

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Communication de M. Jean-Pierre Door, co-rapporteur,
sur l'avancement des travaux de l'Office parlementaire
d'évaluation des choix scientifiques et technologiques sur
la mutation des virus et la gestion des pandémies..... 2
- Présences en réunion 19

Mercredi
27 janvier 2010
Séance de 10 heures

Compte rendu n° 22

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

**Présidence de
M. Pierre Méhaignerie,
Président**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 27 janvier 2010

La séance est ouverte à dix heures.

(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la commission)

*La Commission des affaires sociales entend **M. Jean-Pierre Door**, co-rapporteur de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.*

M. le président Pierre Méhaignerie. L'ordre du jour appelle une communication de Jean-Pierre Door, sur l'avancement des travaux de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques sur un sujet qui va rester longtemps d'actualité : la mutation des virus et la gestion des pandémies.

Je rappelle que c'est l'ancienne commission des affaires culturelles, familiales et sociales qui avait saisi l'Office de la question de la mutation des virus, en juin dernier.

L'Office vous a désigné co-rapporteur sur cette étude, avec la sénatrice Mme Marie-Christine Blandin, qui regrette de n'être pas présente ce matin.

C'est en octobre 2009, lors de la présentation de l'étude de faisabilité que l'Office a décidé d'élargir le champ de la saisine et d'y rajouter la « gestion des pandémies ».

C'est dans le cadre de ces travaux que l'Office a organisé, le 1^{er} décembre, une audition publique sur le thème : « *Face à la grippe A(H1N1) et à la mutation des virus, que peuvent faire chercheurs et pouvoirs publics ?* » Cette audition publique a permis d'aborder deux questions : Comment peut-on ralentir la propagation des virus ? Comment peut-on garantir les bons choix dans la lutte contre des virus potentiellement dangereux ? Les débats ont permis un dialogue entre parlementaires, professeurs de médecine, chercheurs, réseaux de médecins, syndicats et représentants des autorités sanitaires : ministère de la Santé, Institut de veille sanitaire, Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Il m'a semblé utile que vous fassiez devant notre commission un premier bilan d'étape des travaux de l'Office, d'autant plus que vous rentrez des États-Unis et qu'il est toujours bon de compléter notre débat trop exclusivement hexagonal d'un regard sur l'étranger.

Monsieur Door, vous avez la parole.

M. Jean-Pierre Door, co-rapporteur de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques sur la mutation des virus et la gestion des pandémies. Le président de votre commission a saisi l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques d'une étude sur la mutation des virus, le 2 juin dernier.

Selon une procédure habituelle, l'Office parlementaire a désigné deux rapporteurs : Mme Marie-Christine Blandin et moi-même. Nous appartenons l'une au Sénat, l'autre à l'Assemblée, l'une à l'opposition, l'autre à la majorité.

De manière également habituelle, nous avons procédé à une étude de faisabilité, qui a conclu à la nécessité de modifier le titre du rapport, afin de lui conférer une plus grande

pertinence. L'Office parlementaire ayant suivi notre proposition lors de l'adoption de cette étude le 13 octobre, notre travail a porté sur la mutation des virus et la gestion des pandémies.

Un comité de pilotage a été constitué, composé des professeurs François Bricaire, Jean-François Delfraissy, Antoine Flahaut, Claude Le Pen, Bruno Lina, de M. Jean-Claude Manuguerra et de M. Didier Tabuteau.

Pour ce faire, nous avons procédé à plusieurs auditions de virologues, de médecins, de chercheurs en santé publique, mais aussi en sciences humaines et sociales. Certains d'entre eux font partie de notre comité de pilotage. Le 1^{er} décembre, nous avons organisé une audition publique sur le thème : « Face à la grippe A(H1N1) et à la mutation des virus, que peuvent faire chercheurs et pouvoirs publics ? ». Mme Blandin s'est ensuite rendue à La Réunion. Nous revenons d'une mission aux États-Unis, à Atlanta et Washington. Je suis allé également en Chine.

Le rapport d'étape, dont je vous présente aujourd'hui les grandes lignes, s'attachera au virus A(H1N1), non seulement pour des raisons liées à l'actualité, mais aussi parce que l'action publique qu'il a fallu engager pour s'en prémunir est révélatrice des problèmes posés par la mutation d'un virus.

Nous aborderons les autres virus dans notre rapport final, en nous attachant plus particulièrement à deux virus qui restent potentiellement dangereux : le H5N1, virus de la grippe aviaire, et le chikungunia, dont les séquelles sont encore fortes à La Réunion.

Je vous indiquerai les premières conclusions auxquelles nous sommes parvenus et sur quels thèmes nous envisageons de faire des propositions. Le texte que m'a envoyé Mme Blandin portera essentiellement sur la communication publique depuis le début de la pandémie.

Tout d'abord, qu'avons-nous appris sur les virus, leurs mutations en général et les travaux scientifiques qu'ils suscitent ?

Les virus sont nombreux et mutent constamment, de façon totalement imprévue et aléatoire. Ces mutations sont parfois bénignes ou sans grande incidence. À l'inverse, elles sont parfois beaucoup plus importantes et leurs effets peuvent être la source de nombreuses complications. Il convient de parler tant des êtres humains que des animaux, car les virus peuvent se transmettre d'une espèce à l'autre. On parle alors de franchissement de la barrière d'espèce, ce qui s'est produit pour le virus H5N1 de la grippe aviaire et plus récemment pour le virus de la grippe A(H1N1). Dans ces deux cas, il y a eu recombinaisons de virus préexistants et mélange de virus entre oiseaux et hommes dans le premier cas, entre oiseaux, hommes et porc dans le second. Le taux de mutation des virus varie de 1/10 000 à 1/100 000 des cas infectés. Le nombre de mutations est donc plus élevé que l'on pense. Ces mutations posent des problèmes différents selon le degré d'infectiosité et de danger du nouveau virus, surtout si sa nouveauté rend inefficace les vaccins préexistants.

Comment les scientifiques font-ils face à ces mutations ?

Les chercheurs ne peuvent pas prévoir ces mutations, mais ils peuvent les constater et les identifier, ce qui leur permet de définir la structure des nouveaux virus.

C'est ainsi que l'on sait que les virus de la grippe peuvent être de classe A ou de classe B et être distingués en fonction de leurs composantes en hémagglutinine – le H – et en

neuraminidase – le N –. 25 différentes combinaisons de H et de N ont été jusqu'à présent identifiées.

Les recherches que mènent l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'Institut national de la recherche agronomique (INRA), les instituts Pasteur, le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et de nombreux laboratoires universitaires portent sur la structure des virus, sur leurs relations avec les cellules qu'ils infectent et sur la manière de lutter contre leurs effets. Les mêmes recherches pointues sont entreprises au *National Institute of Health* (NIH) américain de Washington où le virus est suivi de manière constante, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, comme nous avons pu le constater.

La recherche appliquée porte sur la définition de nouveaux vaccins et de nouvelles techniques de production de vaccins, le renforcement de leur efficacité, en y ajoutant éventuellement des adjuvants, et la définition de nouveaux médicaments antiviraux.

De nouveaux thèmes sont abordés, et notamment l'acceptabilité du vaccin et de la vaccination par la population, car si celle-ci n'est pas convaincue de l'utilité de se faire vacciner, l'efficacité de toute campagne de vaccination sera nettement plus faible. Il en est de même de la gestion des pandémies par les pouvoirs publics.

J'insisterai tout particulièrement sur ces nouveaux thèmes et sur l'élaboration de nouveaux vaccins et de nouveaux antiviraux.

Quelles premières conclusions pouvons-nous tirer ?

Ces conclusions, qui vont toutes concerner le virus de la grippe pandémique actuelle, portent sur 4 points : le contexte dans lequel les pouvoirs publics ont pris les décisions qu'ils estimaient à l'époque les plus rationnelles ; les méthodes permettant d'évaluer la gravité de la situation ; les choix possibles lors de la production des vaccins ; les réflexions posées par l'utilisation des antiviraux, tel le *Tamiflu*.

La question essentielle n'étant pas de prédire si un virus va muter, mais de se prémunir de ses effets, le premier problème à résoudre est de savoir quelle réponse les pouvoirs publics peuvent et doivent rapidement élaborer.

Une constatation s'impose : les réactions à l'apparition en avril du nouveau virus grippal A(H1N1) ont été fortement influencées par les enseignements que nous avons tirés de la grippe aviaire.

Les nouvelles provenant du Mexique et relayées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) étaient alarmistes : ce virus était mortel et s'attaquait à des catégories d'âge généralement épargnées lors des gripes saisonnières. Il se propageait rapidement. Les souvenirs du SRAS, de la grippe aviaire, comme celui de la canicule, étaient présents dans tous les esprits des décideurs, qui ont craint que ce virus soit à la fois dangereux et très infectieux, et qui étaient particulièrement soucieux de réagir en temps utile. Les réflexions menées lors de la grippe aviaire ayant débouché sur un plan officiel de lutte contre une pandémie, les autorités publiques ont alors décidé de s'en inspirer et de mettre en œuvre ses dispositions, qui sont modulables en fonction de la gravité de la situation. Ces décisions, inspirées des principes de précaution et de prévention, sont été prises dans un contexte mondialisé, marqué par les déclarations de l'Organisation mondiale de la santé, confirmées

par les observations de plusieurs États et des échanges d'information au sein de l'Union européenne

Le calendrier des événements est fondamental, si l'on veut comprendre comment les décisions des autorités sanitaires ont été prises.

L'alarmisme des premiers jours a été suivi d'une phase d'observation qui a conduit l'Organisation mondiale de la santé à déclarer un état de pandémie de niveau 6 – le niveau le plus élevé de son plan – le 11 juin. La France, pour sa part, a alors décidé de mettre en œuvre des mesures correspondant à un niveau inférieur de gravité, le niveau 5, afin de ne pas limiter inutilement les libertés publiques et les transports, tout en se laissant la possibilité d'élever son niveau de réaction si nécessaire.

Mi-juillet, il était décidé de recourir à la médecine de ville et non à l'hôpital pour traiter les patients ne présentant pas de formes graves de la grippe, afin de limiter les risques d'encombrement. À l'époque, les scientifiques estimaient qu'un nouveau vaccin devrait être administré en deux doses, pour assurer son efficacité. Les pouvoirs publics décidaient qu'il fallait pouvoir vacciner tous ceux qui le désireraient. Au vu des informations disponibles sur la diffusion et la contagiosité du virus, ils estimaient qu'il fallait envisager de vacciner les deux tiers de la population française. C'est ainsi qu'il a été décidé de commander 94 millions de doses de vaccins. Ces commandes ont été faites à partir de prévisions, dans un environnement totalement incertain.

Les souches vaccinales avaient été identifiées dès la fin avril en Californie sur deux enfants, mais les laboratoires contactés ne savaient pas encore quelle serait l'efficacité de leurs vaccins et à quelle date ils pourraient les livrer. Avec le recul, il est du reste très frappant de constater que certains laboratoires ont mis beaucoup plus de temps qu'ils ne l'avaient imaginé à produire leur nouveau vaccin grippal. Le vaccin conçu en Chine l'a été en 87 jours à partir d'un essai clinique randomisé, en double aveugle, initié le 27 juillet dans sept provinces en incluant 13 000 personnes, et a démontré son efficacité et sa sécurité (les résultats obtenus ont été publiés dans le *Lancet*). Le vaccin produit par neuf laboratoires a été autorisé début septembre par l'administration nationale. La Chine est le premier pays au monde à vacciner : 100 millions de doses ont permis de vacciner 40 millions de personnes.

S'agissant de la France, les contrats n'ont pas été publiés à l'époque. Ils sont maintenant disponibles. Seuls les éléments relevant du secret industriel ou commercial restent confidentiels. Tous ces contrats ont porté sur des vaccins avec adjuvants. Les adjuvants permettent d'assurer une plus grande protection et de diminuer les doses de produits vaccinaux nécessaires pour produire la même quantité de vaccin. Nous avons pu examiner, comme Gérard Bapt, les quatre contrats signés par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.

Il n'est pas décidé à ce moment-là de recourir à la procédure d'urgence possible pour accélérer le processus d'autorisation de mise sur le marché qui relève de la Commission européenne et de l'Agence européenne du médicament, contrairement à ce qui s'est passé aux États-Unis.

À partir de la fin août, plusieurs circulaires sont élaborées pour organiser la vaccination. La coordination interministérielle mise en place donne plus d'importance au ministère de l'Intérieur qu'à celui de la Santé. Il en résulte des décisions qui entraîneront des

réactions négatives des professionnels de santé et des réactions très diverses dans la population, qui se sont du reste modifiées au fil du temps.

C'est ainsi qu'il est décidé d'organiser la vaccination dans des centres dédiés, de l'ouvrir dans un premier temps aux catégories jugées prioritaires, et de la réserver aux personnes qui auraient sur cette base reçu un bon de vaccination. Les médecins traitants ne pouvaient pas vacciner eux-mêmes leurs patients.

La logique qui a prévalu s'est fondée sur une situation de pénurie : l'on savait que les vaccins ne seraient disponibles que tardivement, ce qui a conduit à une autre décision ayant des conséquences importantes sur l'organisation de la vaccination : les vaccins seraient présentés par lot de dix doses, ce qui a impliqué d'utiliser un conservateur, le thiomersal, critiqué par certains. Aux États-Unis, les vaccins ont été fournis en vrac et par doses de 100.

Le *National Institute of Health* américain ne signalait que fin septembre qu'une seule dose de 15 microgrammes suffisait à donner un taux correct d'immunoprotection après injection sur 5 000 personnes. La *Food and Drug Administration* (FDA) donnait alors son accord et, le 20 novembre, l'Agence européenne assurait à son tour, qu'une dose suffisait.

Nous avons aujourd'hui plus de recul. Nous avons constaté que la population a changé plusieurs fois de comportement au fil du temps : d'abord incertaine, puis niant la gravité potentielle du virus, puis souhaitant pouvoir se faire vacciner même sans avoir reçu de bon de vaccination, lorsque l'on apprenait que le virus avait muté en Norvège, et de manière plus récente, devenant indifférente.

Le retour à la normale prévaut depuis le début de cette année, dans un contexte où il apparaît que le nombre de personnes vaccinées est nettement inférieur à ce qui avait été prévu : 5,6 millions de français se sont fait vacciner, contre 60 millions en Chine, 20 % de la population aux États-Unis et 60 % en Suède et au Canada...

Aurait-il fallu organiser la vaccination différemment ? Aurait-il fallu associer les professionnels de santé à la définition de la politique mise en place, comme lors du H5N1 ? Aurait-il fallu permettre aux médecins de ville de vacciner eux-mêmes, comme en Belgique ? Ne faudrait-il pas réécrire le plan pandémie ? Ce sont de vraies questions sur lesquelles je reviendrai.

Toutes ces questions dépendent de la manière dont on peut évaluer la gravité de la situation. Or, la grippe A(H1N1) a entraîné une évolution importante des méthodes que l'on peut utiliser à cette fin.

La veille et la surveillance sanitaires sont organisées en France par l'Institut national de veille sanitaire, qui travaille étroitement avec les réseaux Sentinelles de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les groupements régionaux d'observation de la grippe – les GROG –, SOS Médecins et les services d'urgence sanitaire. L'Institut de veille sanitaire (InVS), dont l'efficacité doit être relevée, est en relation constante avec les organismes semblables des principaux pays étrangers, le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) d'Atlanta, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies de Stockholm et l'Organisation mondiale de la santé.

La grippe A(H1N1) a d'ores et déjà entraîné deux évolutions extrêmement intéressantes : un rapprochement entre le réseau Sentinelles et les groupements régionaux

d'observation de la grippe ; mais aussi la recherche de nouvelles méthodes d'appréciation de l'étendue d'une pandémie. C'est ainsi qu'une corrélation curieuse a été trouvée entre l'extension de la maladie et le nombre de connexions à *Google* traitant du virus. C'est ainsi que des études sérologiques, faites sur un nombre significatif de femmes enceintes, a montré que cinq fois plus de personnes qu'on ne l'avait imaginé avait été atteintes par le virus pandémique, souvent sous des formes bénignes ou insoupçonnées

Nul doute que dans l'avenir, on apprécie l'étendue d'une pandémie à travers ces nouveaux indicateurs.

Les techniques de production des vaccins évoluent et l'espoir apparaît de trouver un vaccin durable et plurivalent.

Les vaccins sont habituellement produits à partir d'une culture sur embryons d'œuf de onze jours, ce qui pose le problème de l'approvisionnement en œufs et de leur qualité. Mais, ils peuvent aussi être produits à partir de culture cellulaire, ce qui a été le cas du vaccin livré en France par Baxter.

Les vaccins sont généralement produits à partir de virus inactivés. Mais, le vaccin le plus populaire aux États Unis a été produit sous forme de spray nasal grâce à des virus faiblement activés. Il est encore trop tôt pour évaluer si cette méthode présente ou non des inconvénients, le virus pouvant en théorie redevenir plus actif, ce qui ne s'est pas encore produit.

Dans l'Union européenne, où l'autorisation de mise sur le marché dépend de la Commission européenne sur recommandation de l'Agence européenne du médicament de Londres, tous les vaccins ont été produits en utilisant des adjuvants. Ceux-ci sont parfois critiqués à cause du mercure, de l'aluminium ou du squalène qu'ils comportent. Aux États-Unis, où l'on suit particulièrement le lien entre vaccination et le syndrome de Guillain Barré, aucun vaccin n'a été adjuvanté, comme c'est la tradition depuis toujours pour les vaccins contre la grippe. Les autorités sanitaires américaines n'excluent toutefois pas de recourir à l'utilisation d'adjuvants si cela s'avérait nécessaire, pour pouvoir produire plus de vaccins ou pour leur conférer une efficacité plus large. Elles ont à cette fin stocké des adjuvants.

Dans l'instant, les vaccins fournis ont une pérennité de 18 mois.

L'efficacité et les limites des médicaments antiviraux disponibles apparaissent beaucoup mieux, et la recherche sur de nouveaux antiviraux doit devenir prioritaire.

Deux seuls antiviraux sont efficaces contre le virus A(H1N1) : le *Tamiflu* et le *Relenza*. Mais, dans la pratique, c'est le *Tamiflu* qui est utilisé.

On savait que le *Tamiflu* n'était efficace que dans les premières 48 heures de l'infection. De nombreuses questions se sont posées sur son utilisation à titre préventif, ce qui a été fait en Grande Bretagne, au risque de développer des résistances. Hormis quelques cas, ces résistances ne sont pas encore apparues.

De nouveaux antiviraux sont actuellement testés aux Etats-Unis. La recherche avance, mais elle devra être soutenue tant est grand l'intérêt d'un antiviral efficace.

Que souhaitons-nous d'ores et déjà proposer ?

L'organisation de la lutte contre une pandémie doit être réétudiée au regard des enseignements de cette grippe pandémique et de l'expérience américaine.

Cette organisation peut être améliorée. L'exemple américain des *Centers for Disease Control and Prevention* et de leur *Task Force* mérite d'être étudié.

Le nombre de personnes mobilisées par la mise en œuvre de la surveillance et de la lutte contre la grippe, de même que par la communication et l'élaboration de messages ciblés, est impressionnant.

L'organigramme des services concernés est précis, ce qui permet d'aboutir à une coordination efficace des centaines de personnes concernées.

Le plan pandémie doit être réécrit et débattu. Malgré ses différentes phases, il est trop rigide lorsque le degré de danger augmente. Il faudrait prévoir davantage de phases intermédiaires et le rendre plus flexible.

Il faudra aussi prendre le temps du débat, qui permettra de prendre conscience de la complexité des actions à mettre en œuvre, et d'entraîner une adhésion plus grande de tous les acteurs de la chaîne médicale.

La recherche, tant médicale que sociale sur les pandémies, les virus, les vaccins et les antiviraux doit être financée à un niveau suffisant. Ce n'est pas forcément ce qui se passerait en l'absence de recommandation forte. Le danger est en effet grand que d'autres priorités apparaissent. L'importance de ces crédits doit être une évidence. Ce n'est pas le cas actuellement. L'Agence nationale de la recherche aurait par exemple été réticente à financer la recherche sur le nouveau virus, qui n'entraîne pas dans le cadre de ses priorités à l'époque.

La communication sur une situation pandémique doit être conçue de manière différente. Le texte de Mme Blandin indique quelques pistes de réflexions, qui découlent notamment de la mission que nous avons effectuée aux États-Unis :

« Lorsqu'on veut motiver toute une population pour la vaccination, il faut avoir une stratégie de communication transparente et cohérente, ce qui n'a pas été le cas. En voulant gagner du temps, les autorités de santé se sont précipitées pour des arbitrages en cercle restreint et des commandes massives, et elles se sont trop inspirées du plan autoritaire H5N1.

Au contact du réel (virus moins dangereux que prévu, mais morts en détresse respiratoire d'enfants et de jeunes femmes enceintes), la communication n'a pas suivi une ligne constante. Les Français ont eu successivement trois messages différents : au début, de danger maximal et de nécessité vitale de se faire vacciner ; puis, de risque majeur pour les personnes sensibles et les enfants, et de nécessité solidaire de se faire vacciner, pour protéger les autres ; enfin de normalisation à partir de janvier, en soulignant la nécessité de renégocier les contrats avec les laboratoires, en indiquant que les bons de vaccination n'étaient plus nécessaires et en annonçant la prochaine fermeture des centres de vaccination.

Les autorités ont voulu suivre de trop près le plan H5N1 et économiser du temps. Il en est résulté qu'elles n'ont pas entamé l'indispensable débat public, qui aurait pu améliorer les décisions, répondre aux exigences démocratiques (garanties d'indépendance des conseillers, d'éradication des intérêts liés), et créer la confiance.

Les États-Unis ont eu une approche plus pragmatique. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont en effet mis en œuvre une stratégie de communication et de prise en compte de l'opinion publique beaucoup plus importante.

C'est pour des raisons administratives d'autorisation de mise sur le marché, mais aussi pour rassurer la population défiante qu'il n'a pas été utilisé d'adjuvant.

Les Centers for Disease Control and Prevention ont mis en place une véritable Task Force pédagogique et interactive avec des virologues, des médecins et des professionnels de la communication. Toutes les cibles à informer ont été inventoriées et des messages adaptés créés. Tous les canaux sont utilisés (Twitter, You Tube, Face Book, mails, blogs, webcast, journaux, entreprises, etc.). Les informations fausses, les défiances, les questions sont systématiquement repérées et font l'objet de nouveaux arguments. »

Pour conclure, je ferai cinq remarques :

– il est difficile de faire du prévisionnel tant les virus sont imprévisibles car ils circulent toujours ;

– aucun pays n'a parfaitement maîtrisé le processus de lutte contre la pandémie, car c'est une crise complexe qui a surtout nécessité d'anticiper et de ne prendre aucun risque ;

– peut-être les modèles de prévision se sont-ils avérés faux ; peut-être aussi, existe-t-il un fossé entre les experts, les autorités et le terrain ; cela pourrait expliquer les observations critiques dont on entend l'écho dans notre pays et maintenant en Europe ;

– si l'on n'avait pas agi comme l'a fait le gouvernement et si l'on avait eu un million de décès, on aurait dit que ce n'était pas assez ; mais si l'on avait agi comme l'a fait le gouvernement et si rien ne s'était passé, on aurait alors crié au gâchis ; où se trouve le bon équilibre dans un environnement incertain ?

– la question majeure qui s'impose est de savoir comment construire la confiance face à des risques qui un jour ou l'autre ne seront plus anodins.

Ce qui est préoccupant aujourd'hui, c'est la suite. Il faut persévérer dans les mesures de prévention et d'hygiène. En matière de stratégie vaccinale, il faut se concentrer sur la nécessité de viser des personnes particulièrement vulnérables. Mais, pour finir sur une note positive, on ne peut que se féliciter d'avoir eu la chance de disposer d'un vaccin efficace et d'un médicament actif contre le virus.

M. le Président Pierre Méhaignerie. Les conclusions de Jean-Pierre Door, qui pointe clairement les nombreuses incertitudes entourant ces questions, doivent nous inciter à rester modérés dans notre expression.

Mme Catherine Lemorton. M. le Président nous a invités à ne pas nous placer exclusivement dans une perspective « franco-française ». Sans pour autant se laisser aller à un repli nationaliste, il est toutefois difficile de ne pas raisonner par rapport à notre propre modèle. Il faudra ainsi essayer de déterminer quel est le juste milieu entre le trop et le trop peu, mais d'ores et déjà, il est évident qu'il était arithmétiquement impossible de pratiquer deux injections sur toute la population française sans la participation des médecins généralistes, même en six mois.

Comment et sur quel panel les chiffres communiqués par le co-rapporteur en matière de mutation du virus ont-ils été établis, alors que l'on ne pratiquait plus de tests ? De même, vous avez parlé des essais randomisés du vaccin chinois effectués sur un panel de 13 000 personnes. La question que nous posons depuis le début et à laquelle nous n'avons pas de réponse est celle-ci : combien d'essais ont-ils été effectués sur les vaccins autorisés en Europe plus particulièrement sur les moins de 15 ans, population pour laquelle on sait qu'il n'est pas possible, à la différence des autres tranches d'âge, de procéder à des extrapolations, puisqu'ils ne sont pas concernés par la vaccination contre la grippe saisonnière ? Jean-Pierre Door a également rappelé que l'étude d'un panel de femmes enceintes avait fait apparaître une proportion importante de cas asymptomatiques. Ce n'est pas une surprise car, dès septembre dernier, des épidémiologistes, tels le professeur Antoine Flahaut, estimaient que 40 % des porteurs du virus ne développeraient pas la maladie. Par ailleurs, il est important que la pharmacovigilance soit prolongée dans le temps, notamment pour les enfants de moins de 6 ans, puisque le vaccin contre la grippe se rajoute aux nombreux vaccins qui leur sont déjà administrés par ailleurs.

S'agissant des antiviraux, même si la fiche du *Tamiflu* a été revue en octobre dernier par la Haute Autorité de santé, il n'a jamais été indiqué pour une utilisation à titre préventif. Même contre la grippe saisonnière, le *Tamiflu* est très peu utilisé. Pourquoi donc avoir demandé à la mi-décembre, aux médecins de le prescrire ? Au demeurant, les services d'urgence que j'ai interrogés estiment que son efficacité n'est pas suffisante pour en prévoir une prescription générale et ils n'en ont que quelques boîtes en stock.

J'aimerais entendre le ministre de l'intérieur à propos de la fermeture des centres de vaccination. Cela va désormais soulever de nombreux problèmes, notamment pour les collectivités territoriales – comme Toulouse – qui ont recruté des personnels par contrats aidés jusqu'en juin, comme il était prévu initialement. Cela va poser un problème social pour la mairie employeur.

Enfin, le rôle des experts autour de la ministre ou de l'Organisation mondiale de la santé a manqué de transparence et a donc suscité une réaction de suspicion dans l'opinion tout à fait compréhensible, dommageable pour l'avenir.

M. Jean-Pierre Door. Bien que n'étant pas spécialisé en virologie, je vais néanmoins tenter de vous répondre le plus précisément possible. Pour ce qui est du nombre de mutations, elles ont été constatées par les virologues, qui se fondent sur des modèles mathématiques éprouvés.

S'agissant des tests sur les vaccins aux États-Unis, l'analyse d'un panel de 5 000 personnes a permis d'affirmer que le taux d'immunisation de la population pouvait être considéré comme suffisant.

Conçu pour la grippe H5N1, notre modèle de lutte contre la pandémie a dû être adapté et tous les enseignements que nous tirons de la situation actuelle doivent servir à préparer l'avenir et faire évoluer ce plan.

Le *Tamiflu* contribue sans doute à réduire le taux de mortalité, notamment s'il est utilisé dans les premières 48 heures. C'est ce que nous disent les spécialistes.

M. Jean-Luc Prével. L'exposé de Jean-Pierre Door est intéressant, notamment en ce qu'il rappelle les questions qui se posaient à nous dès le printemps dernier. Il y a une réelle

interrogation sur le rôle des experts de l'OMS dans l'appréciation de la gravité de la pandémie. Une étude récente montre, en effet, que 10 % seulement des personnes ont développé une forme symptomatique de la maladie, ce qui correspond tout à fait à la proportion d'ictères que j'ai moi-même été amené à constater en cas d'hépatite A.

Le plan de lutte contre la pandémie a été mis en œuvre depuis juin, mais nous observons aujourd'hui que seuls 5,6 millions de Français ont été vaccinés. Or, un tel résultat ne peut être considéré comme satisfaisant. Dès lors, quels ont été les rôles du ministère de l'intérieur et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ? Comment les salles et les professionnels de santé ont-ils été réquisitionnés pour mettre en place les centres de vaccination ? Pourquoi des internes ont-ils parfois été appelés, alors que c'est sur eux que repose au premier chef le fonctionnement des services hospitaliers ? Comment la communication à destination de nos concitoyens a-t-elle été définie, alors même que ceux qui s'opposent par principe à toute vaccination ont retrouvé une visibilité médiatique à cette occasion ? Pourquoi les professionnels libéraux ont-ils longtemps été écartés du dispositif ? Pourquoi un conditionnement par flacons de dix doses a-t-il été choisi ? Dans la mesure où un médecin voit plus de dix patients dans une journée, cela ne me semble pas, en tout état de cause, un obstacle insurmontable. Il faudra répondre à toutes ces questions si l'on veut agir de façon plus efficace la prochaine fois.

M. Jean-Pierre Door. Poursuivant ses travaux, l'Office souhaite pouvoir rencontrer les dirigeants de l'OMS dans les semaines à venir. Les missions dévolues à l'EPRUS sont définies par la loi et sont actuellement limitées, M. Didier Houssin, directeur général de la santé, que j'ai rencontré, se dit ouvert à ce que l'établissement puisse se voir confier des responsabilités en matière de recherche, de modes de vaccination, *etc.* comme c'est le cas depuis 2007 de son homologue nord-américain, la Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA), suite à l'épidémie de grippe H5N1.

Les centres de vaccination relèvent des préfets et du ministère de l'intérieur. Il y a effectivement eu des dysfonctionnements réels et des réquisitions malencontreuses, de telle sorte qu'il faut analyser l'organisation de la lutte contre la pandémie depuis le niveau central jusqu'au terrain. Mais, il est clair qu'il faut tenir compte de ce que notre système sanitaire et administratif est différent de celui des autres pays. Ainsi, aux États-Unis, les médecins ne participent pas au processus de vaccination et les professions paramédicales peuvent vacciner partout, y compris dans les drugstores ou les lieux publics, alors qu'en France, l'appréciation différente des précautions à prendre dans ce domaine s'oppose à ce que l'on puisse recourir à des modalités aussi largement ouvertes. En Suède, le système est également différent du nôtre.

M. Élie Aboud. On sait que l'adhésion à une vaccination se fait en trois temps et que c'est le temps initial qui est le plus important. Force est de constater qu'il y a eu un échec sur ce temps initial. Le corps médical s'est vu dépossédé de sa relation avec ses patients. La ministre s'en est expliquée, je n'y reviens pas. Mais, on a vu que les scientifiques se sont exprimés de façon divergente. Il est par exemple désormais avéré que le syndrome de Guillain-Barré ne résulte pas du vaccin, mais de la grippe elle-même. Par ailleurs, le *Tamiflu* n'est plus utile face aux mutations du virus, mais le vaccin, quant à lui, demeure-t-il efficace face aux mutations ?

M. Jean-Pierre Door. Les cinq ou six centres de référence mondiaux (Stockholm pour l'Europe, Atlanta, Chine, ...) surveillent en permanence les virus, y compris le virus H5N1. La vaccination est aujourd'hui efficace, car le taux de séroprotection après

administration du vaccin est encore jugé satisfaisant. Celui-ci restant valable durant dix-huit mois, la stratégie de vaccination doit donc être poursuivie, notamment en raison de la perspective de secondes vagues de la pandémie tant dans l'hémisphère sud au printemps que dans l'hémisphère nord à l'automne prochain. Il faut donc poursuivre nos efforts, mais avec l'ensemble de la chaîne médicale.

M. Gérard Bapt. Je suis heureux de constater que, après avoir été accusés par la ministre de la Santé d'être responsables de l'échec de la campagne de vaccination, Jean-Pierre Door se pose les mêmes questions que celles nous nous posons depuis plusieurs mois.

Permettez-moi de débiter par une anecdote, que j'estime particulièrement éclairante. Un centre de vaccination situé dans ma circonscription a perdu son stock de vaccins en raison d'un problème technique. Les services de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, immédiatement alertés, se sont montrés rassurants en expliquant qu'il en restait en grand nombre !

J'en viens maintenant à ma question. Pourquoi le Gouvernement, qui prétend avoir suivi l'avis des experts, a-t-il fait le choix de commander des vaccins en surnombre à la mi-juillet, alors même que dans son avis du 8 juillet 2009, le Haut Conseil de la santé publique déclarait qu'une campagne de vaccination des personnes âgées de 5 à 50 ans serait plus efficace que la vaccination de l'ensemble de la population ? Pourquoi la décision politique du Gouvernement n'a-t-elle pas tenu compte de l'avis des spécialistes ?

Par ailleurs, il nous faut réfléchir à l'équilibre entre les principes de précaution et d'équité qui n'a pas été suffisamment respecté au cours de cette campagne de vaccination. Le principe de précaution ne doit pas se transformer en principe de protection juridique de la ministre. La ministre nous a expliqué que l'éthique commandait de proposer la vaccination à tout le monde. Certes, mais ce raisonnement peut s'inverser : le niveau élevé de nos commandes a réduit la part des pays les plus pauvres.

S'agissant de la stratégie vaccinale, je renvoie aux conclusions de la mission sur la grippe aviaire, selon laquelle la vaccination de 30 % de la population suffisait à protéger d'une pandémie. Ce sera la question de fond.

Enfin, vous avez abordé le problème du retard pris par la France en matière de recherche épidémiologique et de lancement des cohortes. Permettez-moi de rappeler que les causes en sont principalement financières et matérielles. Certaines agences n'ont pas suffisamment de personnel pour remplir leurs missions. C'est plus un problème de fonctionnement que d'investissement proprement dit, ce qui limite l'impact de la contribution annoncée du grand emprunt.

M. Jean-Pierre Door. Cher collègue, rappelons tout d'abord qu'en juin 2009, certains pays, tels que le Canada, se sont inquiétés d'une éventuelle pénurie de vaccins. Le Gouvernement a donc fait le choix de la prudence dans ses commandes, dans l'hypothèse d'une vaccination des deux tiers de la population française, à raison de deux doses par personne. Je rappelle par ailleurs que les anglais ont commandé 132 millions de vaccins et les allemands 50 millions. La France se situe donc dans la moyenne. Ce n'est qu'après que l'on a constaté que l'on utiliserait moins de vaccins, en raison du passage à une seule dose et de la protection naturelle d'une partie de la population.

J'ajoute que quatre cohortes sont l'objet de recherches approfondies par l'INSERM. Une cohorte CoPanFlu composée de 1 000 ménages tirés au sort, une cohorte CoFluPreg composée de 2 000 femmes enceintes, une cohorte FluHop composée de 180 personnels hospitaliers et enfin une cohorte Fluco composée de 1 500 patients atteints de la grippe A (dont un tiers a eu des formes graves).

M. Denis Jacquat. J'ai personnellement assisté à la réunion au Conseil de l'Europe au cours de laquelle M. Wolfgang Wodarg a accusé l'OMS d'avoir semé la panique en raison des liens existants entre ses experts et les industries pharmaceutiques. M. Wodarg est résolument hostile aux financements croisés publics-privés et estime que les experts ne doivent être rémunérés que par des fonds publics. J'ai exprimé mon scepticisme quant à cette version des faits, car je crois à l'indépendance des experts de l'OMS. Je note que ce débat est encore faible en France. Avez-vous étudié la situation dans notre pays ? N'oublions pas de plus la force de la tendance « anti-vaccination » parmi les parlementaires britanniques et de l'opposition aux industries pharmaceutiques chez certains parlementaires suisses et allemands.

M. Jean-Pierre Door. Je suis comme vous. Je lis la presse. Je constate que le docteur Keiji Fukuda, conseiller spécial auprès du directeur général de l'OMS pour la grippe pandémique, a participé à cette réunion et a répondu à ces critiques. S'agissant de la France, je peux affirmer que tout contact entre un expert et une industrie pharmaceutique doit être déclaré. On sait très bien que tous les chercheurs ont un lien avec des laboratoires. Il est difficile de faire autrement, vu l'importance des financements apportés par les laboratoires. Si tout est fait dans les règles, je n'y vois pas d'inconvénient.

Mme. Marisol Touraine. Je voudrais tout d'abord saluer la qualité de l'exposé de notre collègue. Je me réjouis de voir que ses travaux abordent les questions que nous posons depuis des semaines à notre ministre de la Santé, qui semble se refuser à toute autocritique.

J'ajoute que le débat que nous avons aujourd'hui démontre *a posteriori* la pertinence de la création d'une mission d'information sur le sujet et combien le format d'une commission d'enquête, qui évoque une instance juridictionnelle, même si elle n'en est pas une, s'avère inadapté.

Comme l'a dit Jean-Pierre Door en conclusion, la question qui se pose à nous est de construire de la confiance dans un univers incertain, ce qui appelle par définition des réponses évolutives et souples. Pourquoi, dans ce contexte, avons-nous le réflexe de prendre pour exemple les États-Unis, alors même que ce dernier pays n'est pas un modèle en matière de santé publique et que nous avons un système de soins censé être parmi les plus performants au monde ?

Par ailleurs, recommandez-vous clairement que les médecins généralistes soient associés à la gestion de la crise en cas de recrudescence de la pandémie ?

Enfin, si personne ne peut aujourd'hui s'opposer au financement de la recherche par des fonds privés, il est des garanties de transparence sur lesquelles il est impossible de transiger. Ces garanties, nous les avons demandées lors de la discussion du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale. Elles nous ont été refusées, au motif que le besoin de transparence pouvait générer la suspicion. Or, pourquoi faut-il attendre que ce soit la presse qui révèle des faits tels que la rémunération par les laboratoires des médecins participants au

comité de suivi de la grippe, alors que les parlementaires auraient dû être en pointe sur un tel sujet ?

En ce qui concerne les contrats passés avec les laboratoires, vous avez évoqué la confidentialité sur les éléments scientifiques – que l'on peut comprendre – et sur les éléments financiers, ce qui est plus problématique. Il me paraît pourtant difficile de mener une véritable investigation sans avoir accès aux éléments qui ont servi de base de négociation entre le Gouvernement et les industries pharmaceutiques. Pourriez-vous nous éclairer sur ce point ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Sur la question du choix entre une mission d'information et une commission d'enquête parlementaire, j'ai toujours dit, en premier lieu, que tous nos collègues souhaitaient débattre avec la ministre alors que la création d'une mission d'information aurait conduit à réserver les informations à ses seuls membres. En second lieu, il ne me semblait pas opportun d'enquêter sur un processus en cours, ce qui n'empêchait pas la création d'une mission *a posteriori*. Je pense personnellement que cela aurait été la meilleure solution et j'ai d'ailleurs essayé de convaincre à cet effet le groupe Nouveau centre. Mais celui-ci a préféré user de son droit de tirage pour la création d'une commission d'enquête, ce qui est un droit pour les groupes.

M. Jean-Pierre Door. La confidentialité des contrats, que Gérard Bapt a également eu entre les mains, porte sur la recherche et sur le droit de la propriété intellectuelle. En ce qui concerne la confidentialité en matière commerciale, il est vrai que les laboratoires ne veulent pas que leurs coûts de production soient connus à l'intérieur même des groupes auxquels ils appartiennent. Il convient de se féliciter que, alors que les laboratoires avaient initialement demandé dans ces contrats une clause de responsabilité les dédouanant en cas d'incident, la France s'y soit fermement opposée, contrairement aux États-Unis.

S'agissant de l'intérêt d'examiner le modèle américain, nous cherchions avant tout à apprécier leur modèle en matière de recherche et d'organisation des crises. Les États-Unis ont, en effet, vécu plusieurs drames, qui les ont conduits à créer un organisme de gestion de crise. Dans le cadre de la mission d'information sur la grippe aviaire, nous avons d'ailleurs déjà auditionné, avec Jean-Marie Le Guen, le responsable de cet organisme et je dispose aujourd'hui de leur plan d'organisation de gestion de crise, qui est d'un grand intérêt pour le comparer avec notre dispositif national. Je souligne également l'existence d'un contrat de coopération entre le CDC d'Atlanta et l'Institut Pasteur, destiné à mettre en commun toutes les données existantes dans le domaine des souches de virus. Ce contrat me semble de nature à favoriser utilement une meilleure transparence dans le domaine des recherches.

Mme Catherine Génisson. Je remercie le rapporteur pour son travail. L'important est désormais de savoir ce qu'on fera après la crise, face au scepticisme de la population vis-à-vis de ce que nous pourrions lui proposer à l'avenir. Dans le domaine de la gestion politique de la crise, partagée, sous l'autorité du Premier ministre, entre le ministère de l'intérieur et le ministère de la santé, n'y a-t-il pas eu une prééminence excessive du ministère de l'intérieur dans la conduite du plan de lutte contre la grippe A, y compris pour ce qui concerne le plan pharaonique d'installation des centres de vaccination ? Je souligne à cet égard, que la création d'une mission d'information parlementaire n'excluait en aucune façon la mobilisation de l'ensemble des députés sur un sujet d'importance. Dans notre esprit, il s'agissait d'un outil de coproduction non partisan.

Pour ce qui concerne la gestion opérationnelle de la crise, je crois qu'il est nécessaire d'inverser l'organisation du plan d'action et de partir à l'avenir des professionnels de santé

libéraux. Il y a, je crois, un consensus sur la communication à mener dans le futur. Je note que Mme Marie-Christine Blandin évoque la nécessité d'une démocratie participative et de conférences citoyennes. Je pense qu'il faut maîtriser l'information, à la fois sur le plan du message politique et du message opérationnel. Cela doit se faire avec l'ensemble des professionnels de santé, qui ont davantage la confiance de nos concitoyens. Il y a sans aucun doute des enseignements à tirer des événements récents. Quand on pense que d'aucuns préconisaient au début l'usage généralisé du *Tamiflu* et un dépistage dès les premières toux !

M. Paul Jeanneteau. Je souhaite profiter de ce point d'étape pour m'interroger sur l'utilisation des antiviraux, dont l'efficacité fait aujourd'hui débat. Existe-t-il des études en cours sur le sujet ? Peut-on en tirer des conclusions dès maintenant ? Était-il utile de diffuser les antiviraux par le circuit habituel, alors que l'on menait par ailleurs une politique de vaccination massive ? Quelle est la nécessité d'une double protection par la vaccination et les antiviraux ?

M. Jean-Pierre Door. En France, l'épidémie de H5N1 était vue, il est vrai, de loin. Il faut bien reconnaître que celle de H1N1 est en fait la première pandémie à laquelle nous devons faire face, même si elle a fait en définitive peu de morts jusqu'ici. Il y a évidemment des enseignements à tirer de cette crise au regard de risques qui peuvent revenir. Il est essentiel de ne pas baisser la garde. Sur le sujet de la communication, j'appelle l'attention sur le fait que le comité de pilotage de l'Office comprend également des scientifiques, un économiste, mais aussi un expert en sciences sociales, M. Didier Tabuteau, qui permettent d'élargir les points de vue au-delà du seul monde politique. Il est évident qu'il faut continuer de travailler sur ce sujet crucial de la communication.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je demande également que toutes les leçons soient tirées des événements récents. Sans forcément faire d'autocritique, des ajustements sont indéniablement nécessaires. C'est, je crois, le rôle de la commission des affaires sociales de faire des recommandations en ce sens.

M. Jean-Pierre Door. Je vous informe que je présenterai, avec Mme Blandin dès le 17 février, un rapport d'étape plus volumineux devant l'Office. Dès l'accord de l'Office, il me sera bien évidemment possible de revenir devant vous ainsi qu'au Sénat s'il le faut. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'un travail de longue haleine qui doit s'accomplir dans la sérénité, car il s'agit d'un problème difficile.

M. Simon Renucci. En cas de nouvelle pandémie, il sera demain difficile d'être efficace, vu comment la confiance a été sapée dans notre pays. Si un médecin a une obligation de moyens et non de résultats, force est de constater que si la ministre a mis en œuvre les moyens qu'elle a jugés nécessaires, les résultats ne sont pas là. Il faut se réjouir que nous ayons disposé rapidement d'un vaccin efficace et que la grippe H1N1 se soit révélée en définitive moins grave que prévu. Mais, de nouvelles recommandations sont désormais nécessaires. Il convient donc d'être constructif et c'est pourquoi je pense que la désignation d'un groupe paritaire chargé de faire de telles recommandations pourrait être utile. Il est hors de question de polémiquer : le vrai sujet, c'est la confiance. Il faut garder en tête la sentence latine « *primum non nocere* » (d'abord, ne pas nuire). S'agissant des experts, on ne peut éviter qu'ils aient des liens avec les laboratoires, mais il est essentiel de constituer des comités transparents, formés de personnalités honnêtes et compétentes. Il faut reconnaître que la volonté de transparence existait chez la ministre de la santé qui a rendu compte de la gestion de la pandémie devant l'Assemblée nationale tous les mois, ce qui n'exclut pas une plus

grande transparence encore à l'avenir. Je veux souligner le rôle modéré et constructif de l'opposition, contrairement à ce que certains ont pu dire.

M. Maxime Gremetz. Tout le monde a le même objectif. Jacqueline Fraysse a déjà noté que la gestion de la crise suscite de nombreuses questions dans le pays et pose surtout un problème de crédibilité. Aujourd'hui, la conviction de la nécessité du vaccin a reculé, je note même que tout le monde en rigole, même si je ne reprends pas cette dérision à mon compte. Ce qu'il faut bien voir, c'est que les gens pensent qu'il y avait autre chose derrière toute cette campagne de psychose. On apprend, en effet, aujourd'hui que les experts internationaux influents de l'OMS – un Finlandais, un Jamaïcain et un Chinois – qui ont tout déterminé, ont des liens financiers avec des laboratoires. Or, le gouvernement s'est basé sur les conclusions de l'OMS pour la gestion de cette crise et il y a donc tout intérêt à faire la clarté là-dessus, d'autant plus que les profits des laboratoires ont augmenté, à leur grande joie, dans de grandes proportions. Il faut bien entendu examiner la gestion gouvernementale de ce dossier mais observer également que le comportement des organismes internationaux qui ont motivé nombre de décisions. On ne peut qu'être surpris par la distorsion entre le nombre de vaccins commandés et les vaccinations effectuées. C'est pourquoi les sénateurs communistes ont demandé, face à un débat qui commence à faire grand bruit, y compris au sein de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, la création d'une commission d'enquête sur le rôle des laboratoires dans la gestion de la crise.

M. Michel Issindou. Je tiens d'abord à remercier Jean-Pierre Door pour son travail qui est honnête et complet. Nous partageons tous le constat de la complexité des problèmes qui ont dû être affrontés. Il faut maintenant se tourner vers l'avenir et la proposition du président Pierre Méhaignerie, à savoir que la commission puisse émettre des recommandations, est opportune. Il n'y a pas de gestion de gauche ou de gestion de droite de la grippe.

Deux autres points me paraissent importants. D'abord, il me semble que les pouvoirs publics français, d'une manière ou d'une autre, auraient dû marquer leur étonnement lorsque les liens existant entre certains experts de l'OMS et des laboratoires pharmaceutiques ont été avérés.

S'agissant ensuite de la vaccination, l'échec de la campagne est lié aux nombreuses incertitudes qui traversent l'opinion publique sur son utilité et ses risques. Maintenant que l'épidémie est en recul et que nous pouvons agir à froid, une campagne d'information sur l'intérêt de la vaccination en général me paraît s'imposer. Les Français sont aujourd'hui complètement dans le doute sur ce point.

M. Rémi Delatte. Je regrette le ton excessif de certains de nos collègues alors que le rapporteur a été très sérieux dans ses propos. Nous sommes bien d'accord sur le fait que tout est perfectible. J'appelle votre attention sur trois points qui n'ont pas été évoqués jusqu'à présent. Tout d'abord, nous devons saluer la bonne réaction des services de l'État, des administrations sanitaires et sociales, qui ont su gérer efficacement la crise. De même, les entreprises ont su élaborer des plans de continuité, ce qui a eu le mérite de leur rappeler qu'elles pouvaient être confrontées à l'absence simultanée d'une grande partie de leur personnel. Enfin, si l'épidémie n'a finalement pas été aussi grave qu'on le craignait, c'est aussi un effet des campagnes de communication qui ont été menées, notamment en matière d'hygiène.

M. Jean-Pierre Door. Effectivement, il me paraît fondamental de mieux informer le public sur les enjeux et le bien-fondé de la vaccination. Je pense aussi que les campagnes sur l'hygiène et le lavage des mains ont eu un effet positif. D'après certaines sources, elles expliqueraient que le nombre de gastro-entérites aurait nettement diminué.

Pour ce qui est des experts de l'OMS dont les liens avec des laboratoires sont critiqués, je rappelle quand même qu'il s'agit de très grands scientifiques. Ainsi l'expert chinois, de l'université de Hong-Kong, mis en cause est-il celui qui a découvert le *coronavirus* responsable du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Il n'a pu mettre au point les vaccins et les moyens de traitement qu'avec l'aide des laboratoires. C'est le cas dans toutes les universités du monde entier. Un autre dirige le laboratoire P4 de l'INSERM à Lyon, qui mène des études sur les virus. Les experts sont tenus de déclarer les liens contractuels qu'ils peuvent avoir avec des laboratoires, ce qui assure une certaine transparence ; et s'ils dissimulent ces liens, cela devient un problème qui ne me semble pas relever des parlementaires.

M. Simon Renucci. Je voudrais souligner un dernier point très important : le rôle très efficace des collectivités locales dans l'organisation de la vaccination.

M. le président Pierre Méhaignerie. Pour conclure, je vous rappelle que l'Office présentera des conclusions le 17 février. Nous sommes d'accord pour que la dizaine d'entre nous qui ont participé au débat d'aujourd'hui puissent se réunir avec les co-rapporteurs afin de préparer des recommandations.

Je souhaiterais, avant de lever la séance, recueillir l'avis des commissaires sur une question d'actualité : l'ordre des infirmiers. Quand celui-ci a été créé, il avait été dit que la cotisation serait minime, de l'ordre de 10 euros. Or, l'Ordre a fixé le montant de la cotisation à 75 euros et cela s'applique même aux infirmiers dans le secteur hospitalier. Cela n'est pas raisonnable. Je sais que Yves Bur réfléchit à une modification de la loi.

Mme Catherine Génisson. Faut-il le rappeler, la proposition de loi, qui a institué des ordres professionnels pour les infirmiers, les podologues et les masseurs kinésithérapeutes, provenait du groupe Nouveau centre, mais avait rencontré, dans un premier temps, l'opposition non seulement du groupe socialiste, mais aussi celle du groupe UMP ; ce dernier s'est ensuite rallié à cette initiative ... Tous les sujets évoqués aujourd'hui ont été largement débattus à l'époque. Mon avis est que l'ordre professionnel, qui implique une obligation d'adhésion pour exercer, n'est pas une structure adaptée pour ces professions. Il est vrai que les personnels hospitaliers s'étaient peu manifestés, pensant que cela ne les concernait pas. Notre collègue Philippe Nauche avait, en son temps, établi une structure plus légère de négociation pour les professions paramédicales. À défaut de supprimer l'ordre des infirmiers, une autre option consisterait à moduler la cotisation selon le mode d'exercice – libéral ou salarié – , mais je ne suis pas certaine que cela soit constitutionnel.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ce qui est sûr, c'est que 75 euros c'est aberrant.

Mme Catherine Génisson. Tout à fait. En outre, nous avons soulevé le problème de représentativité dans la mesure où les infirmiers salariés, qui sont la grande majorité de la profession, devraient être majoritaires dans les organes de gestion de l'ordre.

Mme Catherine Lemorton. Quoi que nous fassions, il nous faudra prendre en compte les éventuels effets dominos. Dans les autres ordres, les professionnels salariés cotisent

comme les libéraux. Par exemple, les pharmaciens salariés, peu nombreux, qui cotisent aujourd'hui sans faire état publiquement des critiques qu'ils adressent à leur ordre, pourraient être plus revendicatifs. Par ailleurs, nous devons être conscients que le fait de mettre à contribution aussi bien les infirmiers libéraux que les infirmiers salariés crée une rupture d'égalité, car la cotisation est déductible des impôts pour les premiers, au titre des frais généraux, et pas pour les seconds.

M. Jean-Pierre Door. À titre personnel, je n'étais pas favorable à la constitution de l'ordre des infirmiers. Le niveau élevé de la cotisation, qui est injustifié, ne résulte toutefois pas de la responsabilité des parlementaires, mais de celle des dirigeants de cet ordre. Plusieurs solutions sont possibles tels que des niveaux de cotisation différents pour les libéraux et les salariés ou l'établissement d'une déduction fiscale pour les seconds. S'agissant des professionnels que nous avons reçus hier, je sais que la majorité souhaite, en fait, la suppression de l'ordre professionnel.

M. Dominique Tian. La création de cet ordre a été vivement poussée par quelques syndicats tandis que les infirmiers salariés, très majoritaires, s'en désintéressaient. Il nous faut admettre que nous avons légiféré trop vite, car on peut vraiment s'interroger sur l'utilité d'un ordre infirmier. Il faut avoir le courage de revenir sur ce texte, car il n'y a pas de honte à dire que nous nous sommes trompés.

M. Céleste Lett. Je partage l'avis de Dominique Tian. Nous sommes interpellés sur ce sujet dans nos circonscriptions. Il nous faut revenir sur ce texte qui a créé trop de disparités. Ainsi, on m'a dit que le ministère de la défense prenait en charge la cotisation des personnels qui dépendent de lui. Cela mérite vérification. Nous n'aurions pas dû voter cette loi.

M. le président Pierre Méhaignerie. Dès lors que l'ordre des infirmiers n'a pas su rester à un niveau de cotisation raisonnable, ce qui était l'intention exprimée par le Gouvernement, il est clair que nous n'avons que deux solutions : soit réfléchir à une modification de la loi, mais j'ai conscience que l'on ouvre le débat pour les autres ordres, soit faire comprendre aux instances de l'ordre qu'elles doivent revoir leur décision.

M. Dominique Tian. Afin de marquer notre position, ne serait-il pas opportun que le président de la commission indique publiquement que le montant de la cotisation ne correspond pas à l'intention du législateur et que l'on demande à l'ordre de revenir sur sa décision ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Je vais y réfléchir.

La séance est levée à douze heures.



Présences en réunion

Réunion du mercredi 27 janvier 2010 à 10 h

Présents. – M. Élie Aboud, M. Jean Bardet, Mme Véronique Besse, Mme Gisèle Biémouret, M. Yves Bur, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Gérard Cherpion, M. Jean-François Chossy, Mme Marie-Christine Dalloz, M. Rémi Delatte, M. Jacques Domergue, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Laurence Dumont, Mme Cécile Dumoulin, Mme Cécile Gallez, Mme Catherine Génisson, M. Maxime Gremetz, Mme Anne Grommerch, M. Michel Heinrich, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, M. Paul Jeanneteau, M. Régis Juanico, Mme Catherine Lemorton, M. Claude Leteurtre, M. Céleste Lett, M. Michel Liebgott, M. Guy Malherbe, M. Jean Mallot, M. Pierre Méhaignerie, M. Pierre Morange, M. Philippe Morenvillier, Mme Dominique Orliac, M. Bernard Perrut, M. Jean-Frédéric Poisson, Mme Bérengère Poletti, M. Jean-Luc Préel, M. Simon Renucci, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Marie Rolland, M. Dominique Tian, Mme Marisol Touraine, M. Jean Ueberschlag, Mme Isabelle Vasseur

Excusés. – M. Georges Colombier, Mme Danièle Hoffman-Rispal, Mme Martine Pinville, Mme Valérie Rosso-Debord

Assistait également à la réunion. – M. Gérard Bapt