

**Margie SUDRE, Député européen**  
**LES RISQUES SANITAIRES MENAÇANT L'OUTRE-MER**  
**Bilan et moyens d'action**  
**12 mai 2006 (mise à jour 4 juillet 2006)**

\*\*\*\*\*

Les différentes menaces<sup>1</sup>

Le **chikungunya** est un arbovirus transmis par piqûre de moustique. Il circule surtout en Afrique de l'Est, en Asie du Sud-est et dans le sous-continent indien, mais la forme de cette maladie apparue à La Réunion présente des aspects jusqu'ici inconnus (par exemple, la transmission de la femme enceinte à son bébé en fin de grossesse). Environ 4 à 7 jours après la piqûre de moustique infectante, une **fièvre élevée** apparaît brutalement, associée à d'importantes **douleurs articulaires et musculaires** touchant les extrémités des membres, des œdèmes, des céphalées et, parfois, une éruption cutanée. Des hémorragies bénignes peuvent survenir, surtout chez les enfants. L'évolution spontanée de la maladie est le plus souvent favorable. Des **formes chroniques** existent cependant, caractérisées par des arthralgies persistantes, récidivantes et parfois invalidantes. La maladie peut être létale pour les individus les plus faibles. En **l'absence de vaccins et de traitements**, la prise en charge thérapeutique repose essentiellement sur la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens afin de soulager les douleurs.

La **dengue** est une infection virale, endémique dans les pays tropicaux. Elle est transmise à l'homme par l'intermédiaire de moustiques. La plupart du temps, c'est une maladie bénigne qui, après une période d'incubation allant de 2 à 7 jours, manifeste les premiers symptômes qui se rapprochent d'un **syndrome grippal sévère et brutal**, qui peut durer de 5 à 7 jours. Une forme déclenchant une **fièvre hémorragique** est potentiellement létale. Il n'existe **pas de traitement spécifique** ; toutefois, une prise en charge clinique permet souvent de sauver les malades atteints d'une forme hémorragique et d'abaisser le taux de mortalité à moins de 1 %.

La **maladie de Chagas** est une infection due à un parasite et transmise par un insecte. L'Organisation Mondiale de la Santé estime que 16 à 18 millions de personnes sont infectées dans les zones endémiques d'Amérique Latine (dont la Guyane). **L'infection chronique est incurable**, peut être invalidante et parfois mortelle.

Enfin, les départements d'Outre-mer demeurent menacés par des maladies comme la **fièvre jaune** ou le **paludisme**, dont un cas a récemment été diagnostiqué chez un jeune garçon de La Réunion.

Etat des menaces (début juillet 2006)

**A La Réunion<sup>2</sup>**, depuis le début de l'épidémie de **chikungunya** en mars 2005, on estime à **265 000** le nombre total de cas présentant des signes d'infection. **237**

---

<sup>1</sup> Pour le bilan des menaces, sources : Institut de Veille Sanitaire (InVS) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

<sup>2</sup> Le chikungunya est aussi présent, dans des proportions moindres, à Mayotte (7 025 cas), aux Comores, aux Seychelles (9 000 cas), à Madagascar, à Maurice (6 000 cas), en Malaisie (200 cas) et surtout en Inde (150 000 cas)

**certificats de décès** mentionnent le chikungunya. Après avoir atteint un pic lors de la semaine du 6 au 12 février, le nombre de cas hebdomadaire a ensuite fortement diminué jusqu'à la mi-mars. Depuis, la diminution se poursuit, mais à un rythme beaucoup plus lent. Le nombre de nouveaux cas hebdomadaire est d'environ 400. L'hiver austral a freiné, mais pas stoppé, la progression de l'épidémie, et on craint une recrudescence de la maladie avec le retour de températures plus élevées, en septembre.

**En Guadeloupe et en Martinique**, le seuil d'alerte épidémique à la **dengue** a été franchi en juillet 2005. On estime que, depuis le début de l'épidémie, plus de 24 000 personnes ont été touchées dans les deux départements. Parmi les 376 cas hospitalisés, 65 cas présentaient au moins un critère de sévérité et **9 cas hémorragiques**, d'évolution favorable, ont été identifiés. Le pic de l'épidémie a été atteint à la fin du mois de septembre. Le nombre hebdomadaire de cas a diminué d'octobre à mars, mais il semble à nouveau augmenter depuis la fin du mois de mars.

Comme en métropole, des **cas de chikungunya importés** ont été signalés, via des individus en provenance de l'Océan Indien. Le climat tropical et la présence de moustiques du même type que ceux de La Réunion font craindre l'apparition de la maladie aux Antilles.

**La Guyane** est confrontée à **une épidémie de dengue**, depuis la fin de l'année 2005. Les zones les plus touchées sont l'ouest et le littoral. Depuis le début de l'épidémie, 146 patients ont été hospitalisés, dont 54 cas de dengue sévère et **11 cas de dengue hémorragique**. **Quatre décès** attribués à la dengue ont été signalés depuis début mars 2006 chez des enfants âgés de 7 mois, 4 ans et 6 ans et chez un adulte de 64 ans. Après une aggravation en mai, au plus fort de la saison des pluies (1 000 nouveaux cas hebdomadaires), l'épidémie a régressé sur les dernières semaines (600 cas hebdomadaires).

Un débat est apparu sur les risques sanitaires liés à la **maladie de Chagas** (qui se transmet aussi par transfusion) : en effet, aucun dépistage n'avait lieu lors des collectes de sang. On craint une nouvelle affaire de **sang contaminé**. Quel que soit le mode de transmission, on compte environ **70 cas** suspects par an.

#### Les mesures sanitaires prises actuellement

##### **Chikungunya**

Il n'existe **ni vaccin ni traitement préventif**. Pour lutter contre l'épidémie, deux stratégies sont complémentaires :

- **la lutte anti-vectorielle** est destinée à **tuer les moustiques** ;
- **la lutte communautaire** consiste à **détruire les gîtes potentiels** où les larves se développent autour des habitations (eau stagnante dans les soucoupes, vases, seaux, détritiques...), et la prévention individuelle **contre les piqûres de moustique** (spray et crèmes, diffuseurs électriques, serpentins, vêtements longs et moustiquaires...). Cette lutte nécessite la participation de toute la population, et exige des campagnes de communication importantes.

Après une **première phase de démoustication**, qui concernait 200 000 foyers, les militaires mobilisés ont commencé à céder la place à quelques 770 agents pour **démoustiquer les ravines et les cours d'eau**. Le préfet de La Réunion a engagé **une opération de salubrité** de l'île, pour supprimer les dépôts de déchets qui constituent des gîtes de moustiques. Xavier Bertrand, ministre de la Santé, a en outre donné son

accord pour la mise au point d'un vaccin contre le chikungunya dont la disponibilité serait envisageable d'ici quatre à cinq ans. Enfin, l'hôpital marseillais de la Timone, semble avoir identifié une **molécule efficace** (la chloroquine) in vitro sur le virus. Si les tests sur l'homme s'avèrent concluants, la commercialisation de la molécule antiparasitaire pourrait commencer début 2007.<sup>1</sup> Durant sa visite à La Réunion, Dominique de Villepin a annoncé qu'un **Centre de recherche et de veille sanitaire de l'Océan Indien** serait installé d'ici à la fin de l'année 2006 : spécialisé dans les maladies émergentes et infectieuses, ce centre disposera d'un budget de 2,2 millions d'euros.<sup>2</sup>

### Dengue

En Guyane, la lutte contre l'épidémie se porte sur la **démoustication**. Mais le service départemental de désinfection éprouve des difficultés à répondre rapidement aux demandes d'intervention. Ce service met l'accent sur la vigilance de la population ; un **arrêté répressif** a été élaboré, visant les personnes qui maintiennent des gîtes larvaires autour de leur habitation.

Lors de sa visite en Guyane, Xavier Bertrand a **annoncé un plan de lutte contre la dengue** contenant de nouvelles mesures à hauteur de **4,2 millions d'euros**, conçu pour prévenir les risques de développement du moustique et renforcer les moyens sanitaires de la région. Ce plan repose sur 5 axes : la lutte contre le moustique, l'information et la prévention du grand public et des professionnels de santé, la surveillance entomologique et humaine, la recherche, et l'amélioration de l'offre de soins. 3,5 millions d'euros sont affectés à **l'amélioration des infrastructures sanitaires et hospitalières**, et 589 000 € à la **démoustication** de la région.<sup>3</sup>

Aussi bien pour la dengue que pour le chikungunya, **l'abandon des démoustications massives** est critiqué : ainsi, en Martinique, la dernière campagne massive a été menée en 1968, dans le cadre de la lutte contre le paludisme. En Réunion, de telles campagnes remontent à 1979. Le nombre d'agents affectés aux opérations ponctuelles de démoustication a diminué : à La Réunion, ce nombre est passé de 170 agents en 1985 à 40 en 2004. Enfin, un débat a lieu sur la **nature des pesticides** utilisés, qui sont accusés d'entraîner aussi la mort d'oiseaux et de reptiles.

### Impact économique des crises sanitaires

A La Réunion, le **secteur touristique** est le plus exposé. Les hôteliers s'attendent à une baisse de 60% de leur chiffre d'affaires en avril et les tour-opérateurs notent une chute des réservations de l'ordre de 30 à 40% pour les prochains mois. Mais les autres secteurs sont aussi touchés, le chikungunya étant responsable de la **moitié des arrêts maladie** du mois de janvier. Toutefois, le nombre d'arrêts de travail a chuté de 35% depuis, et la durée moyenne des arrêts maladie est assez courte, de l'ordre de cinq à sept jours, selon une enquête effectuée par le Medef

D'après Giraud Payet, président de la chambre des métiers, **"l'activité des entreprises a ralenti de 25 à 30%"**. Il est encore difficile d'évaluer l'ampleur des dégâts. Pour le BTP, les pertes seraient estimées à 50 millions d'euros, soit cinq fois

---

<sup>1</sup> Source : *L'Express*

<sup>2</sup> Sources : *Libération, Le Monde*

<sup>3</sup> Source : Ministère de la Santé

les bénéficiaires de l'année dernière. Certains commerces du centre-ville de Saint-Denis font état d'une baisse de 20% à 30% de leur chiffre d'affaires.

Une **aide provisionnelle de 60 millions** d'euros a été annoncée par le Premier ministre en février, mais moins de trois millions d'euros ont été utilisés pour l'instant. Cela pourrait s'expliquer par des critères trop contraignants dans l'obtention des aides, par exemple l'obligation pour les entreprises d'être à jour de leurs cotisations fiscales et sociales. La levée de cette obligation pourrait entraîner une augmentation des demandes d'aides<sup>1</sup>. Il est en outre fortement probable que, quelle que soit l'évolution de l'épidémie, certains secteurs aient besoin **d'un soutien financier à plus long terme**. En matière de tourisme, le gouvernement a débloqué une enveloppe de 2,5 millions d'euros pour le second semestre 2006, destinée à une série **de campagnes de communication et de promotion**. Deux millions d'euros seront aussi consacrés aux **infrastructures** afin de développer l'offre touristique de l'île. Dominique de Villepin a, en outre, annoncé que l'Etat affecterait trois millions d'euros à des opérations de **résorption de l'habitat insalubre**.

**L'épidémie de dengue en Guyane a eu des conséquences économiques de moindre ampleur**. En effet, la crise sanitaire liée à la dengue est relativement moins grave en Guyane, où la population est déjà habituée à des épidémies de ce type. En outre, l'économie guyanaise est peu dépendante du tourisme, ce qui a permis de limiter l'impact économique de l'épidémie.

#### Possibilités d'intervention de l'Union européenne

En matière de protection sanitaire, le traité CE insiste **sur la complémentarité des actions communautaires avec les actions nationales**. Ce principe est rappelé dans le premier paragraphe de l'article 252 du traité<sup>2</sup>. Cela explique que, sur les épidémies de dengue et de chikungunya, l'Union européenne soit restée assez silencieuse. Ainsi, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), une agence nouvellement créée basée à Stockholm, se contente de relayer les communiqués de l'InVS. **Ceux-ci n'évoquent pas la dengue, et donnent de façon mensuelle des informations sur l'évolution de l'épidémie de chikungunya**, principalement à destination des voyageurs. La dengue n'est pas évoquée, alors que la décision du 22 décembre 1999, concernant les maladies couvertes par le réseau de surveillance communautaire, cite entre autres les fièvres hémorragiques virales (ce qui est le cas de la dengue).<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Source : *Le quotidien de la Réunion, Libération*

<sup>2</sup> "Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté."

"L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé." (Art. 252 §1 TCE)

<sup>3</sup> 2000/96/CE: Décision de la Commission, du 22 décembre 1999, concernant les maladies transmissibles que le réseau communautaire doit couvrir sur une base progressive en application de la décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil (Annexe 1)

Il est déjà arrivé, dans le passé, que la Commission européenne prenne en charge la surveillance de maladies épidémiques "tropicales", dans le cadre d'une demande de plusieurs Etats. Ce fut le cas par exemple de la fièvre du Nil Occidental (West Nile virus), apparue en France dans les années 2000 (Var, Camargue). Pour les maladies qui touchent l'Outre-mer actuellement, une **propagation à la métropole et à d'autres pays de l'Union européenne** n'est pas une hypothèse à exclure. Le principal **moustique vecteur du virus à la Réunion a déjà été retrouvé dans divers départements métropolitains**, notamment le long de la côte entre Menton et Nice, et dans certains sites de dépôt de pneus.

En outre, des personnes de passage Outre-mer ont été atteintes par le chikungunya<sup>1</sup>, la dengue, ou la maladie de Chagas, **obligeant les services de santé métropolitains à appréhender ces maladies**. On a recensé en Europe continentale plus de 347 cas de chikungunya importé, dont 307 en France métropolitaine.<sup>2</sup>

**Les fonds régionaux européens** semblent **difficilement mobilisables rapidement**, car ceux-ci sont axés sur les critères de convergence, compétitivité, et coopération territoriale européenne. Pourtant, en interprétant de manière large la notion de "convergence", il serait possible de concevoir les crises sanitaires et leurs conséquences économiques comme des sources de retard de développement, entraînant la nécessité d'un soutien financier plus important.

Le **Fonds de solidarité de l'Union européenne (FSUE)** est un moyen d'intervention en urgence dans le cadre de catastrophes naturelles majeures. Dans la réforme du Fonds proposée en 2005 par la Commission, une catastrophe est considérée comme "majeure" en fonction des critères suivants :

- **un critère quantitatif, lorsque le montant des dommages direct est estimé à 1 milliard d'euros (en 2007) au minimum, ou 0,5% du revenu national brut du pays touché.** En dessous du seuil, les catastrophes régionales et locales sont de la compétence des États ;
- **un critère politique**, qui permet à la Commission de proposer la mobilisation du fonds pour des situations de crise où les seuls dégâts matériels ne sont pas un critère approprié. Cette option est particulièrement adaptée aux conséquences liées aux actes de terrorisme et aux épidémies.<sup>3</sup>

En matière de menaces sanitaires, les actions éligibles au Fonds de solidarité (dans la proposition de la Commission) sont l'assistance médicale immédiate et les mesures de protection contre les risques sanitaires, notamment par la fourniture de médicaments, de matériel médical et de vaccins, les actions urgentes pour la mise en place d'infrastructures de prévention. Pour bénéficier d'un financement, l'État sinistré adresse sa demande à la Commission **dans un délai de 10 semaines** à partir de la survenance de la catastrophe : il s'agit en effet de catastrophes considérées comme ponctuelles.

Dans le cadre du rapport BERENDT sur le FSUE, le Parlement européen a demandé **d'élargir le champ d'application** aux conséquences des attentats terroristes, **aux situations d'urgence sanitaires** et aux désastres environnementaux, industriels et

---

<sup>1</sup> L'INVS rapporte 307 cas importés de chikungunya en métropole depuis mars 2005

<sup>2</sup> Source : Eurosurveillance

<sup>3</sup> Source SCADPLUS, [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int)

technologiques majeurs. Cela s'ajoute à l'amendement déposé par Margie SUDRE sur la **prise en compte particulière des régions insulaires et ultrapériphériques**.

D'après Danuta HUBNER, Commissaire européen chargé de la politique régionale, "une majorité d'Etats-membres s'oppose à élargir le champ d'application du FSUE, y compris pour inclure les catastrophes sanitaires."<sup>1</sup> Il faut donc espérer que le **soutien apporté par le président du Parlement européen, Josep BORRELL aux victimes de l'épidémie** de chikungunya, puis celui à venir des **Députés européens**, permettra de surmonter les réticences des Etats membres, au moins sur l'extension aux catastrophes sanitaires.

Enfin, en ce qui concerne la maladie de Chagas, **des mesures d'exclusion de donneurs de sang** ont déjà été mises en place localement et étendues à l'Hexagone pour éviter toute transmission transfusionnelle. En février 2006, **une directive européenne**, relative à la qualité de sang transfusé, exclue tout donneur ayant séjourné plus de 3 mois dans les régions d'endémie et n'ayant pas une sérologie négative pour le parasite.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Réponse de Danuta HUBNER à la question écrite de Margie SUDRE

<sup>2</sup> Directive 2006/17/CE, suite à 2005/62/CE