

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Marisol Touraine,
ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des
femmes sur les risques épidémiques du virus Ebola 2
- Informations relatives à la commission 11
- Présences en réunion 12

Mardi

30 septembre 2014

Séance de 17 heures 30

Compte rendu n° 65

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2013-2014

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
*Présidente***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 30 septembre 2014

La séance est ouverte à dix-sept heures trente-cinq.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La Commission des affaires sociales procède à l'audition, ouverte à la presse, de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, sur les risques épidémiques du virus Ebola.

Mme la présidente Catherine Lemorton. L'audition de Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes fait suite à la demande que m'avait adressée M. Jean-Pierre Door, visant à créer une mission d'information sur les risques épidémiques du virus Ebola. Lors de sa réunion, le 10 septembre dernier, le bureau de la Commission a considéré, en l'absence de cas de contamination sur le territoire français et au vu des progrès réalisés dans la mise au point d'un vaccin, que la création d'une mission d'information n'était pas forcément pertinente. Je rappelle que, à l'époque où des cas de grippe H1N1 s'étaient déclarés en France, l'opposition s'était vue refuser la création d'une mission d'information sur le sujet. Les auditions de la ministre avaient alors suffi à répondre à nos questions.

Compte tenu de l'importance et de l'urgence du sujet, je remercie Mme la ministre d'avoir accepté notre invitation, malgré un agenda très chargé.

Je n'insisterai pas sur la gravité de l'épidémie qui ravage actuellement l'Afrique de l'Ouest et notamment la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone : près de 3 000 personnes sont déjà mortes, et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit 20 000 victimes d'ici novembre prochain. Cette épidémie est de loin la plus grave provoquée par le virus Ebola, puisque le taux de létalité est, d'après l'OMS, de 54 %.

Face à cette situation, la mobilisation des États est indispensable, car le travail remarquable réalisé par les ONG, et particulièrement par Médecins sans frontières (MSF), ne suffit plus. Vous avez décidé d'envoyer en Guinée cinq réservistes de l'Établissement de préparation aux urgences sanitaires (EPRUS), qui, conformément à ce qu'a annoncé le Président de la République, vont participer à la mise en place d'un centre de traitement qui devrait être opérationnel en novembre. Vous avez également pris l'initiative d'une réunion des ministres européens de la santé, qui s'est déroulée lundi dernier.

Avant de vous céder la parole, je souhaite, madame la ministre, vous demander des nouvelles de la bénévole de Médecins sans frontières rapatriée sur notre sol après avoir été infectée par la maladie.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. La jeune bénévole de MSF est hospitalisée à l'hôpital Bégin. Son état de santé s'améliore et nous sommes confiants.

Depuis la découverte du virus Ebola en 1976, au Soudan, une trentaine d'épidémies ont été identifiées dans sept pays d'Afrique subsaharienne. L'épidémie la plus importante

avant celle que nous connaissons aujourd'hui, est celle qui a touché l'Ouganda en 2000, avec 425 cas recensés et 200 morts.

Au printemps 2014, une épidémie de maladie à virus Ebola a été détectée en Guinée, grâce à l'expertise du centre national de référence de Lyon, le laboratoire de haute sécurité de niveau 4 Inserm-Pasteur. Le point de départ de l'épidémie, ce que l'on appelle le « cas index », pourrait être un enfant atteint dans la région de Gueckedou, dès décembre 2013, après avoir consommé des chauves-souris.

Désormais, nous avons à combattre une épidémie massive et inédite, qui a déjà touché près de 7 000 personnes et fait plus de 3 000 morts. C'est plus que toutes les épidémies précédentes et davantage que lors des épidémies de grippe aviaire et de coronavirus. Nous sommes aujourd'hui à un moment clé, confrontés à une épidémie d'une gravité exceptionnelle, qui progresse désormais de manière exponentielle : 150 cas par jour, 20 000 malades possibles d'ici à la fin octobre, 60 000 décès qui pourraient survenir dans les prochains mois. Une urgence de santé publique internationale a été décrétée le 8 août dernier.

Ebola est un virus de catégorie 4, donc à risque maximal : un malade diagnostiqué porteur du virus fait l'objet d'un signalement à l'Organisation mondiale de la santé dans les vingt-quatre heures, en application du Règlement sanitaire international. Le sous-type à l'origine de l'épidémie actuelle est le plus virulent. Le réservoir naturel du virus est mal connu ; il pourrait s'agir de chauves-souris ou de déjections infectieuses contaminant d'autres animaux de la forêt tropicale, notamment des mammifères comme les grands singes, chimpanzés et gorilles.

Le virus est transmis par contact direct avec le sang, les tissus ou les liquides biologiques – vomissement, diarrhée, urine – de personnes infectées, notamment lors des rites funéraires. Ces derniers ont un rôle particulièrement important dans la propagation de la maladie, car il est extrêmement difficile, pour des raisons culturelles, d'empêcher qu'ils soient pratiqués. Le virus se transmet également par la consommation de viande de brousse, d'animaux infectés.

Il n'y a pas de transmission respiratoire chez l'homme ; il y a donc peu de risque de contracter le virus lors d'un voyage en avion. L'incubation est de deux à vingt et un jours : durant cette période, le malade n'est pas contagieux. La contagiosité apparaît avec les symptômes et augmente avec le temps et la gravité des signes, lorsque surviennent vomissements et hémorragies.

La létalité observée est très élevée : plus de 50 %, avec des variations assez fortes selon les pays. Il n'existe ni vaccin ni traitement curatif antiviral efficace et disponible. Néanmoins, le traitement symptomatique, dès lors qu'il est administré en urgence, permet de réduire significativement la mortalité. Ce traitement comprend des soins intensifs, une réhydratation adaptée et une surveillance rapprochée. Des traitements expérimentaux sont actuellement testés pour être utilisés dès que possible.

L'épidémie peut être maîtrisée. Elle touche une vaste région peuplée, démunie et à très faible densité médicale. Le risque de propagation aux pays limitrophes est élevé. Il faut composer avec une difficulté majeure d'accès aux soins, un système de surveillance très insuffisant et une capacité de réponse modeste. En effet, de nombreux points faibles sont identifiés : les infrastructures sanitaires et la capacité à tracer les cas contacts sont très insuffisantes, en particulier au Liberia et en Sierra Leone mais aussi en Guinée forestière ; le

tri et l'orientation des patients sont inefficaces, tout comme le suivi des cas contacts ; il n'y a pas suffisamment de coordination, de formation des personnels et d'évaluation, puisqu'il n'existe aucune base de données centralisée ; le nombre de centres dédiés au traitement est insuffisant ; les équipes manquent de matériel d'hygiène : il n'y a, par exemple, pas de gants dans les hôpitaux publics au Liberia ; les professionnels de santé sont épuisés et très exposés – on recense parmi eux 395 cas de contamination et 211 décès –, et refusent de plus en plus de travailler dans ces conditions. J'ajoute ici que la situation devient également problématique pour les autres malades qui, soit contractent la maladie à l'hôpital, soit refusent désormais de s'y faire soigner. Il faut enfin souligner, d'une part, que les échanges transfrontaliers sont nombreux et les contrôles à l'embarquement encore insuffisants, d'autre part, que les mesures prises sont parfois contestées par les communautés traditionnelles.

Il faut donc accepter les mesures fortes de confinement de la zone touchée pour réduire les contacts et éviter la dispersion des foyers épidémiques. Il faut également isoler strictement les personnes malades et suivre au quotidien celles qui ont été en contact avec des malades, pendant trois semaines. Il faut également informer les populations des modes de transmission, car de nombreuses fausses rumeurs circulent. Il faut enfin mettre fin aux rituels funéraires à risque en organisant des inhumations rapides par des équipes formées et protégées.

La communauté internationale se mobilise car, comme l'a souligné le Président de la République, seule une très forte mobilisation internationale permettra la maîtrise de l'épidémie. Un centre opérationnel de crise pour l'Organisation des Nations Unies a été mis en place, sous la coordination du Dr David Nabarro, que j'ai déjà rencontré à deux reprises. Des moyens importants sont nécessaires : environ 1 milliard de dollars ainsi que 1 000 experts et 1 000 lits supplémentaires, selon l'ONU et l'OMS.

L'OMS a installé un poste de commandement à Conakry, et sa directrice générale, le Dr Chan, a rencontré les quatre chefs d'État de Guinée, de Sierra Leone, du Liberia et du Nigeria, même si, dans ce dernier pays, l'épidémie est aujourd'hui sous contrôle. Ils ont tous décrété l'état d'urgence sanitaire, et un cordon sanitaire a été mis en place autour de l'épicentre de l'épidémie, qui concentre 70 % des cas. Par ailleurs, les points d'entrée et de sortie du territoire sont davantage contrôlés.

L'OMS n'a jamais recommandé de restriction des voyages ou des échanges. Un filtre médical à l'embarquement, partiellement efficace, a été mis en place en avril. Face à l'aggravation observée, plusieurs compagnies aériennes ont suspendu leurs vols. La France, l'Allemagne et les États-Unis déconseillent les voyages non indispensables vers les pays touchés.

L'OMS demande l'envoi d'hôpitaux de campagne et l'organisation de procédures de rapatriement vers les pays occidentaux des humanitaires qui seraient contaminés sur place. Si nous voulons combattre l'épidémie, nous devons envoyer des personnels soignants sur place. Et pour que ceux-ci acceptent de se rendre là-bas, ils doivent avoir la certitude de pouvoir être rapatriés rapidement dans un pays occidental en cas de contamination. C'est grâce à ce type de procédure que nous avons pu rapatrier rapidement la jeune Française qui a contracté le virus Ebola au Liberia.

Les États-Unis ont engagé 750 millions de dollars et envoient un hôpital de campagne de vingt-cinq lits, ainsi que 3 000 militaires au Liberia. La Grande-Bretagne va

envoyer un hôpital de campagne de quatre-vingts lits en Sierra Leone. La Chine et Cuba envoient respectivement 160 et 450 personnels de santé en Sierra Leone.

La réponse européenne s'organise progressivement pour une régulation des rapatriements, pour définir l'accès aux traitements innovants et mettre en place des renforts. L'Union européenne a d'ores et déjà mobilisé 140 millions d'euros. Il faut souligner l'engagement de la France dans cette mobilisation, puisque nous avons été à l'initiative de deux réunions qui se sont tenues, l'une à Bruxelles, l'autre à Milan.

Notre pays a dégagé 9 millions d'euros pour permettre la création d'un centre de recherche de l'Institut Pasteur, par ailleurs déjà présent en Guinée depuis le début de l'épidémie. Elle répond à la demande guinéenne de création d'un troisième centre de traitement Ebola de plus de cinquante lits, qui sera définitivement installé en zone forestière à Macenta, début novembre et pour une durée de neuf mois, pour un coût d'environ 50 millions d'euros. Une mission de reconnaissance est partie le 17 septembre dernier. Ce centre fonctionnera en collaboration avec Médecins sans frontières, qui gère déjà un centre de tri à Macenta et transmettra son expérience et son dispositif de formation. C'est la Croix-Rouge française qui mettra en œuvre le centre, avec un important appui des services de l'État français. J'attire votre attention sur le fait que nous avons choisi d'aller là où l'on a le plus besoin de nous, à la demande de la Guinée et de MSF. Mais c'est une zone d'accès difficile, en plein milieu de la forêt, ce qui pose des problèmes logistiques considérables.

La France tient toute sa place dans la mobilisation internationale de la communauté scientifique. L'Institut Pasteur monte en urgence une *task force*, avec l'appui de son réseau international pour la recherche clinique et virologique. De nombreux experts français, membres de l'Institut Pasteur, du Centre national de référence de Lyon, de l'Inserm, du service de santé des armées, de MSF, de la Croix-Rouge française et de la fondation Mérieux, sont partis sur place afin de déployer des équipes mobiles avec l'aide de l'Union européenne. Par ailleurs, de nombreux volontaires français, recensés par l'EPRUS, sont partis ou prêts à partir pour des missions d'environ trois semaines sur place. Une première mission est partie pour la Guinée le 4 septembre dernier, afin de préciser les besoins sur place et de soutenir les autorités locales. Elle a été complétée, le 17 septembre, pour identifier plus spécifiquement la manière de mettre en place un centre de traitement à Macenta. À terme, le dimensionnement prévu est de vingt à vingt-cinq experts sur place, pour une période de plusieurs mois.

Nous avons d'emblée pris des mesures pour protéger nos concitoyens, notamment les personnes les plus exposées séjournant ou se rendant en zone épidémique. Les résidents français, les humanitaires et les voyageurs sont exactement recensés et reçoivent des conseils précis. Les voyages vers les pays touchés sont déconseillés. L'information des voyageurs a été renforcée par la remise de documents à l'embarquement, au départ et au retour. Un audit des procédures de contrôle sanitaire à l'embarquement est en cours, et des procédures médicalisées vont être mises en place pour les cas d'accident d'exposition au sang.

Sur le territoire français, une alerte nationale a été lancée immédiatement. Mes services ont rappelé, dès le mois d'avril dernier, à l'ensemble des établissements de santé français la conduite à tenir en cas de suspicion de maladie d'Ebola. La Direction générale de la santé a placé le centre opérationnel de réponse et de régulation des urgences sanitaires, le CORRUSS, en niveau d'alerte renforcé, et le plan « ORSAN Bio » a été activé. Une lettre a été adressée aux directeurs généraux des agences régionales de santé et aux préfets le 1^{er} août. Un nouveau message a été adressé aux établissements, avec les recommandations du Haut

Conseil de la santé publique et du groupe d'experts « Coordination du risque épidémique et biologique ».

Une procédure écrite a été diffusée le 6 août à toutes les compagnies aériennes et tous les aéroports, en lien avec la Direction générale de l'aviation civile. Le contrôle sanitaire à l'arrivée n'a pas été mis en place, compte tenu de la faible probabilité d'importation, de la complexité des vols multi-escales et du faible rendement des portiques de détection. Le contrôle attentif à l'embarquement est le plus important.

Le risque pour l'Europe reste limité et, à ce jour, aucune importation accidentelle du virus n'a été observée. L'élément clé est la surveillance épidémiologique. L'Institut de veille sanitaire (InVS) est en vigilance renforcée et coordonne l'ensemble des signalements. Il a été demandé à la Direction générale de la santé et à l'InVS de procéder à des retours d'expérience à chaque nouvelle alerte pour améliorer en temps réel le dispositif national d'alerte. À ce jour, 350 signalements ont été effectués auprès de l'InVS, dont dix ont été considérés comme des cas possibles. Ces cas dits possibles ont été testés, ils se sont tous révélés négatifs. Tout professionnel de santé, qu'il travaille en établissement ou en libéral, peut prendre contact sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec l'InVS, qui procède alors à un interrogatoire approfondi et à une analyse de la situation pour évaluer les risques de contamination par le virus Ebola.

L'analyse biologique est actuellement faite par le Centre national de référence des fièvres hémorragiques virales de Lyon, disponible sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Il a été demandé à ce centre de préparer l'exportation de la technique de confirmation biologique vers les laboratoires de virologie des CHU référents.

Pour la prise en charge, tout cas possible ou confirmé doit être hospitalisé dans un établissement de santé de référence. Le transfert se fait par SAMU, sous la responsabilité de personnels équipés de tenues de protection. Les examens biologiques ainsi que le nombre de contacts doivent être réduits au minimum. Une équipe d'intervention de l'EPRUS se tient prête avec deux caissons de confinement pour procéder à l'évacuation des malades vers ces établissements de santé de référence, qui sont au nombre de douze : les CHU de Bichat et Necker à Paris, de Lyon, Lille, Strasbourg, Marseille, Bordeaux, Rennes, La Réunion, Rouen, Nancy et l'hôpital d'instruction des armées Bégin. Tous ces établissements ont été analysés et inspectés. Ils sont opérationnels et pré-alertés pour un isolement de haut niveau de sécurité en maladie infectieuse ou en réanimation, avec une capacité respectivement de vingt-trois et dix-huit lits. Des efforts importants sont déployés pour la mise à niveau des laboratoires de biologie et pour l'harmonisation des équipements et procédures. L'hôpital d'instruction des armées Bégin est sanctuarisé pour le rapatriement d'un cas avéré ou la prise en charge d'un cas hautement probable.

Le 18 septembre, après avis de la Direction générale de la santé, de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé ainsi que des experts de l'Inserm, j'ai autorisé l'accès aux innovations thérapeutiques et permis aux prescripteurs d'avoir recours, le cas échéant, à quatre médicaments expérimentaux : le TKM, en provenance du Canada, le Z Mabs, proche du Z Mapp – autorisé mais actuellement indisponible – et le Favipiravir, développé au Japon. À l'occasion de cette crise majeure, la recherche avance à grands pas, et la France y tient toute sa place.

Comme vous le savez, une infirmière de MSF a été contaminée au Liberia et rapatriée le 19 septembre dernier. Elle est hospitalisée à l'hôpital d'instruction des armées

Bégin. Les médecins lui ont administré plusieurs traitements expérimentaux et son état clinique s'est nettement amélioré.

Les professionnels de santé étaient préparés puisqu'un important exercice en situation réelle a eu lieu, à ma demande, le 14 août dernier, qui a permis de tester la coordination des équipes, les équipements de protection et la fiabilité des circuits hospitaliers en isolement.

En conclusion, je souligne qu'aucune importation accidentelle n'a été détectée en France ou en Europe. L'accent est mis sur la surveillance épidémiologique, et la procédure de prise en charge des cas suspects est connue et maîtrisée par les douze établissements de santé de référence. À l'heure actuelle, le virus est en Afrique et il frappe fort. C'est là-bas que la communauté internationale doit se mobiliser pour maîtriser l'épidémie. La France apporte son savoir-faire à cette mobilisation et toute son expertise dans la recherche scientifique.

Mme Martine Pinville. Quels sont les résultats des traitements expérimentaux ? Est-il envisagé de les diffuser dans les pays où l'épidémie fait rage ?

Pour l'instant, cette épidémie touche les pays de l'Afrique de l'Ouest : peut-on craindre qu'elle se propage à d'autres pays d'Afrique ?

Mme Bérengère Poletti. L'ONU a qualifié cette grave crise sanitaire de menace pour la paix et la sécurité internationale. Les reportages sur le terrain montrent, en effet, que l'épidémie est loin d'être circonscrite, qu'il reste encore beaucoup à faire et qu'il est urgent que nous nous mobilisions. Pouvez-vous confirmer que les bénévoles et les professionnels de santé qui meurent des suites de la maladie représentent 10 % des victimes ?

Nous sommes heureux de savoir que l'infirmière bénévole rapatriée va mieux. MSF estime toutefois que son rapatriement n'a pas été assez rapide. Qu'en dites-vous ?

Ebola est-il un virus mutant, ce qui a des implications en termes de recherche ?

Vous avez évoqué les rites funéraires. J'ai cru comprendre qu'un cadavre était vingt fois plus contagieux qu'un malade. Il est donc indispensable de s'occuper des corps le plus rapidement possible. Quels moyens financiers mettons-nous pour cela à la disposition des pays touchés par l'épidémie ?

M. Olivier Véran. Je tiens à saluer l'action remarquable de Médecins sans frontières, qui est parfois le seul acteur international à intervenir rapidement et dans la durée sur les lieux de crise. C'est également l'honneur de la France de s'engager en Afrique pour lutter contre l'épidémie, avec des moyens matériels et humains.

Certaines prévisions font état de plusieurs dizaines de milliers de personnes contaminées d'ici à deux à trois mois, le pic de l'épidémie étant encore loin d'être atteint. Existe-t-il des modèles prédictifs permettant d'évaluer l'ampleur que prendra l'épidémie au moment de ce pic ? Dans cette perspective, la France envisage-t-elle, au-delà de l'envoi des missions EPRUS, des procédures de recrutement exceptionnel afin d'envoyer en Afrique, comme elle l'avait fait à La Réunion au moment de l'épidémie de chikungunya, des volontaires susceptibles de prêter main-forte aux professionnels qui interviennent dans le cadre de la mission française ?

M. Élie Aboud. Notre niveau d'expertise sanitaire lors de ces crises épidémiologiques aiguës et les capacités que nous sommes en mesure de déployer doivent nous faire relativiser le déclin de notre pays.

Vous avez parlé d'une contamination sécrétoire et non respiratoire, mais la contamination par l'eau et les aliments ne rend-elle pas les choses plus complexes, sans parler des mutations virologiques ?

L'Institut Pasteur avait-il connaissance de ce virus avant le déclenchement de l'épidémie, et des recherches étaient-elles déjà en cours ?

Enfin, pourriez-vous nous en dire davantage sur les rites funéraires ?

M. Richard Ferrand. Vous avez cité l'action que mènent en Afrique, pour venir au secours des populations en détresse, des pays comme les États-Unis, la Chine, Cuba, ou la France. Il semble néanmoins que la communauté internationale ait tardé à prendre la mesure de l'épidémie, et j'aimerais savoir s'il existe une action européenne coordonnée.

M. Gérard Sebaoun. Un article du *Lancet* sous forme de lettre ouverte aux gouvernements européens a pointé des mois d'inaction et de négligence de la communauté internationale face au fléau que représente ce virus. Les experts qui l'ont rédigé estiment que l'épidémie d'Ebola est loin d'être circonscrite en Afrique de l'Ouest et qu'elle pourrait déboucher sur une crise géopolitique. Cette situation ne met-elle pas en lumière le trop faible investissement des pays occidentaux pour améliorer les capacités sanitaires des pays concernés en dehors des périodes de crise aiguë ?

Mme Bernadette Laclais. Comment peut-on expliquer, alors que le virus a été découvert en 1976 et que nous avons connu depuis plusieurs épidémies, qu'aucune n'ait été aussi virulente que celle à laquelle nous sommes confrontés aujourd'hui ? Est-ce lié à l'accélération et à la multiplication des échanges ?

Mme Hélène Geoffroy. Vous déconseillez de se rendre dans les pays touchés par le virus sans motif impératif. L'ONU va plus loin, affirmant qu'on ne viendra pas à bout de l'épidémie si les compagnies aériennes continuent d'assurer la desserte de ces pays. Qu'en pensez-vous ?

Depuis sa découverte en 1976, le virus n'avait jamais provoqué autant de ravages. Comment expliquer aujourd'hui son retour en force ? Les laboratoires ont-ils entrepris de coordonner leurs recherches pour éradiquer la menace ?

Mme la ministre. Il a été clair dès le départ qu'il fallait agir sur deux fronts : sur le terrain et chez nous, où nous devons nous préparer à la prise en charge éventuelle de malades arrivant sur notre territoire. Afin de vérifier les conditions de cette prise en charge, je me suis rendue en personne à Roissy, le jour où a été annoncée l'arrivée par avion du premier malade susceptible d'avoir été contaminé par le virus Ebola – ce qui n'était finalement pas le cas. Depuis lors, d'immenses progrès ont été accomplis et nous avons formalisé les procédures.

Si l'épidémie actuelle a pris une telle ampleur, c'est d'abord que l'identification du premier cas en Guinée a été très tardive, laissant à la maladie le temps de se développer. On fait l'hypothèse aujourd'hui que le premier malade, l'enfant dont je vous ai parlé, aurait été contaminé en décembre 2013, alors que le virus n'a été diagnostiqué pour la première fois qu'en mars ou avril 2014.

Pour éviter la propagation de la maladie, il faut casser la chaîne de transmission, ce qui avait été possible lors des épidémies précédentes, puisque le virus avait été identifié dans des endroits précis où les autorités locales avaient pris de rigoureuses mesures de confinement. À la différence des épisodes précédents, le retard de diagnostic a permis cette fois-ci à la maladie de se répandre depuis la forêt vers les milieux urbains, ce que personne n'avait anticipé ; d'où sa progression extrêmement rapide. Il faut être franc : il est très probable que le nombre de cas est aujourd'hui sous-estimé. L'OMS évalue à 20 000 le nombre de personnes qui pourraient être contaminées d'ici à un mois et à 60 000 le nombre de décès dans les prochains mois, ce qui, compte tenu du taux de létalité, porte le nombre de malades à 120 000. Il y a donc urgence.

Les rites funéraires africains impliquent un contact physique avec le défunt, que sa famille entoure et caresse longuement. Bien qu'averties du risque élevé de contamination, les populations locales refusent souvent d'y déroger. C'est la raison pour laquelle il faut procéder, dès que cela est possible, à l'incinération des corps. En la matière, c'est la Croix-Rouge française qui est l'association référente.

Les soignants représentent en effet approximativement 10 % des victimes. Mais il s'agit des soignants locaux, qui opèrent sans les moyens de protection nécessaires, quand les personnels internationaux travaillent dans des conditions de sécurité très élevées.

Les délais de rapatriement de la jeune infirmière infectée par le virus ont donné lieu à une polémique à mon sens inutile. Nous avons été saisis de son cas le mardi à vingt heures, le plan de vol et les modalités d'évacuation étaient définitivement arrêtés à minuit ; la procédure de rapatriement a mis cinquante heures, soit une durée équivalente à celle du rapatriement des soignants américains, tandis que, quelques jours auparavant, le rapatriement en Allemagne d'un autre soignant avait mis soixante-dix-sept heures. Nous avons donc été aussi rapides que possible. Les associations souhaiteraient qu'un avion soit en permanence prêt à décoller pour procéder, le cas échéant, à un rapatriement. Nous travaillons dans cette perspective avec nos partenaires européens, afin de définir des procédures de rapatriement d'urgence. J'ai proposé la mise en place d'une rotation entre les différents pays européens, permettant d'assurer ce type de vol. À ce stade, aucune procédure n'a été mise en place, mais les échanges d'information existent néanmoins.

L'Union européenne n'a pas vocation à être directement opérationnelle. Elle doit, en revanche, servir d'instance de coordination entre les aides fournies par les différents États membres. Des fonds ont été débloqués pour cela, notamment grâce à l'impulsion donnée par la France, la communauté internationale ayant, il est vrai, tardé à se mobiliser.

La recherche sur le virus est antérieure à l'épidémie, elle se développe notamment à Lyon, au sein du laboratoire P4. Aujourd'hui, nous ne disposons pas des traitements expérimentaux en quantité suffisante pour pouvoir les administrer à la population africaine. En revanche, un essai clinique va être réalisé dans quelques semaines en Guinée, à l'initiative de l'Inserm sur le produit japonais, le Favipiravir. Il est encore trop tôt pour se prononcer sur l'efficacité de ces traitements expérimentaux, qui n'ont été testés que sur des cas isolés.

Nous nous inquiétons de la propagation de la maladie au Nigeria, qui semble aujourd'hui avoir maîtrisé l'épidémie, mais aussi au Sénégal, où les quelques cas diagnostiqués ont été contrôlés. Nous sommes évidemment extrêmement vigilants sur la progression de la maladie vers les pays francophones limitrophes, qui entretiennent avec la France des échanges réguliers, ce qui augmente les risques d'importation de la maladie sur

notre territoire. À ce jour cependant, l'épidémie reste circonscrite à la Guinée, à la Sierra Leone et au Liberia.

Il n'est pas possible de modéliser l'évolution de la maladie. Tout dépendra de notre capacité à enrayer sa propagation. En fonction de cette dernière, les schémas proposés par l'OMS et l'ONU sont très différents. Ce qui est sûr, en revanche, c'est que les projections les plus optimistes qui prévalaient il y a quelques semaines ne sont aujourd'hui plus de mise.

Les personnels que nous envoyons sur le terrain doivent être formés pour intervenir dans des conditions extrêmement difficiles et dans le respect absolu de toutes les règles de sécurité.

Isoler les pays touchés ne doit pas conduire à bloquer l'envoi de matériel ou de professionnels de santé, ni le rapatriement de ces mêmes professionnels. Nous privilégions donc la mise en place de contrôles extrêmement stricts au départ de ces pays et avons choisi de maintenir la desserte de Conakry par Air France.

M. Élie Aboud. Comment expliquez-vous que le Nigeria ait réussi à endiguer l'épidémie ? Est-ce lié au faible nombre de malades ou à l'organisation sanitaire du pays ?

Mme la ministre. Les rares cas de maladie au Nigeria ont été identifiés très rapidement, car l'épidémie s'était déjà développée dans les autres pays. Les autorités locales ont donc immédiatement mis en place des mesures de confinement. Le pays est par ailleurs doté de structures hospitalières de meilleure qualité que ses voisins. Il est donc essentiel que l'aide au développement permette, sur le long terme, aux pays africains de renforcer leurs structures hospitalières. C'est un de nos combats, qui passe par le développement d'une forte coopération interhospitalière, pour permettre une prise en charge locale autonome des malades. Force est de constater, cela étant, que, actuellement, l'état du système de santé dans ces pays interdit aux pouvoirs publics d'intervenir efficacement.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous vous remercions, madame la ministre, pour ce tour d'horizon complet de la situation aujourd'hui.

La séance est levée à dix-huit heures trente-cinq.



Informations relatives à la commission

La commission des affaires sociales a désigné :

– **M. Olivier Véran**, rapporteur sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 pour la branche « assurance maladie », en remplacement de M. Christian Paul, démissionnaire ;

– **M. Jean-Louis Touraine**, rapporteur pour avis sur le projet de loi relatif à la réforme de l'asile (n° 2182).

Présences en réunion

Réunion du mardi 30 septembre 2014 à 17 heures 30

Présents. – M. Élie Aboud, M. Gérard Bapt, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane, M. Rémi Delatte, M. Richard Ferrand, Mme Hélène Geoffroy, Mme Sandrine Hurel, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Bernadette Laclais, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Gilles Lurton, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Robinet, Mme Barbara Romagnan, M. Gérard Sebaoun, M. Olivier Véran

Excusés. – Mme Véronique Besse, M. Jean Leonetti, Mme Véronique Massonneau, Mme Dominique Orliac, M. Fernand Siré