



AVIS

Recommandations de la vaccination contre l'encéphalite japonaise

24 avril 2009

L'encéphalite japonaise est une maladie inflammatoire grave, dont le tropisme principal est le système nerveux central. Les formes asymptomatiques sont fréquentes : il se produit en moyenne 1 cas symptomatique pour 250 infections. Les données recueillies dans le cadre de la mise en place de la vaccination systématique contre l'encéphalite japonaise dans la région montrent des pics d'incidence présumée de 5 à 21 pour 100 000 habitants avant l'introduction du vaccin. Le nombre de cas annuels d'encéphalite japonaise en Asie est estimé à environ 50 000¹, entraînant 15 000 décès par an. Des séquelles neurologiques ou psychiatriques permanentes sont retrouvées chez 30 % des survivants. Il n'existe aucun traitement spécifique de l'encéphalite japonaise.

L'agent responsable est un *Flavivirus*. Le principal vecteur est *Culex tritaeniorhynchus*. Ce moustique a son pic d'activité au crépuscule et à l'aube et reste actif toute la nuit. Il se trouve plutôt à l'extérieur qu'à l'intérieur des habitations et pique de préférence les mammifères non humains. Ses larves se développent dans des eaux stagnantes, en particulier dans les rizières. Le réservoir viral est constitué par des oiseaux sauvages (Ardéidés). Le porc est le principal hôte amplificateur. Il n'y a pas de transmission interhumaine du virus de l'encéphalite japonaise.

La maladie, initialement limitée à l'Asie de l'est, du sud-est et au sous-continent indien, s'étend maintenant jusqu'à la Papouasie-Nouvelle Guinée et à l'extrême nord de l'Australie. L'encéphalite japonaise est présente surtout dans les régions rurales agricoles². Selon les régions, la transmission est pérenne ou limitée à la saison des pluies qui s'étend d'avril-mai à septembre-octobre.

Trois profils épidémiologiques de l'encéphalite japonaise sont observés :

- Une transmission pérenne, dans les régions tropicales ;
- Une transmission saisonnière avec des poussées épidémiques survenant de manière irrégulière, dans les régions subtropicales ;
- Une transmission sporadique dans les régions tempérées, avec des épidémies saisonnières qui peuvent survenir entre juillet et septembre.

La maladie est rare chez les voyageurs. Le risque estimé d'infection pour le voyageur non immunisé en zone d'endémie varie de 1/20 000 à 1/ 5 000 par semaine de séjour, suivant certaines circonstances qui augmentent le risque (saison des pluies, période d'irrigation des rizières...). Trente-quatre cas ont été rapportés entre 1978 et 2007 chez des Occidentaux. Le CDC a revu les cas d'encéphalite japonaise survenus chez les voyageurs et les expatriés pendant la période 1978-1992. Parmi les 24 cas décrits, le suivi est connu chez 15 patients : 6 sont décédés, 5 sont restés handicapés et 4 ont guéri sans séquelles. Deux seulement étaient des touristes, les 22 autres étaient des résidents permanents.

¹ Cependant, compte-tenu des limites des systèmes de surveillance, le nombre réel serait plus proche de 175 000.

² Se reporter pour le détail à l'annexe de l'InVS.

De rares cas d'encéphalite japonaise ont été observés chez des voyageurs n'ayant a priori pas quitté le milieu urbain.

Des mesures préventives existent :

- les mesures individuelles de protection contre les piqûres de moustiques (répulsifs cutanés, moustiquaire et vêtements imprégnés d'insecticide) ;
- un vaccin, ayant obtenu un avis favorable de l'Agence européenne des médicaments (EMA) en décembre 2008 pour les personnes âgées de 18 ans et plus.

Jusqu'en 2008, un vaccin de première génération, obtenu à partir de la souche Nakayama cultivée sur cerveau de souris et produit par la firme japonaise Biken sous le nom de JEVAX, était utilisé en France dans le cadre d'une ATU nominative et réservé aux Centres de vaccinations internationales. Ce vaccin n'est plus disponible actuellement, Biken ayant arrêté sa production ; il a été remplacé par un vaccin sud-coréen, produit par Korean Green Cross Corporation, présentant les mêmes caractéristiques et obtenu dans les mêmes conditions.

Le vaccin de l'encéphalite japonaise IXIARO a obtenu une autorisation de mise sur le marché européenne le 31 mars 2009. Ce vaccin contient la souche SA14-14-2, du virus de l'encéphalite japonaise, cultivée sur lignée cellulaire Vero. Le virus est inactivé par formaldéhyde et adsorbé sur hydroxyde d'alumine. Les études d'immunogénicité conduites chez l'adulte après immunisation par 2 doses d'IXIARO à 28 jours d'intervalle en comparaison avec 3 doses de JEVAX ne montrent pas de différence significative en termes de taux de séroconversion, quel que soit l'âge des sujets (18-65 ans et > 65 ans). En revanche, le titre des anticorps neutralisants (MGT) est augmenté d'un facteur 2 dans le groupe IXIARO, avec persistance de ces anticorps à un taux élevé 12 mois après la primo vaccination.

En termes de tolérance, il n'a pas été mis en évidence de différence significative dans la fréquence des effets indésirables chez les personnes vaccinées par IXIARO par rapport à celles ayant reçu JEVAX ou le placebo.

En l'absence de données de tolérance et d'efficacité chez les enfants et les adolescents, le vaccin IXIARO n'est recommandé que chez l'adulte, selon un schéma à 2 doses espacées d'un mois.

Dans l'attente des résultats des études menées chez l'enfant, le Haut Conseil de la santé publique recommande la vaccination contre l'encéphalite japonaise, dans les régions où le virus circule, pour :

- toutes les personnes âgées de 18 ans et plus, expatriées ou devant résider plus de 30 jours,
- tous les voyageurs âgés de 18 ans et plus, avec une activité extérieure importante, plus particulièrement dans les zones de rizières ou de marécages, pendant la période de transmission du virus, notamment pendant la saison des pluies, quelle que soit la durée du séjour. Les activités suivantes sont considérées comme à risques : nuit à la belle étoile sans moustiquaire, camping, travail à l'extérieur, cyclisme, randonnée, ... en particulier dans des zones où l'irrigation par inondation est pratiquée.

Le Haut Conseil de la santé publique ne recommande pas la vaccination systématique des voyageurs en dehors de ces situations.

Le Haut Conseil de la santé publique rappelle l'importance des mesures individuelles de protection contre les piqûres de moustiques :

- se protéger avec des répulsifs cutanés,
- porter des vêtements légers et couvrants, imprégnés d'insecticide (vêtements larges, manches longues, pantalons et chaussures fermées) pour le soir,
- dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Il recommande que le vaccin de l'encéphalite japonaise ne soit disponible que dans les Centres de vaccinations internationales, afin que le risque puisse être évalué de manière individuelle et aussi pour faciliter le suivi de pharmacovigilance.

Ces recommandations pourront être révisées en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique et des modifications de l'autorisation de mise sur le marché.

Les principaux pays concernés (tout ou partie du territoire) (cf. annexe 1) sont les suivants : Bangladesh, Cambodge, Chine continentale et l'île de Hainan, Corée du Sud, Corée du Nord, Hong Kong (SAR), Inde, Japon, Laos, Malaisie, Myanmar, Népal, Russie (Sibérie orientale), Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande, Vietnam et plus récemment, extrême nord de l'Australie, Indonésie, Papouasie-Nouvelle Guinée, Pakistan, Philippines, Timor oriental.

Références

- Centers for Disease Control and Prevention. Chapter 4. Prevention of specific infectious diseases. In : *Traveler's health: yellow book*.
<http://www.cdc.gov/Travel/yellowBookCh4-JapaneseEncephalitis.aspx>
- CCDR-RMTC, déclaration sur la protection contre l'encéphalite japonaise 2008 ; 34.
- OMS, maladies liées à l'eau, encéphalite japonaise.
http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/encephalitis/fr/
- Halstead SB, Tsai TF. *Japanese encephalitis vaccine*. Dans : Plotkin SA, Orenstein WA, eds. *Vaccines*, 4th ed. Saunders, 2004:919-58.
- Oya A, Kurane I , Japanese encephalitis for a reference to international travellers. *J Travel Med* 2007;14:259-268.
- OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire 2009 ;1- 2, WHO, international travel and health 2009.
- Centers for Disease Control and Prevention. Inactivated Japanese encephalitis virus vaccine : Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 1993;42 (RR-01).
- Macdonald WB, Tink AR, Ouvrier RA, Menser MA, de Silva LM, Naim H, Hawkes RA Japanese encephalitis after a two-week holiday. In : Bali. *Med J Aust* 1989 Mar 20;150(6):334-6, 339.
- Buhl MR, Black FT, Andersen PL, Laursen A, Fatal Japanese encephalitis in a Danish tourist visiting Bali for 12 days. *Scand J Infect Dis* 1996 ;28(2):189.
- Ostlund MR, Kan B, Karlsson M, Vene S Japanese encephalitis in a swedish tourist after travelling to Java and Bali. *Scand J Infect Dis* 2004 ;36(6-7):512-3.
- Vaughn DW, Hoke CH. The epidemiology of Japanese encephalitis : Prospects for prevention. *Epidemiol Rev* 1992;14:197-221.

ANNEXE 1



Département
International &
Tropical

Situation épidémiologique de l'encéphalite japonaise dans le monde

Bilan au 03/02/09 des données disponibles pour la participation InVS au groupe de travail du CMVI-CTV

Adapté du [Yellow Book 2008](#) (CDC Atlanta) et [Déclaration sur la protection contre l'encéphalite japonaise](#) (Agence de la Santé Publique du Canada)

L'encéphalite japonaise (EJ) est un problème majeur de santé publique en Asie et dans certaines zones limitées de l'Océanie. Le virus ne circule pas ailleurs. Chaque année, environ 50 000 cas dont 15 000 décès liés à l'EJ sont rapportés dans le monde. Cependant, compte-tenu des limites des systèmes de surveillance, le nombre réel serait plus proche de 175 000. Au cours des 50 dernières années, la zone de circulation du virus de l'EJ s'est étendue. Les formes cliniques de ce virus transmis par le moustique sont détaillées dans une [note InVS-Dit](#).

La Chine, l'Inde, le Népal, le Sri Lanka, la Thaïlande et le Vietnam ont régulièrement rapporté des cas à l'[OMS](#) depuis 1985. On ne dispose pas de données de surveillance mais des rapports sur des cas anecdotiques ou des études limitées font également état de la circulation du virus de l'EJ au Bangladesh, à Brunei, au Cambodge, en Indonésie, au Laos, en Malaisie, au Myanmar, au Pakistan, aux Philippines, en Papouasie-Nouvelle Guinée et à Timor-Leste. Des cas sporadiques surviennent dans les territoires hautement urbanisés de Hong Kong et de Singapour. Des cas ont également été décrits dans des zones extrêmement limitées des îles du détroit de Torres et à l'extrême nord du territoire australien suite à l'importation à partir de la Papouasie-Nouvelle Guinée. Enfin, la circulation du virus est également avérée dans une partie limitée de la Sibérie orientale. On ne dispose d'aucune information pour le Bhoutan et la Corée du Nord.

Il existe schématiquement deux grands profils épidémiologiques de transmission. Dans les régions du nord de l'Asie (Chine, République de Corée, nord de l'Inde, Japon, Myanmar, Népal, Taiwan, nord de la Thaïlande et nord du Vietnam) d'importantes épidémies surviennent au cours des mois d'été (mousson). Dans les zones méridionales (sud du Vietnam, sud de la Thaïlande, sud de l'Inde, Indonésie, Malaisie, Philippines et Sri Lanka) l'encéphalite japonaise tend à circuler sur un mode endémique. Des cas y surviennent tout au long de l'année, le plus souvent de manière sporadique avec un pic après le début de la saison des pluies.

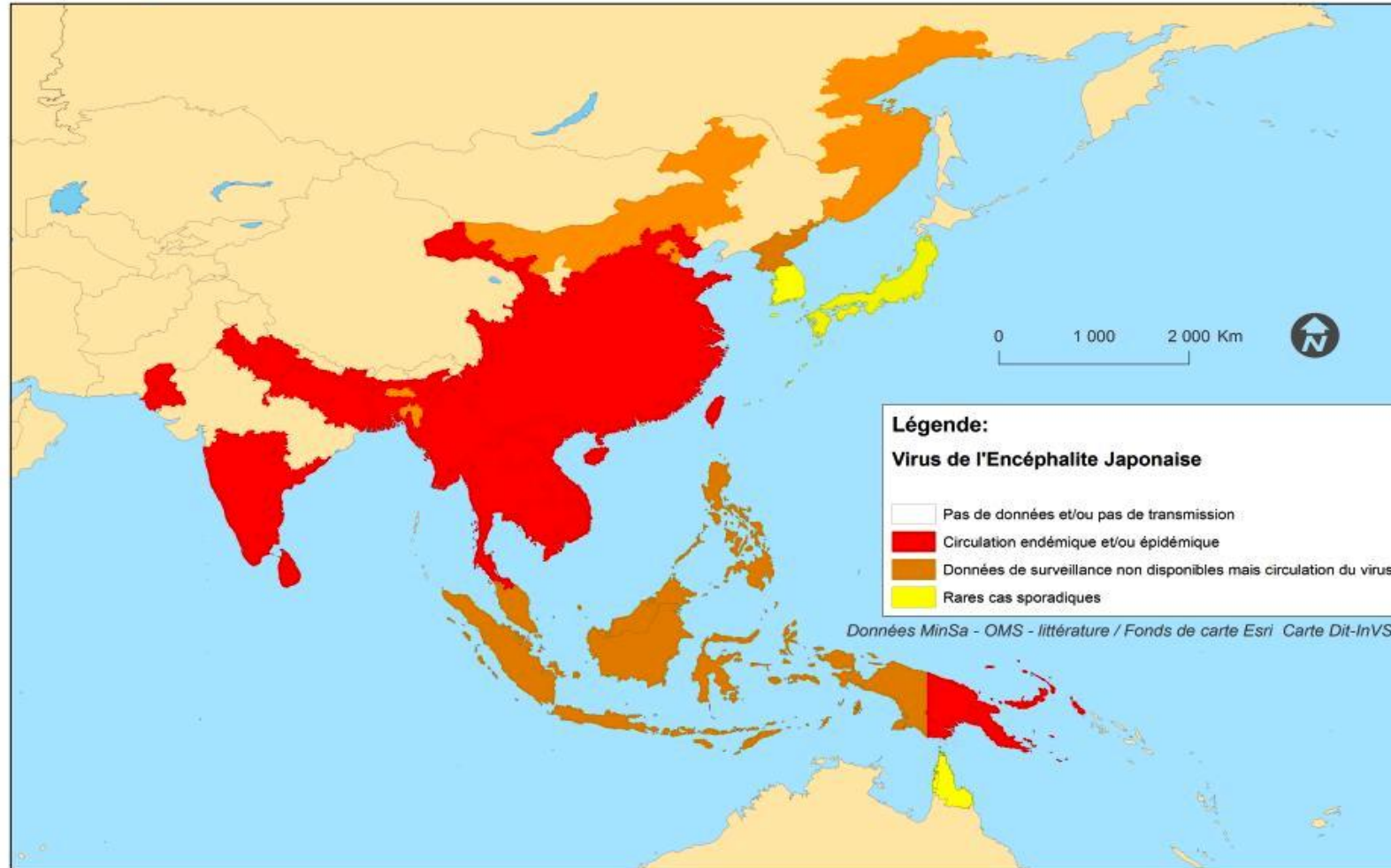
Les tendances épidémiologiques restent stables en Inde, à Taiwan et au Vietnam. Le nombre de cas humains augmente au Népal et en Malaisie tandis qu'il a été réduit de manière importante en Chine, en Corée du Sud, au Japon, au Sri Lanka et en Thaïlande à la suite de campagnes de vaccination et de l'intégration du vaccin de l'EJ dans le calendrier vaccinal des enfants vivant dans des zones particulièrement à risque. Le nombre total de cas rapportés par les pays endémiques de la région Pacifique de l'OMS (qui inclut la Chine et le Vietnam) a ainsi été réduit de 72 %, passant de 25 431 cas rapportés en 1991 à 7 130 cas en 2005. La comparaison entre les pays est difficile en raison des différences de nature et de qualité des systèmes de surveillance, des capacités de confirmation biologique, voire de la co-circulation d'autres flavivirus pouvant donner des réactions croisées lors des tests sérologiques.

Les données présentées ci-dessous présentent donc l'approximation de risques différents. La Figure 1 reflète au plus près l'intensité de la circulation chez l'**animal**, sans tenir compte des spécificités locales (variations d'une zone à l'autre) ni de la saisonnalité. La Figure 2 présente une évaluation des risques pour les **populations**, dont le niveau de protection par la vaccination est variable, et qui ne sont donc pas directement applicables aux voyageurs. Ces derniers peuvent soit être plus à risque (touristes « sac au dos » non vaccinés visitant une zone endémique ou en période d'épidémie), soit moins à risque (touriste même non vacciné en milieu urbain ou séjournant en infrastructure touristique très développée) par rapport aux populations étudiées. Le Tableau 1 décline par pays les données disponibles sur ces différents éléments. Entre 1981 et 2007, 24 touristes originaires de pays occidentaux ont été infectés par le virus de l'EJ pendant leur séjour en zone d'endémie. Le praticien continuera donc de jouer un rôle essentiel dans l'indication de la vaccination chez un voyageur se rendant dans une zone à risque.



Figure 1 : Zones à risque de circulation du virus de l'encéphalite japonaise (données annuelles réactualisées au 1^{er} mars 2009)

Transmission aux populations locales du virus de l'Encéphalite Japonaise (données annuelles réactualisées au 1er Mars 2009)



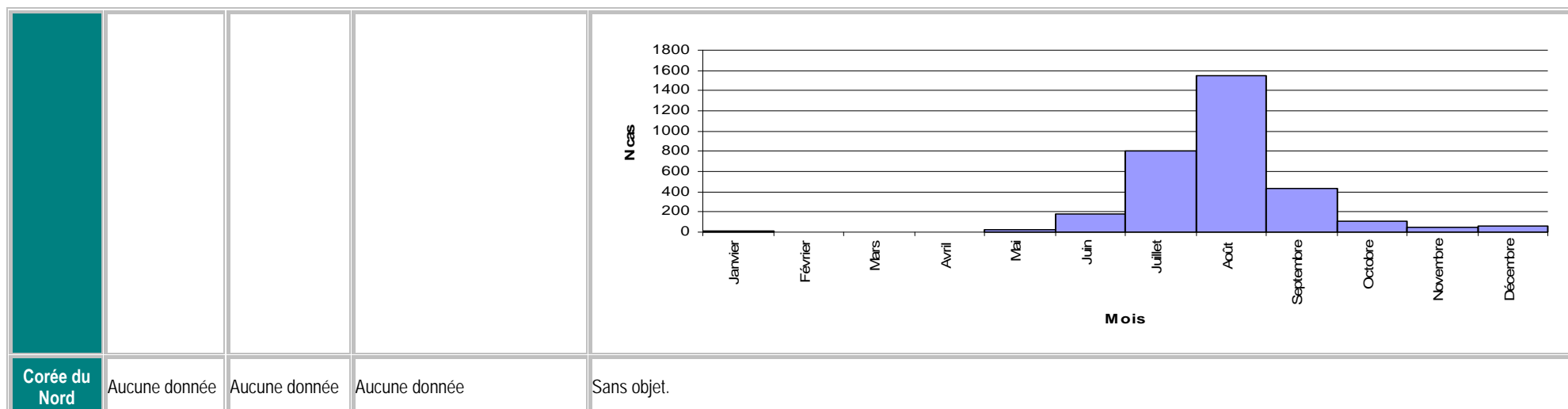
Note : Cette carte représente le niveau de transmission de l'encéphalite japonaise à l'homme dans des pays dont certains ont une couverture vaccinale très élevée (Corée, Japon...). Elle ne reflète donc pas uniquement l'intensité de la circulation du virus chez l'animal, facteur déterminant du risque pour des touristes non vaccinés.

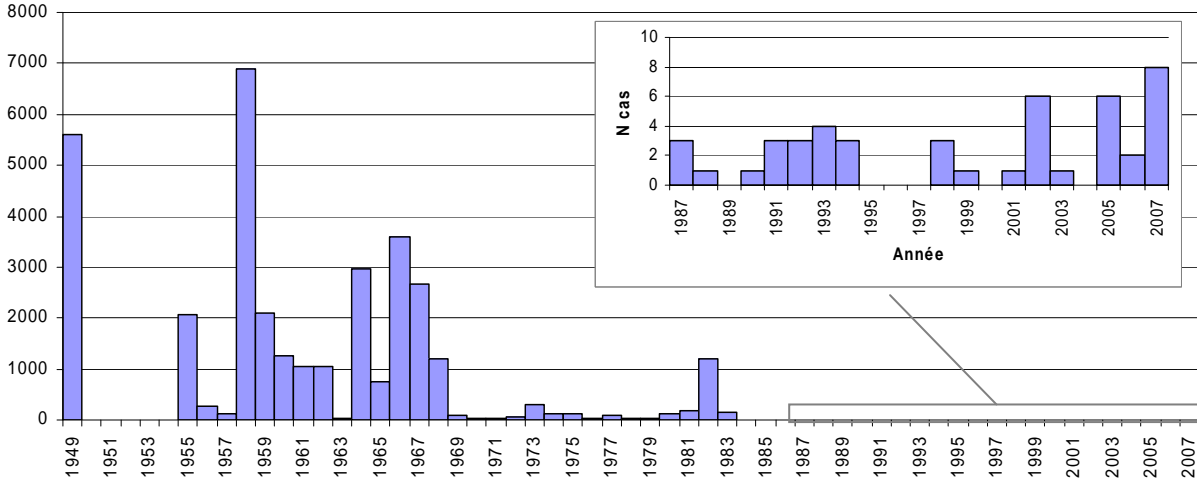
Tableau 1 : Données épidémiologiques sur la circulation de l'encéphalite japonaise dans le monde.

Pays	Régions touchées	Type de transmission	Saison de transmission	Commentaires et courbe																														
Australie	Îles du détroit de Torres et Péninsule de York (Northern Territories)	Rare et en foyer	Risque probable de transmission à longueur d'année	<p>Introduction du virus EJ dans l'île de Badu, dans le détroit de Torres en 1995 (3 cas, dont 2 décédés) - probablement suite à une importation à partir de la Nouvelle Guinée - et 2 cas sur le continent Australien en 1998 (zone de Mitchell River sur la côte Ouest de la Péninsule du Cap York). Trois cas documentés au cours des 10 dernières années, dont 2 dans les îles du détroit de Torres. Une trentaine de porcs sauvages séropositifs ont été détectés sur le continent en 1998 mais également dans les zones de Badu, Darnley, Mabuiag, Moa, Saibai, Erub et de Stephen Islands. Voir aussi article. A l'exception de ces cas humains, les études n'ont retrouvé aucun élément séroépidémiologique attestant d'une infection parmi 1 092 personnes dans 7 communautés après le foyer de 1998. Pas de signe de circulation du virus parmi les cochons sauvages sur le continent.</p> <table border="1"> <caption>Données du graphique à barres</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>N cas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1995</td><td>3</td></tr> <tr><td>1996</td><td>0</td></tr> <tr><td>1997</td><td>0</td></tr> <tr><td>1998</td><td>2</td></tr> <tr><td>1999</td><td>0</td></tr> <tr><td>2000</td><td>0</td></tr> <tr><td>2001</td><td>0</td></tr> <tr><td>2002</td><td>0</td></tr> <tr><td>2003</td><td>1</td></tr> <tr><td>2004</td><td>1</td></tr> <tr><td>2005</td><td>0</td></tr> <tr><td>2006</td><td>0</td></tr> <tr><td>2007</td><td>0</td></tr> <tr><td>2008</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>	Année	N cas	1995	3	1996	0	1997	0	1998	2	1999	0	2000	0	2001	0	2002	0	2003	1	2004	1	2005	0	2006	0	2007	0	2008	1
Année	N cas																																	
1995	3																																	
1996	0																																	
1997	0																																	
1998	2																																	
1999	0																																	
2000	0																																	
2001	0																																	
2002	0																																	
2003	1																																	
2004	1																																	
2005	0																																	
2006	0																																	
2007	0																																	
2008	1																																	
Bangladesh	Peu de données; probablement répandue.	Probablement intense en période et zone à risque.	La plupart des cas sont rapportés dans le sud du pays durant la mousson et le début de la saison sèche, et dans le nord au cours de la fin de l'été et l'automne.	<p>Éclosion signalée dans le district Tangail, près de Mymensingh, division de Dhaka, en 1977. 5 cas rapportés entre 1986 et 1990, mais 204 cas rapportés en 2007. Depuis, plus récemment, des cas sporadiques dans la division de Rajshahi. 75% de la population vit en zone à risque. Le principal foyer se situe dans la zone de Tangail. L'encéphalite japonaise était en cause dans 6-11% des cas d'encéphalite à Dhaka, Mymensingh et Rajshahi en 2003-2004.</p>																														
Bhoutan	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Sans objet																														

<p>Brunei</p>	<p>Présumée sporadique-endémique, comme en Malaisie</p>	<p>Transmission présumée à longueur d'année.</p>	<p>Pas de données.</p>	<p>Un cas (non fatal) rapporté en 1995.</p>																																																				
<p>Birmanie (Myanmar)</p>	<p>Présumée endémique-hyper-endémique à l'échelle du pays.</p>	<p>Transmission probablement intense en période et zone à risque.</p>	<p>Cas de mai à octobre.</p>	<p>Premiers cas décrits en 1965. Epidémies répétées dans l'État Shan (vallée de Chiang Mai). On estime que 69 % de la population vit dans des zones à risque. Cas décrits : 23 cas (dont 2 décès) en 1978, 28 cas en 2007. En 1982, 52 % des porcs de Rangoon (Yangon) étaient séropositifs.</p>																																																				
<p>Cambodge</p>	<p>Présumée endémique-hyperendémique à l'échelle du pays</p>	<p>Transmission probablement à bas bruit en période et zone à risque.</p>	<p>La plupart des cas sont rapportés dans le sud du pays durant la mousson et le début de la saison sèche, et dans le nord au cours de la fin de l'été et l'automne.</p>	<p>Virus isolé pour la première fois au Cambodge chez un moustique en 1965. Un total de 600 cas a été rapporté dans le pays en 1998. Des cas ont été signalés dans des camps de réfugiés à la frontière thaïe et sans doute à Phnom Penh. Des études parmi les cas d'encéphalite pédiatriques hospitalisés ont retrouvé des séroprévalences de 18 % (Phnom Penh, 1996-1998) à 31 % (Takeo, 1999-2000 ; voir courbe de saisonnalité ci-dessous). En 2008, un cas d'encéphalite a été décrit chez un touriste américain ayant visité le Cambodge et le Vietnam.</p> <table border="1"> <caption>Données du graphique de saisonnalité de l'encéphalite japonaise au Cambodge</caption> <thead> <tr> <th>Mois</th> <th>Non-Encéphalite Japonaise</th> <th>Encéphalite Japonaise</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Janvier</td><td>6</td><td>0</td><td>6</td></tr> <tr><td>Février</td><td>5</td><td>2</td><td>7</td></tr> <tr><td>Mars</td><td>9</td><td>2</td><td>11</td></tr> <tr><td>Avril</td><td>4</td><td>2</td><td>6</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>12</td><td>2</td><td>14</td></tr> <tr><td>Juin</td><td>9</td><td>1</td><td>10</td></tr> <tr><td>Juillet</td><td>6</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Août</td><td>7</td><td>4</td><td>11</td></tr> <tr><td>Septembre</td><td>5</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>Octobre</td><td>6</td><td>0</td><td>6</td></tr> <tr><td>Novembre</td><td>4</td><td>0</td><td>4</td></tr> <tr><td>Décembre</td><td>8</td><td>0</td><td>8</td></tr> </tbody> </table> <p>Source : Srey VH et coll. <i>Am. J. Trop. Med. Hyg.</i>, 66(2), 2002, pp. 200–207</p>	Mois	Non-Encéphalite Japonaise	Encéphalite Japonaise	Total	Janvier	6	0	6	Février	5	2	7	Mars	9	2	11	Avril	4	2	6	Mai	12	2	14	Juin	9	1	10	Juillet	6	2	8	Août	7	4	11	Septembre	5	3	8	Octobre	6	0	6	Novembre	4	0	4	Décembre	8	0	8
Mois	Non-Encéphalite Japonaise	Encéphalite Japonaise	Total																																																					
Janvier	6	0	6																																																					
Février	5	2	7																																																					
Mars	9	2	11																																																					
Avril	4	2	6																																																					
Mai	12	2	14																																																					
Juin	9	1	10																																																					
Juillet	6	2	8																																																					
Août	7	4	11																																																					
Septembre	5	3	8																																																					
Octobre	6	0	6																																																					
Novembre	4	0	4																																																					
Décembre	8	0	8																																																					

<p style="text-align: center; background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">Chine</p>	<p style="text-align: center;">Variable (voir commentaires)</p>	<p style="text-align: center;">Endémique voire hyperendémique en zone tropicale et rurale : cas sporadiques ailleurs voire aucune circulation</p>	<p style="text-align: center;">Nord de la Chine : de mai à septembre.</p> <p style="text-align: center;">Sud de la Chine : d'avril à octobre (provinces de Guangxi, Yunnan, Guangdong et Fujian du sud, Sichuan, Guizhou, Hunan et Jiangxi).</p>	<p>Premiers cas rapportés en Chine en 1940. Les cas en Chine représentent 65% du total mondial et 422 M de personnes vivent dans des zones à risque.</p> <p>Données d'incidence chez l'homme (2006-2007) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zones avec transmission (incidence $\geq 0,5/100\ 000$) : est de la Chine : Anhui, Chongqing, Fujian, Gansu, Guangdong, Guangxi, Guizhou, Hainan, Henan, Hubei, Hunan, Jiangsu, Jiangxi, Shaanxi, Shandong, Shanghai, Shanxi, Sichuan, Yunnan, Zhejiang. - Zones avec transmission faible ou cas sporadiques (incidence $<0,05/100\ 000$): Beijing, Hebei, Nei Menggu, Tianjin, - Zones sans cas décrit (incidence $\sim 0/100\ 000$) : Liaoning (mais moustiques retrouvés positifs), Jilin, Heilongjiang, Ningxia, Qinhai, Xinjiang et Xizang. <p>Des moustiques ont été retrouvés infectés au Yunnan à des altitudes comprises entre 900 et 2800 m.</p> <p>Données de prévalence de l'Encéphalite Japonaise :</p> <p>5,1% des cas d'encéphalites pédiatriques à Beijing (1991-1994).</p> <p>47% des cas d'encéphalite virale en Chine (2008)</p> <p>29,5% des cas d'encéphalite virale dans les Districts d'Ankang, de Baoji et de Weinan (Province de Shaanxi)</p> <p>Le recours à la vaccination depuis 1989 a permis de déduire de manière importante le nombre de cas d'EJ en Chine.</p> <p>Un cas en 2008 chez une touriste allemande ayant visité Changping (nord-ouest de Beijing).</p> <p>Les données de déclaration pourraient surestimer la circulation de l'EJ en Chine car les autorités déclarent les cas d'encéphalite virale toutes étiologies confondues.</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <caption>Données du graphique : Nombre de cas par année (1975-2007)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>N cas (approximatif)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1975</td><td>90 000</td></tr> <tr><td>1976</td><td>0</td></tr> <tr><td>1977</td><td>0</td></tr> <tr><td>1978</td><td>0</td></tr> <tr><td>1979</td><td>0</td></tr> <tr><td>1980</td><td>15 000</td></tr> <tr><td>1981</td><td>0</td></tr> <tr><td>1982</td><td>0</td></tr> <tr><td>1983</td><td>0</td></tr> <tr><td>1984</td><td>0</td></tr> <tr><td>1985</td><td>25 000</td></tr> <tr><td>1986</td><td>0</td></tr> <tr><td>1987</td><td>0</td></tr> <tr><td>1988</td><td>0</td></tr> <tr><td>1989</td><td>0</td></tr> <tr><td>1990</td><td>38 000</td></tr> <tr><td>1991</td><td>25 000</td></tr> <tr><td>1992</td><td>20 000</td></tr> <tr><td>1993</td><td>18 000</td></tr> <tr><td>1994</td><td>18 000</td></tr> <tr><td>1995</td><td>15 000</td></tr> <tr><td>1996</td><td>10 000</td></tr> <tr><td>1997</td><td>10 000</td></tr> <tr><td>1998</td><td>12 000</td></tr> <tr><td>1999</td><td>8 000</td></tr> <tr><td>2000</td><td>0</td></tr> <tr><td>2001</td><td>0</td></tr> <tr><td>2002</td><td>10 000</td></tr> <tr><td>2003</td><td>8 000</td></tr> <tr><td>2004</td><td>5 000</td></tr> <tr><td>2005</td><td>5 000</td></tr> <tr><td>2006</td><td>8 000</td></tr> <tr><td>2007</td><td>5 000</td></tr> </tbody> </table> </div>	Année	N cas (approximatif)	1975	90 000	1976	0	1977	0	1978	0	1979	0	1980	15 000	1981	0	1982	0	1983	0	1984	0	1985	25 000	1986	0	1987	0	1988	0	1989	0	1990	38 000	1991	25 000	1992	20 000	1993	18 000	1994	18 000	1995	15 000	1996	10 000	1997	10 000	1998	12 000	1999	8 000	2000	0	2001	0	2002	10 000	2003	8 000	2004	5 000	2005	5 000	2006	8 000	2007	5 000
				Année	N cas (approximatif)																																																																			
1975	90 000																																																																							
1976	0																																																																							
1977	0																																																																							
1978	0																																																																							
1979	0																																																																							
1980	15 000																																																																							
1981	0																																																																							
1982	0																																																																							
1983	0																																																																							
1984	0																																																																							
1985	25 000																																																																							
1986	0																																																																							
1987	0																																																																							
1988	0																																																																							
1989	0																																																																							
1990	38 000																																																																							
1991	25 000																																																																							
1992	20 000																																																																							
1993	18 000																																																																							
1994	18 000																																																																							
1995	15 000																																																																							
1996	10 000																																																																							
1997	10 000																																																																							
1998	12 000																																																																							
1999	8 000																																																																							
2000	0																																																																							
2001	0																																																																							
2002	10 000																																																																							
2003	8 000																																																																							
2004	5 000																																																																							
2005	5 000																																																																							
2006	8 000																																																																							
2007	5 000																																																																							

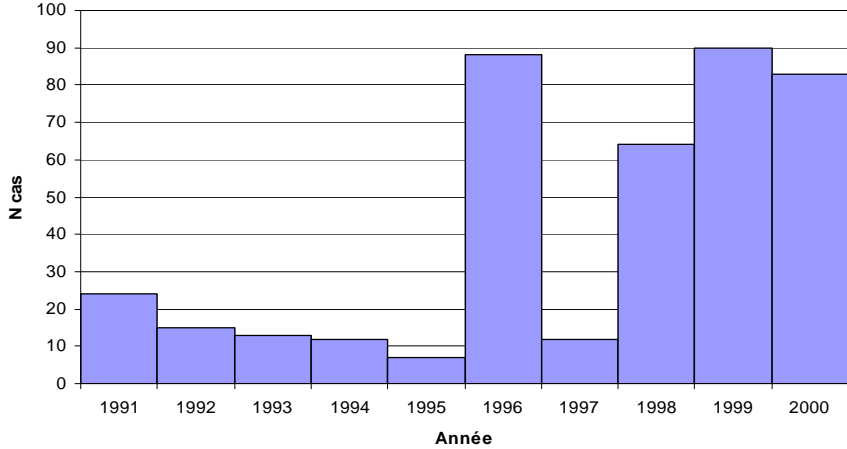


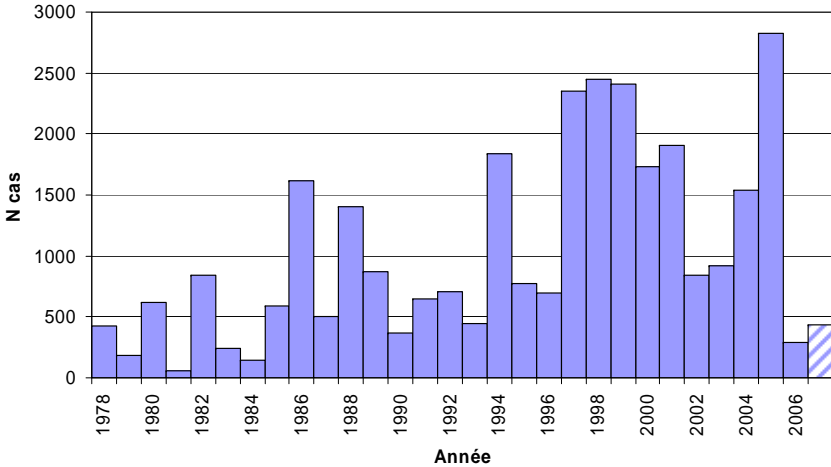
<p>Corée du Sud</p>	<p>Zones rizicoles du sud-ouest</p>	<p>Rares cas sporadiques</p>	<p>90% des cas décrits entre Juillet et octobre</p>	<p>Premiers cas cliniquement compatibles décrits en 1933, premier cas confirmé biologiquement en 1946. Plus de 22 000 cas décrits entre 1955 et 1966 avec des épidémies décrites tous les 2-3 ans. Diminution importante des cas depuis l'introduction de la vaccination (voir courbe).</p>  <p>Séroprévalences élevées (30-50 %) chez le bétail.</p>
<p>Hong Kong SAR</p>	<p>Historiquement dans les New Territories</p>	<p>Rares cas sporadiques</p>	<p>Historiquement entre Avril et Octobre</p>	<p>En 1982, 1 cas chez un voyageur traité au Royaume-Uni pour Encéphalite Japonaise acquise à Hong Kong. Entre 0 et 2 cas rapportés par an à Hong Kong : entre 1997 et 2004 il y a eu 10 cas rapportés dont 6 cas acquis localement (1 en 2003 et 5 dont 1 décès en 2004) et 4 cas importés (1 en 1997, 1 en 2001 et 2 en 2002). Séroprévalence de 2,4 % en population générale. Des cas ont également été décrits chez le cheval.</p>

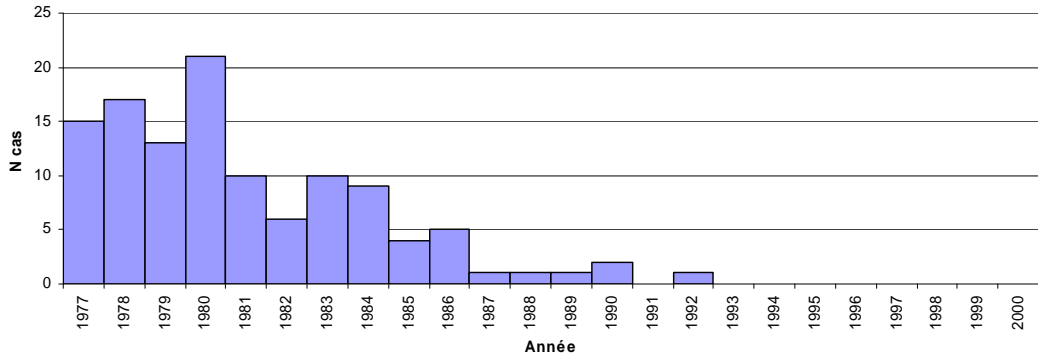
<p style="text-align: center;">Inde</p>	<p>La plupart des cas sont décrits dans les Etats suivants : Andhra Pradesh, Assam, Bihar, Karnataka, Orissa, Goa, Pondicherry, Tamil Nadu, Uttar Pradesh (y compris à Lucknow, la capitale), Maharashtra, Arunachal Pradesh et West Bengal. Les premiers cas ont été rapportés à Goa en 1982. Pas de transmission</p>	<p>Transmission : - endémo-épidémique dans certains Etats, - sporadique dans d'autres (mais surveillance imparfaite). - Aucune dans certains Etats.</p>	<p>Les transmissions les plus intenses ont lieu: - Dans le sud au cours de la saison des pluies (Septembre à Décembre en Andhra Pradesh, Mai à octobre à Goa ; Août à Septembre au Karnataka) - Dans le nord: entre Juillet et Décembre - Dans le Tamil Nadu : Octobre à janvier.</p>	<p>Les premiers cas ont été rapportés dans le sud du sous-continent indien, mais la progression se fait vers le nord depuis 1973. En 2008, les trois principaux Etats de l'Union Indienne touchés étaient : Uttar Pradesh (91,7 % des cas) ; Assam (7,2 %) et Bihar (4,8 %). Près de 5 000 cas dont 1300 décès dans l'épidémie de Gorakhpur, au nord du pays, en 2005.</p> <p>*Données préliminaires au 31/12/2008.</p>

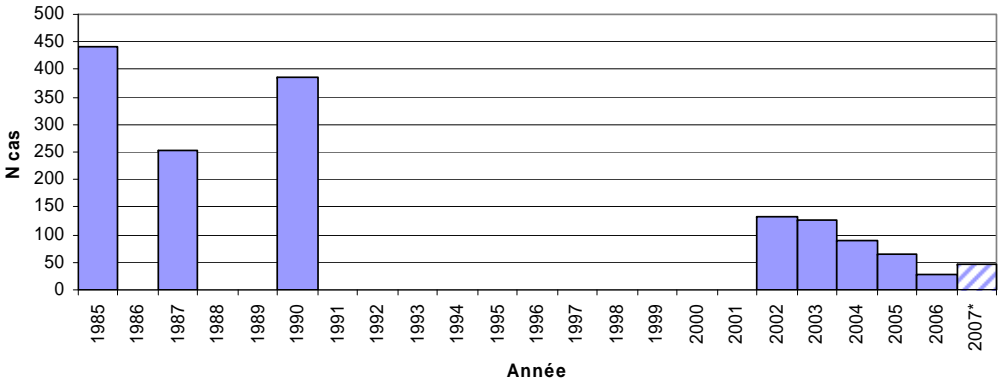
	décrite dans les Etats suivants : Arunachal, Dadra, Daman, Diu, Gujarat, Himachal, Jammu, Kashmir, Lakshadweep, Meghalaya, Nagar Haveli, Orissa, Punjab, Rajasthan et Sikkim.			
Indonésie	L'ensemble du territoire est touché, de Sumatra à la Papouasie : Bali, Irian Barat, Java, Kalimantan, Lombok, Moluques, Nusa Tenggara, Sulawesi et Irian Jaya.	Endémique voire hyperendémique en zone tropicale et rurale.	Risque probablement tout au long de l'année avec une transmission maximale : - Dans le sud : durant la mousson et le début de la saison sèche - dans le nord au cours de la fin de l'été et l'automne.	Premiers cas décrits en 1960. Premiers (N=12) cas confirmés à Bali en 1999 (90 cas dont 9 décès pour 2001-2003). Environ 1000-2500 cas par an sont déclarés au niveau du pays. Données de prévalence de l'EJ en Indonésie : - En moyenne 5,5% (1,7% à 17,8%) des cas d'encéphalite aigue chez les enfants de moins de 15 ans dans 6 provinces (2005-2006) - Entre 25% à Bornéo et 52% à Bali en population générale - 97% à Irian Jaya (1972) - 52% des chevaux à Java (1995) Des cas décrits chez des 3 touristes (1 décès) à Bali et 2 autres ayant visité Bali et d'autres îles. Le vaccin devait être introduit à Bali en 2008.
Japon	Toutes les îles (notamment Kyūshū Shikoku et Kinki) sauf Hokkaido (transmission enzootique seulement).	Sporadique en zone rurale et période de transmission.	La plupart des cas sont décrits : - A Kyūshū, Shikoku et Kinki entre Juin et Septembre - Dans les îles Ryūkyū (Okinawa) entre Avril et Décembre.	Premier cas cliniquement compatible décrit en 1871 et premier cas biologiquement confirmé en 1924. Le recours à la vaccination et la lutte antivectorielle a fait passer le nombre de cas annuel de plus de 5000 en 1950 à environ 5 en 2006. La séroprévalence chez les sangliers sauvages reste élevée.

				<p>Detailed description: This bar chart displays the annual number of cases from 1948 to 2006. The y-axis represents the number of cases (N cas) ranging from 0 to 6000. The x-axis represents the year (Année). The data shows a major peak in 1951 with approximately 5200 cases, followed by a secondary peak in 1957 with about 4500 cases. There are also smaller peaks in 1948 (approx. 4500), 1954 (approx. 3400), and 1966 (approx. 2000). An inset chart for the years 1987-2006 shows a sharp peak in 1990 with approximately 55 cases, and other smaller peaks in 1991 (approx. 12), 1996 (approx. 5), 1997 (approx. 5), 1999 (approx. 5), 2000 (approx. 5), 2001 (approx. 5), 2002 (approx. 5), 2004 (approx. 5), 2005 (approx. 5), and 2006 (approx. 5).</p>
<p>Laos</p>	<p>Présumée étendue à l'ensemble du pays.</p>	<p>Endémique voire hyperendémique en zone tropicale et rurale.</p>	<p>La plupart des cas sont rapportés dans le sud du pays durant la mousson et le début de la saison sèche, et dans le nord au cours de la fin de l'été et l'automne.</p>	<p>Les premiers cas ont été rapportés en 1989.</p> <p>Detailed description: This bar chart displays the annual number of cases from 1992 to 2007. The y-axis represents the number of cases (N cas) ranging from 0 to 120. The x-axis represents the year (Année). The data shows a peak in 1994 with approximately 110 cases, followed by another peak in 1996 with about 110 cases. There are also smaller peaks in 1992 (approx. 40), 1993 (approx. 50), 1999 (approx. 10), 2000 (approx. 10), and 2006 (approx. 45). The years 1997, 1998, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, and 2007 show zero or very low case counts.</p>

<p style="text-align: center;">Malaisie</p>	<p>Principalement Sarawak (50% des cas) mais aussi Johore, Kelantan, Penang, Perak et Selangor. Le Sabah est probablement touché.</p>	<p>Endémique voire hyperendémique en zone tropicale et rurale, notamment à Sarawak.</p>	<p>La plupart des cas sont décrits toute l'année, avec un pic au cours de la saison des pluies et le début de la saison sèche (quatrième trimestre de l'année).</p>	<p>Premier cas décrit en 1952. Environ 100 cas par an déclarés au niveau national. Données de prévalence : 38,5 % des encéphalites virales chez l'enfant à Penang. La mise en place en 2001 de la vaccination systématique des enfants d'1 an vivant à 2 km d'un élevage porcin et de leurs contacts a permis de réduire l'incidence de moitié dans les zones centrales de Sarawak.</p>  <table border="1" data-bbox="943 400 1787 850"> <caption>Données du graphique à barres (N cas par année)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>N cas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1991</td><td>24</td></tr> <tr><td>1992</td><td>15</td></tr> <tr><td>1993</td><td>13</td></tr> <tr><td>1994</td><td>12</td></tr> <tr><td>1995</td><td>8</td></tr> <tr><td>1996</td><td>88</td></tr> <tr><td>1997</td><td>12</td></tr> <tr><td>1998</td><td>64</td></tr> <tr><td>1999</td><td>90</td></tr> <tr><td>2000</td><td>83</td></tr> </tbody> </table>	Année	N cas	1991	24	1992	15	1993	13	1994	12	1995	8	1996	88	1997	12	1998	64	1999	90	2000	83
	Année	N cas																								
1991	24																									
1992	15																									
1993	13																									
1994	12																									
1995	8																									
1996	88																									
1997	12																									
1998	64																									
1999	90																									
2000	83																									

<p>Népal</p>	<p>L'ensemble du pays (54 districts sur 75 dans le pays, notamment dans le Terai) sauf en haute altitude (attention : vallées en altitude plus faible).</p>	<p>Endémique voire hyperendémique en zone tropicale et rurale.</p>	<p>La transmission débute en Avril-Mai mais la plupart des cas surviennent de Juillet à décembre (pic en Août) : 75% des cas sont décrits pendant la mousson (juin-octobre).</p>	<p>Premiers cas décrits en 1978 (Districts de Rupandehi et de Morang). Au total : 27 584 cas décrits entre 1978 et 2004. Les districts de Bankey et de Kailali, dans le Terai, contribuent près de ¾ des cas recensés. Les cas sont principalement décrits dans le Terai mais l'incidence y baisse suite à des campagnes de vaccination en 2006. Un nombre croissant de cas proviennent des zones du piémont. Deux cas décrits en 2005 dans les zones montagneuses. L'incidence a récemment commencé à augmenter dans la Vallée de Katmandou.</p>  <table border="1"> <caption>Données du graphique à barres (N cas par année)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>N cas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1978</td><td>400</td></tr> <tr><td>1979</td><td>200</td></tr> <tr><td>1980</td><td>600</td></tr> <tr><td>1981</td><td>100</td></tr> <tr><td>1982</td><td>800</td></tr> <tr><td>1983</td><td>200</td></tr> <tr><td>1984</td><td>150</td></tr> <tr><td>1985</td><td>550</td></tr> <tr><td>1986</td><td>1600</td></tr> <tr><td>1987</td><td>450</td></tr> <tr><td>1988</td><td>1400</td></tr> <tr><td>1989</td><td>850</td></tr> <tr><td>1990</td><td>350</td></tr> <tr><td>1991</td><td>600</td></tr> <tr><td>1992</td><td>700</td></tr> <tr><td>1993</td><td>400</td></tr> <tr><td>1994</td><td>1800</td></tr> <tr><td>1995</td><td>750</td></tr> <tr><td>1996</td><td>650</td></tr> <tr><td>1997</td><td>2300</td></tr> <tr><td>1998</td><td>2400</td></tr> <tr><td>1999</td><td>2350</td></tr> <tr><td>2000</td><td>1700</td></tr> <tr><td>2001</td><td>1900</td></tr> <tr><td>2002</td><td>800</td></tr> <tr><td>2003</td><td>900</td></tr> <tr><td>2004</td><td>1500</td></tr> <tr><td>2005</td><td>2800</td></tr> <tr><td>2006</td><td>300</td></tr> </tbody> </table>	Année	N cas	1978	400	1979	200	1980	600	1981	100	1982	800	1983	200	1984	150	1985	550	1986	1600	1987	450	1988	1400	1989	850	1990	350	1991	600	1992	700	1993	400	1994	1800	1995	750	1996	650	1997	2300	1998	2400	1999	2350	2000	1700	2001	1900	2002	800	2003	900	2004	1500	2005	2800	2006	300
Année	N cas																																																															
1978	400																																																															
1979	200																																																															
1980	600																																																															
1981	100																																																															
1982	800																																																															
1983	200																																																															
1984	150																																																															
1985	550																																																															
1986	1600																																																															
1987	450																																																															
1988	1400																																																															
1989	850																																																															
1990	350																																																															
1991	600																																																															
1992	700																																																															
1993	400																																																															
1994	1800																																																															
1995	750																																																															
1996	650																																																															
1997	2300																																																															
1998	2400																																																															
1999	2350																																																															
2000	1700																																																															
2001	1900																																																															
2002	800																																																															
2003	900																																																															
2004	1500																																																															
2005	2800																																																															
2006	300																																																															
<p>(Iles du Pacifique)</p>	<p>Îles de Saipan, de Guam, et Micronésie.</p>	<p>Très rares épidémies limitées.</p>	<p>Incertaine, sans doute de Septembre à janvier</p>	<p>Aucun des 20 pays ou territoires de la zone Pacifique n'est considéré endémique pour l'EJ. Deux épidémies limitées à Guam (1947-48) et Saipan (octobre 1990). L'introduction du virus dans ces îles où un vecteur compétent est présent peut donner lieu à des épidémies sans qu'un cycle enzootique durable puisse nécessairement s'installer.</p>																																																												
<p>Pakistan</p>	<p>Région centrale du Delta et les alentours de Karachi (Sindh)</p>	<p>Très peu de données disponibles.</p>	<p>De juin à janvier, probablement.</p>	<p>Premier cas décrit en 1983.</p>																																																												
<p>Papouasie – Nouvelle-Guinée</p>	<p>Western Province et Southwest Coast.</p>	<p>Pas de données disponibles.</p>	<p>Pas de données disponibles.</p>	<p>Deux premiers cas (1 décès) décrits en 1995 dans le District de North Fly (Western province) Seize cas (6 décès) en 1997 sur l'île de Normanby (Southwest Coast) 1 cas chez une personne résidant à Bootless Bay dans la région de Port Moresby en 2004. Cas suspects dans la région de Milne Bay.</p>																																																												

				Séroprévalence de 23 % en population générale (1989) et 49 % des porcs (1995) dans la Western Province (populations parlant le Daru) et de 24 % (1993) dans la région Upper Fly, ainsi que parmi les populations de la région de Kareema (Gulf Province) et de Kake Kutubu (Southern Highlands Province).
Philippines	Toutes les îles	Présumée endémique.	Incertaine; spéculations fondées sur l'emplacement et les agroécosystèmes Risque maximal, présumé entre avril et janvier. Luçon occidental, Mindoro, Negros, Palawan : avril à novembre. Ailleurs : à longueur d'année.	Premier cas décrit en 1950 Epidémies limitées décrites à Nueva Ecija, Luçon, et Manille.
(Fédération de) Russie	Régions maritimes extrême-orientales au sud de Khabarovsk (Primorskaya Kraï)	Transmission rare	Période de pointe apparemment de juillet à septembre.	Premiers cas à Khasan en 1938. Rares cas humains signalés Données de séroprévalence (2003-2006): - Animaux : environ 5% chez le cheval et le bétail - Humains : <1% Résultats croisés possibles avec le virus Negishi.
Singapour	Totalité du territoire.	Rares cas	Transmission à longueur d'année, un pic étant enregistré en avril.	La fin de l'industrie d'élevage de porcs a entraîné une baisse très importante des cas dans ce territoire historiquement endémique. Six cas entre 1991 et Juillet 2005, dont 3 autochtones. Un cas autochtone d'EJ en 2007. 

<p>Sri Lanka</p>	<p>Totalité du territoire, mais principalement dans les régions du nord, du nord-ouest et du centre.</p>	<p>Endémique voire épidémique.</p>	<p>Essentiellement Durant la saison des pluies et le début de la saison sèche (Octobre à Janvier). Deuxième pic de transmission enzootique de mai à juin.</p>	<p>Première identification du virus en 1968. Des épidémies ont touché récemment la région du Nord-Ouest et d'Anuradhapura. La vaccination des enfants âgés de 1-10 ans a été débutée en 1985 suite à une épidémie massive en 1985 (410 cas dont 75 décès). Cette vaccination est désormais systématique dans 14 districts qui ont vu leurs cas baisser de manière importante.</p>  <table border="1"> <caption>Données du graphique : Nombre de cas par année</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>N cas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1985</td><td>440</td></tr> <tr><td>1986</td><td>0</td></tr> <tr><td>1987</td><td>250</td></tr> <tr><td>1988</td><td>0</td></tr> <tr><td>1989</td><td>0</td></tr> <tr><td>1990</td><td>380</td></tr> <tr><td>1991</td><td>0</td></tr> <tr><td>1992</td><td>0</td></tr> <tr><td>1993</td><td>0</td></tr> <tr><td>1994</td><td>0</td></tr> <tr><td>1995</td><td>0</td></tr> <tr><td>1996</td><td>0</td></tr> <tr><td>1997</td><td>0</td></tr> <tr><td>1998</td><td>0</td></tr> <tr><td>1999</td><td>0</td></tr> <tr><td>2000</td><td>0</td></tr> <tr><td>2001</td><td>0</td></tr> <tr><td>2002</td><td>130</td></tr> <tr><td>2003</td><td>120</td></tr> <tr><td>2004</td><td>90</td></tr> <tr><td>2005</td><td>60</td></tr> <tr><td>2006</td><td>30</td></tr> <tr><td>2007*</td><td>40</td></tr> </tbody> </table> <p>*Données préliminaires.</p>	Année	N cas	1985	440	1986	0	1987	250	1988	0	1989	0	1990	380	1991	0	1992	0	1993	0	1994	0	1995	0	1996	0	1997	0	1998	0	1999	0	2000	0	2001	0	2002	130	2003	120	2004	90	2005	60	2006	30	2007*	40
Année	N cas																																																			
1985	440																																																			
1986	0																																																			
1987	250																																																			
1988	0																																																			
1989	0																																																			
1990	380																																																			
1991	0																																																			
1992	0																																																			
1993	0																																																			
1994	0																																																			
1995	0																																																			
1996	0																																																			
1997	0																																																			
1998	0																																																			
1999	0																																																			
2000	0																																																			
2001	0																																																			
2002	130																																																			
2003	120																																																			
2004	90																																																			
2005	60																																																			
2006	30																																																			
2007*	40																																																			
<p>Taiwan</p>	<p>Taiwan : cas signalés dans les zones rurales des bassins fluviaux de Taipei et de Kao-hsiung-Pingtung ainsi que dans les environs.</p>	<p>Hyperendémique</p>	<p>Mai à octobre, avec un pic entre juin http://www.phac.aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/08vol34/acs-4/index-fra.php-ref*#ref et juillet. En 1998 et 2007 des cas sporadiques sont survenus entre août et octobre.</p>	<p>Premiers cas identifiés en 1958. Les cas étaient surtout recensés parmi les enfants mais la proportion d'adultes parmi les cas est en augmentation depuis quelques années. Cas recensés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 339 cas rapportés entre 1958 et 1961 - 127 cas entre 1986 et 1990 (dont des cas à Taipei). - En 1994 : 52 cas décrits à Taipei - 1 183 cas entre 2003 et 2006 inclus 																																																

	L'EJ circule également dans les zones comprises entre Taoyuan, Hsinchu et Miaoli jusqu'aux zones centrales des plaines de Taiwan et de Chiayi-Tainan.			
Thaïlande	Toutes les provinces	Hyperendémique au nord, endémique dans le nord-est et le sud, plus sporadique au centre du pays. Epidémies annuelles dans la vallée de Chiang Mai et cas sporadiques dans la banlieue de Bangkok	Principalement de Mai à octobre mais variable : - dans le sud la plupart des cas surviennent au cours de la saison des pluies et le début de la saison sèche - dans le nord : à la fin de l'été et durant l'automne.	<p>Premiers cas décrits en 1964 et première épidémie en 1969. La vaccination mise en place en 1993 a fait baisser l'incidence. Environ 1500-2500 cas surviendraient dans le pays chaque année. Des cas chez au moins 4 touristes.</p>
Timor Leste	Pas de données	Présumé endémique.	Pas de données	Premier cas décrit en 2000. pas de données de surveillance.

<p>Vietnam</p>	<p>Toutes les provinces Circulation la plus intense à Hanoi et dans les environs.</p>	<p>Endémique, voire hyperendémique</p>	<p>Principalement de Mai à octobre mais variable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le sud la plupart des cas surviennent au cours de la saison des pluies et le début de la saison sèche - dans le nord : à la fin de l'été et durant l'automne 	<p>Premiers cas décrits en 1960. Environ 1000-3000 cas par an dans le pays. L'EJ était responsable de 67% des cas pédiatriques d'encéphalite à Hanoi au cours de l'été 1995. Les données de déclaration pourraient surestimer la circulation de l'EJ au Vietnam car les autorités déclarent les cas d'encéphalite virale toutes étiologies confondues. Des cas chez au moins 2 touristes.</p> <table border="1"> <caption>Données du graphique : Nombre de cas d'encéphalite japonaise au Vietnam (1975-2007)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>N cas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1975</td><td>1000</td></tr> <tr><td>1977</td><td>0</td></tr> <tr><td>1979</td><td>0</td></tr> <tr><td>1981</td><td>1200</td></tr> <tr><td>1983</td><td>0</td></tr> <tr><td>1985</td><td>5000</td></tr> <tr><td>1987</td><td>0</td></tr> <tr><td>1989</td><td>0</td></tr> <tr><td>1991</td><td>1800</td></tr> <tr><td>1993</td><td>2200</td></tr> <tr><td>1995</td><td>3500</td></tr> <tr><td>1997</td><td>2500</td></tr> <tr><td>1999</td><td>2500</td></tr> <tr><td>2001</td><td>0</td></tr> <tr><td>2003</td><td>0</td></tr> <tr><td>2005</td><td>0</td></tr> <tr><td>2007</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Année	N cas	1975	1000	1977	0	1979	0	1981	1200	1983	0	1985	5000	1987	0	1989	0	1991	1800	1993	2200	1995	3500	1997	2500	1999	2500	2001	0	2003	0	2005	0	2007	0
Année	N cas																																							
1975	1000																																							
1977	0																																							
1979	0																																							
1981	1200																																							
1983	0																																							
1985	5000																																							
1987	0																																							
1989	0																																							
1991	1800																																							
1993	2200																																							
1995	3500																																							
1997	2500																																							
1999	2500																																							
2001	0																																							
2003	0																																							
2005	0																																							
2007	0																																							

*Les taux d'incidence locaux d'EJ pourraient ne pas refléter exactement le risque encouru par les visiteurs non immuns étant donné les taux d'immunisation élevés dans les populations locales. Les humains ne sont qu'accessoirs dans le cycle de transmission. Des taux élevés de transmission virale pourraient survenir même en l'absence de symptômes chez l'homme.

Nota : Les évaluations se fondent sur des publications, des rapports de surveillance et de la correspondance personnelle. Les extrapolations ont été établies à partir de données disponibles. La qualité des données de surveillance est très variable, et les modes de transmission pourraient changer.

ANNEXE 2 : MENTIONS MINIMALES OBLIGATOIRES POUR LA PUBLICITE

Le Haut conseil de la santé publique demande **qu'aucune publicité** ne soit faite pour le vaccin contre l'encéphalite japonaise.

Dans le cas contraire, les mentions minimales obligatoires pour la publicité sont :

1. Pas de vaccination systématique des voyageurs.
2. Recommandations pour les personnes âgées de 18 ans et plus, dans les régions où circule le virus :
 - a. expatriées ;
 - b. résidant plus de 30 jours dans une de ces régions ;
 - c. s'exposant à des activités à risques : camping, nuit à la belle étoile, randonnées, cyclisme.

Avis produit par la Commission spécialisée Maladies transmissibles, sur proposition du Comité technique des vaccinations et du Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation

Le 24 avril 2009

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr