epidemiological considerations – reported 146 556 CL

plusieurs publications ayant fait état d’une transmission autochtone de *Leishmania*. Le statut de l’Afrique du Sud a été modifié, ce pays étant désormais classé comme «pays sans cas autochtone notifié».

Cas notifiés

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

En 2015, sur les 87 pays d’endémie de la LC, 57 (64%) ont notifié des cas à l’OMS (Tableau 1). Le taux de notification variait d’une Région à l’autre: il était élevé dans la Région de la Méditerranée orientale (89%) et la Région des Amériques (86%), moyen dans la Région européenne (68%) et la Région de l’Asie du Sud-Est (67%), et faible dans la Région africaine (21%), ainsi que dans la Région du Pacifique occidental, dont l’unique pays d’endémie n’a pas transmis de données sur la LC. Sur les 75 pays d’endémie de la LV, 54 (72%) ont notifié des cas à l’OMS. Le taux de notification était élevé dans la Région des Amériques (100%), la Région du Pacifique occidental (100%), la Région de la Méditerranée orientale (89%) et la Région de l’Asie du Sud-Est (80%), moyen dans la Région européenne (67%) et faible dans la Région africaine, où seuls 4 pays d’endémie (31%) ont transmis des données sur la LV.

Répartition géographique

En 2015, 197 552 nouveaux cas de LC et 23 804 nouveaux cas de LV ont été signalés à l’OMS (Tableau 1; données au 1^{er} septembre 2017). Plus de 90% des nouveaux cas de LC notifiés provenaient de 2 Régions de l’OMS: la Région de la Méditerranée orientale (70%) et la Région des Amériques (23%) (Figure 2). Il existait 2 foyers majeurs de LC (Carte 1): la Région de la Méditerranée orientale (incluant l’Algérie pour des raisons éco-épidémiologiques) qui a

Table 1 **Distribution of endemic countries and number of autochthonous and imported cases cutaneous leishmaniasis (CL) and visceral leishmaniasis (VL), by WHO region, 2015**
 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, 2015**

		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	%	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	
Cutaneous leishmaniasis (CL) – Leishmaniose cutanée (LC)	Endemicity status – Degré d'endémicité														
	Number of endemic ¹ countries – Nombre de pays d'endémie ¹	19	40%	21	58%	18	82%	25	47%	3	27%	1	3%	87	44%
	Among them, – Parmi ceux-ci,														
	Number of reporting countries – Nombre de pays ayant notifié des données	4	21%	18	86%	16	89%	17	68%	2	67%	0	0%	57	66%
	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	14%
	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%	1	9%	0	0%	4	2%
	Number of cases – Nombre de cas														
	New autochthonous ⁴ CL cases – Nouveaux cas autochtones de LC ⁴	7984		46304		139033		2947		1284		ND		197552	
	New autochthonous CL cases reported by "high burden" ² countries – Nouveaux cas autochtones de LC signalés par des pays à forte charge de morbidité	7523	94%	32395	70%	109881	79%	1986	67%	NA – SO		NA – SO		151785	77%
	Imported ⁵ CL cases – Cas importés de LC ⁵	0		44		2720		953		1		0		3718	
Imported CL cases reported by "high burden" ² countries – Cas importés de LC signalés par des pays à forte charge de morbidité	0		20	45%	908	33%	815	86%	NA – SO		NA – SO		1743	47%	
Visceral leishmaniasis (VL) – Leishmaniose viscérale (LV)	Endemicity status – Degré d'endémicité														
	Number of endemic ¹ countries – Nombre de pays d'endémie	13	28%	11	31%	18	82%	27	51%	5	45%	1	3%	75	38%
	Among them, – Parmi ceux-ci,														
	Number of reporting countries – Nombre de pays ayant notifié des données	4	31%	11	100%	16	89%	18	67%	4	80%	1	100%	54	72%
	Number of "high burden" ² countries – Nombre de pays à forte charge de morbidité	4	31%	2	18%	2	11%	2	7%	3	60%	1	100%	14	19%
	Number of countries that "previously reported cases" ³ – Nombre de pays ayant préalablement notifié des cas ³	5	11%	0	0%	0	0%	1	2%	1	9%	0	0%	7	4%
	Number of cases – Nombre de cas														
	New autochthonous ⁴ VL cases – Nouveaux cas autochtones de LV ⁴	5796		3456		4501		287		9250		514		23804	
	New autochthonous VL cases reported by "high burden" ² countries – Nouveaux cas autochtones de LV signalés par des pays à forte charge de morbidité	5758	99%	3381	98%	3844	85%	67	23%	9249	100%	514	100%	22813	96%
	Imported ⁵ VL cases – Cas importés de LV ⁵	166		3		12		21		16		0		218	
Imported VL cases reported by "high burden" ² countries – Cas importés de LV signalés par des pays à forte charge de morbidité	166	100%	0	0%	0	0%	3	14%	16	100%	0		185	85%	

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.

cases (74%), and AMR (Brazil, Colombia, Peru) reported 32 395 CL cases (16%). Five countries, Afghanistan, Brazil, the Islamic Republic of Iran, Iraq and the Syrian Arab Republic, reported >10 000 CL cases, representing 75% of cases globally (Map 1) (Table S1). With the addition of Algeria, Colombia, Morocco, Peru, Sudan, Tunisia and Yemen, these 12 countries represent 90% of CL cases reported worldwide. Endemicity status for CL updated to 2015, the number of autochthonous CL cases reported from 2006 to 2015 and the number of imported CL cases reported from 2013 to 2015 are presented in the Table S1.

Burden of VL in 2015 was distributed more equally between WHO regions, with 39% of VL cases reported by SEAR (only 4 countries reported); 24% by AFR; and 19% by EMR (Figure 2). In addition to the 6 WHO regions, there are 3 eco-epidemiological hotspots for VL (Map 2): the region of East Africa (Ethiopia, Kenya, Somalia, South Sudan, Sudan, Uganda) which reported 9602 (40%) cases, the Indian subcontinent (Bangladesh, India and Nepal) which reported 9249 (39%) cases, and Brazil, which reported 3336 (14%) cases. Four countries, Brazil, India, South Sudan and Sudan, reported >2000 VL cases, representing 73% of cases globally (Map 2) (Table S2); with Ethiopia, Kenya and Somalia, these 7 countries represent 90% of VL cases reported worldwide (Table S2).

High-burden countries

Of note is that 77% of the CL cases and 96% of the VL cases were reported from "high-burden" countries, with 12 countries reporting for CL, and 14 countries for VL.

notifié 146 556 cas de LC (74%), et la Région des Amériques (Brésil, Colombie, Pérou) qui en a signalé 32 395 (16%). Cinq pays (Afghanistan, Brésil, Iraq, République arabe syrienne et République islamique d'Iran) représentaient à eux seuls >10 000 cas de LC, soit 75% des cas signalés à l'échelle mondiale (Carte 1) (Tableau S1). L'ajout de l'Algérie, de la Colombie, du Maroc, du Pérou, du Soudan, de la Tunisie et du Yémen donne un groupe de 12 pays représentant 90% des cas de LC notifiés dans le monde. Le degré d'endémicité des cas de LC a été mis à jour en 2015; le nombre de cas autochtones de LC signalés par les pays entre 1998 et 2015 ainsi que le nombre de cas importés de LC signalés entre 2013 et 2015 sont disponibles dans le Tableau S1.

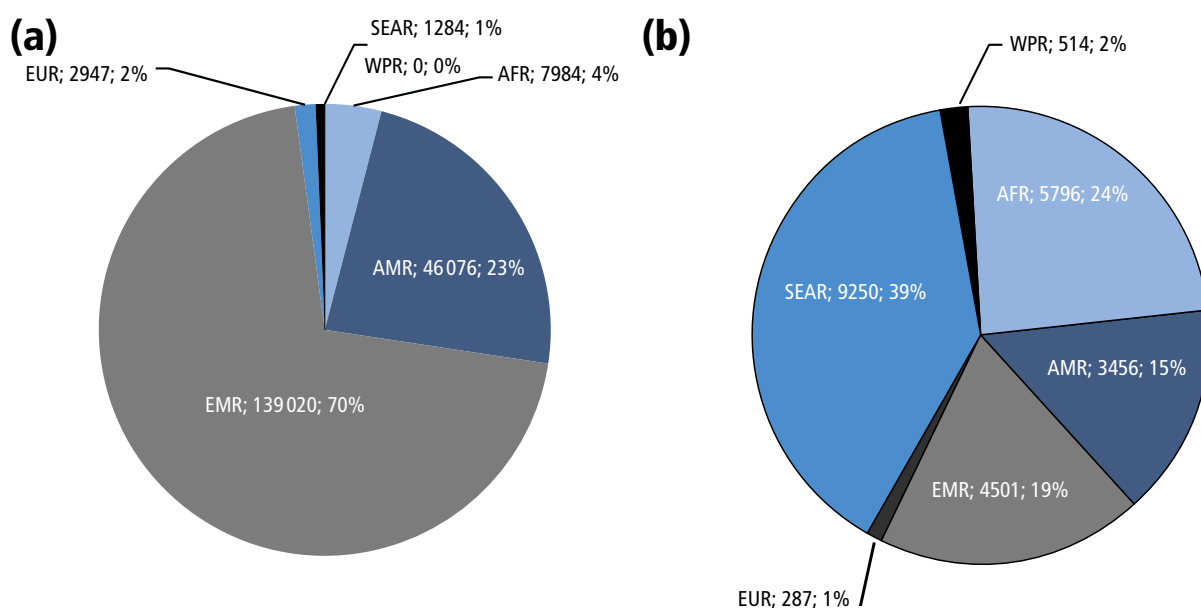
Pour ce qui est de la charge de la LV, on observe une répartition plus égale en 2015 entre les différentes Régions de l'OMS, 39% des cas étant signalés par la Région de l'Asie du Sud-Est (avec seulement 4 pays transmettant des données), 24% par la Région africaine, et 19% par la Région de la Méditerranée orientale (Figure 2). Outre les 6 Régions de l'OMS, il existe 3 foyers éco-épidémiologiques de LV (Carte 2): la région de l'Afrique de l'Est (Éthiopie, Kenya, Ouganda, Somalie, Soudan du Sud et Soudan), où 9602 cas ont été notifiés; le sous-continent indien (Bangladesh, Inde et Népal), avec 9249 cas; et le Brésil, comptant 3336 cas. Quatre pays (Brésil, Inde, Soudan du Sud et Soudan) représentent >2000 cas de LV, soit 73% des cas notifiés dans le monde (Carte 2) (Tableau S2); l'ajout de l'Éthiopie, du Kenya et de la Somalie donne un groupe de 7 pays représentant 90% des cas de LV signalés à l'échelle mondiale (Tableau S2).

Pays à forte charge de morbidité

Il est à noter que 77% des cas de LC et 96% des cas de LV ont été notifiés par les pays à forte charge de morbidité, au nombre de 12 pour la LC et de 14 pour la LV. La situation épidémiolo-

Figure 2 Number of new cases of CL* (a) and VL** (b) reported to WHO in 2015, by WHO region

Figure 2 Nombre de nouveaux cas de LC* (a) et de LV** (b) notifiés à l'OMS en 2015, par Région de l'OMS

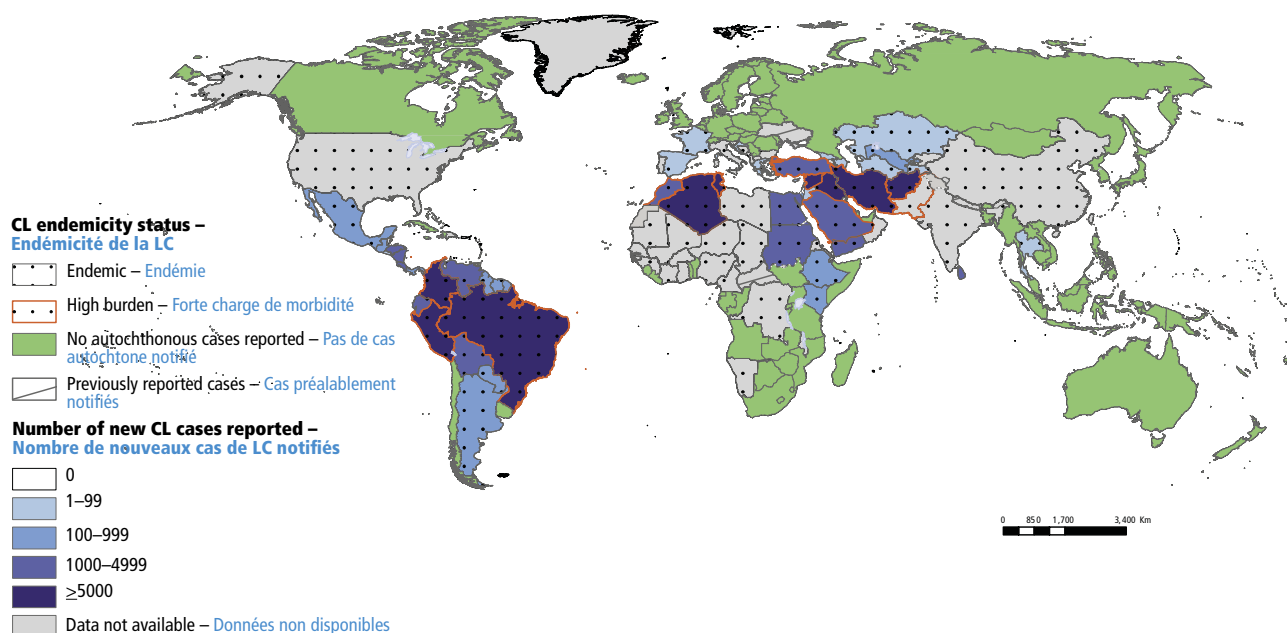


* CL: cutaneous leishmaniasis; ** VL: visceral leishmaniasis. – LC: leishmaniose cutanée; ** LV: leishmaniose viscérale.

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.

Map 1 **Geographical distribution of new CL cases in 2015**

Carte 1 **Répartition géographique des nouveaux cas de leishmaniose cutanée (LC) en 2015**



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.

Source: Ministries of Health. – Source: Ministères de la Santé.

Map production: WHO/HTM/NTD/IDM. World Health Organization – Production de la carte: WHO/HTM/NTD/IDM. Organisation mondiale de la santé.

© WHO 2017. All rights reserved. – © OMS 2017. Tous droits réservés.

Updated country profiles for 2015 will be published in October 2017 on the WHO website.⁵

Trends over time

Following the increasing trend from 1998 to 2004 – probably due, in part, to an improved reporting rate – the number of CL cases reported to WHO has remained stable for the past 10 years (*Figure 3*). In EMR, there has been a general increasing trend, and although a decrease was observed during 2011–2014, this was not confirmed in 2015 when the 214 096 cases reported for that year almost reached the peak recorded in 2011. Conversely, in AMR, there has been a slight decreasing trend since 2005.

From 1998 to 2005 the same increasing trend was observed in the number of VL cases reported to WHO, notably from SEAR, with a global peak of 62 701 cases in 2005 (of which 50 900 were from SEAR). Following a sharp decrease from 2007 to 2009 (mainly due to the decrease observed in SEAR), another peak was reached in 2011 (64 145 VL cases), due to numbers reported from

gique de ces pays sera décrite de manière plus détaillée dans une édition ultérieure du Relevé épidémiologique hebdomadaire. Des profils de pays pour 2015 mis à jour seront mis en ligne en octobre 2017 sur le site web de l'OMS.⁵

Évolution

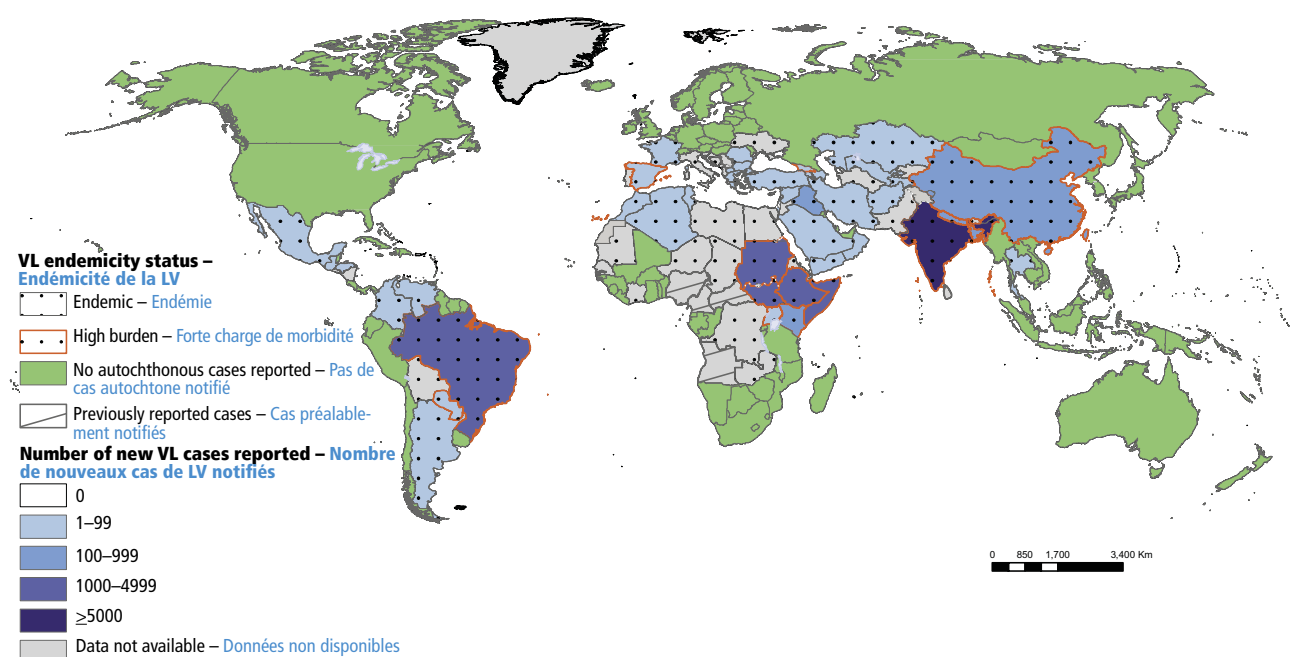
Après avoir augmenté entre 1998 et 2004 – probablement en partie du fait de l'amélioration des taux de notification – le nombre de cas LC signalés à l'OMS s'est maintenu à un niveau stable au cours des 10 dernières années (*Figure 3*). Dans la Région de la Méditerranée orientale, la tendance générale est à la hausse et bien qu'un déclin ait été observé dans la période 2011–2014, cette tendance ne s'est pas confirmée en 2015, année pour laquelle le nombre de cas notifiés, de 214 096, était presque aussi élevé que le pic enregistré en 2011. À l'inverse, la Région des Amériques connaît une légère tendance à la baisse depuis 2005.

Pour la LV, on observe, de 1998 à 2005, cette même tendance à la hausse des cas notifiés à l'OMS, en particulier pour la Région de l'Asie du Sud-Est, le nombre mondial de cas culminant à 62 701 en 2005 (dont 50 900 provenant de la Région de l'Asie du Sud-Est). Après une forte diminution entre 2007 et 2009 (essentiellement due à la baisse enregistrée dans la Région de l'Asie du Sud-Est), un nouveau pic a été atteint en 2011 (64 145 cas de LV), imputable

⁵ See http://www.who.int/leishmaniasis/burden/Country_profiles/en/

⁵ Voir http://www.who.int/leishmaniasis/burden/Country_profiles/en/

Map 2 **Geographical distribution of new visceral leishmaniasis (VL) cases in 2015**
 Carte 2 **Répartition géographique des nouveaux cas de leishmaniose viscérale (LV) en 2015**



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.

Source: Ministries of Health. – Source: Ministères de la Santé.

Map production: WHO/HTM/NTD/IDM. World Health Organization – Production de la carte: WHO/HTM/NTD/IDM. Organisation mondiale de la santé.

© WHO 2017. All rights reserved. – © OMS 2017. Tous droits réservés.

the 2 principal VL hotspots (SEAR and East Africa). Since 2008, as a result of implementation of the kala-azar elimination programme in 5 countries in SEAR, the number of VL cases in the region has declined sharply. However, the decline was less marked in 2015 (only –9%, during 2014–2015 versus the –30% observed during the previous 3 years). In 2014, for the first time, AFR reported more cases than SEAR, notably due to VL outbreaks in Kenya and South Sudan. In 2015, countries from the East African hotspot again reported more VL cases than the Indian subcontinent (40% versus 39% of the global burden respectively).

Imported cases

Since 2013, the number of imported CL and VL cases have been included as core indicators in the GHO. In 2015, 3718 imported CL cases and 218 imported VL cases were reported to WHO. Three quarters (73%) of imported CL cases were reported from EMR, and 1 quarter (26%) from EUR, notably Turkey, largely related to the Syrian context. For VL, 76% of imported cases were reported from AFR, mainly from Uganda (cases having come from Kenya) and Ethiopia (cases having come from South Sudan); 10% were reported from EUR.

aux cas notifiés dans les principaux 2 foyers de LV (Région de l'Asie du Sud-Est et Afrique de l'Est). Depuis 2008, grâce à la mise en œuvre d'un programme d'élimination du kala-azar dans 5 pays de la Région de l'Asie du Sud-Est, le nombre de cas de LV dans la région a chuté. Ce déclin a toutefois été moins marqué en 2015 (se chiffrant à seulement –9% dans la période 2014–2015, contre –30% les 3 années précédentes). En 2014, pour la première fois, la Région africaine a notifié plus de cas que la Région de l'Asie du Sud-Est, ce qui s'explique notamment par les flambées de LV survenues au Kenya et au Soudan du Sud. En 2015, les pays du foyer d'Afrique de l'Est ont de nouveau notifié un nombre plus important de cas de LV que le sous-continent indien (40% de la charge mondiale, contre 39%).

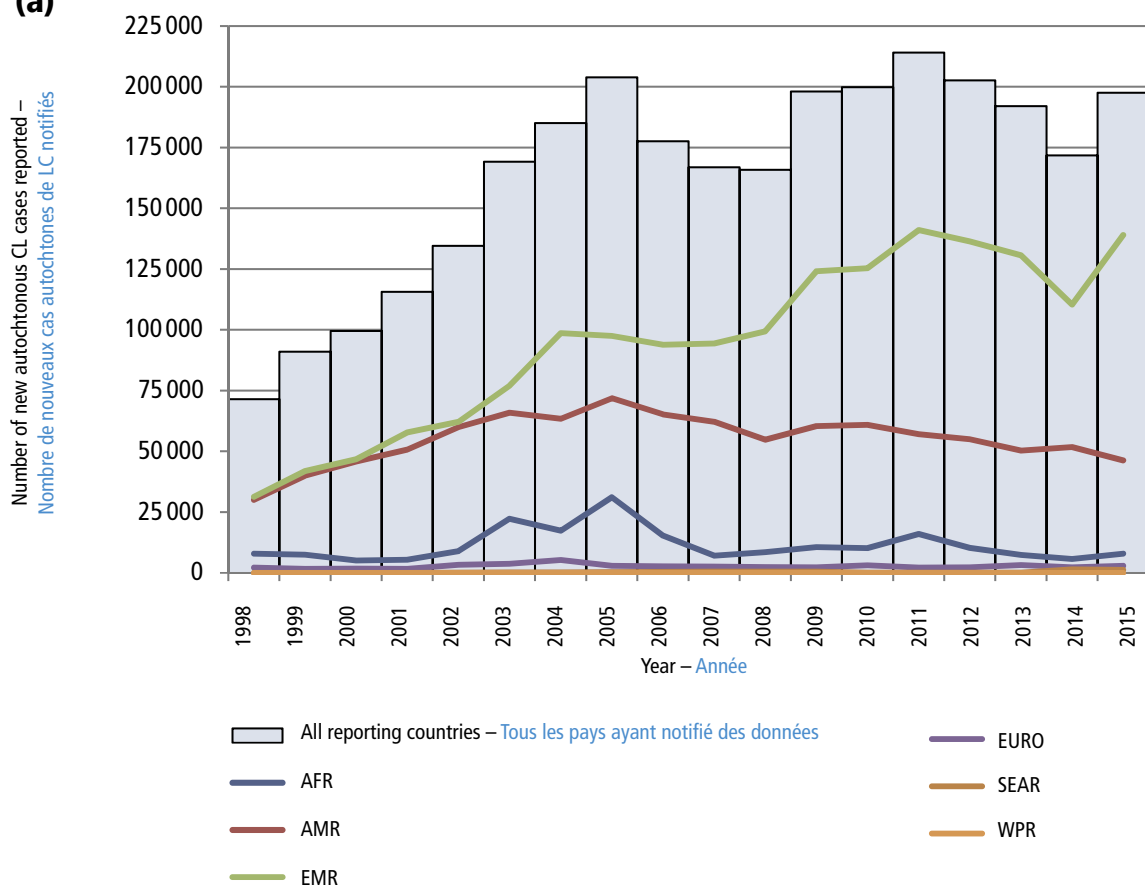
Cas importés

Depuis 2013, les cas importés de LC et de LV sont intégrés aux indicateurs de base de l'Observatoire mondial de la santé. En 2015, 3718 cas importés de LC et 218 cas importés de LV ont été signalés à l'OMS. Les trois quarts (73%) des cas importés de LC ont été notifiés par la Région de la Méditerranée orientale, tandis qu'un quart (26%) était signalé par la Région européenne, notamment la Turquie, essentiellement en raison de la situation en Syrie. Pour la LV, 76% des cas importés concernaient la Région africaine, principalement l'Ouganda (cas importés du Kenya) et l'Éthiopie (importés du Sud Soudan); la Région européenne comptait 10% des cas importés.

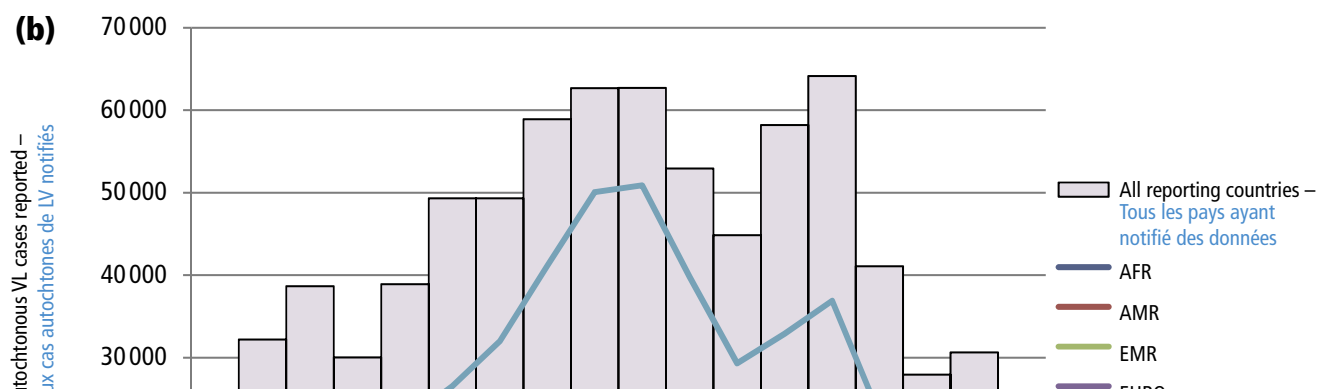
Figure 3 Evolution of the number of CL* (a) and VL** (b) cases over time, by WHO region, 1998–2015

Figure 3 Évolution du nombre de cas de LC* (a) et de LV** (b) au cours du temps, par Région de l'OMS, 1998-2015

(a)



(b)



预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_26241

