



HAL
open science

**L'accès aux soins : indice de l'intégration ou de
l'exclusion des minorités : réflexions à propos de la
grippe A(H1N1)**

Bernard-Alex Gaüzère

► **To cite this version:**

Bernard-Alex Gaüzère. L'accès aux soins : indice de l'intégration ou de l'exclusion des minorités : réflexions à propos de la grippe A(H1N1). *Alizés : Revue angliciste de La Réunion*, 2012, Intégration/exclusion des minorités à la lumière de l'interculturalité, 36, pp.69-77. hal-02340752

HAL Id: hal-02340752

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02340752>

Submitted on 31 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'accès aux soins : indice de l'intégration ou de l'exclusion des minorités : réflexions à propos de la grippe A(H1N1)

Avec tous mes remerciements à Antoine Flahault qui m'a autorisé à reproduire largement ses écrits (<http://blog.ehesp.fr>)

LE XXÈME SIÈCLE A CONNU TROIS PANDÉMIES GRIPPALES

La mortalité de la première pandémie de la grippe dite grippe espagnole survenue en 1918-19, varie selon les chercheurs de 20 à 50 millions ; la majorité des historiens retient le chiffre de 30 millions de morts, soit bien plus que les 13 millions de morts de la première guerre mondiale. Aux Etats-Unis, le nombre de décès fut de 550 000, soit plus de morts qu'en firent la première, la seconde guerre mondiale, les guerres de Corée, du Vietnam, d'Irak et d'Afghanistan réunies. Le nombre des décès français est établi à 408 108.

En 1957, la grippe asiatique due au virus H2N2, causa 4 millions de décès. En 1968-69, la grippe de Hong-Kong due au virus H3N2 causa 1 million de décès, dont 30 000 en France passés inaperçus à l'époque. La grippe saisonnière tue en moyenne 500 000 à 1 million de personnes par an, soit un taux de létalité de 0,01 %. En France, la grippe saisonnière touche environ 2 millions de personnes par an et en tue environ 6000. Quant au taux de létalité de la grippe aviaire due au virus A(N5N1), il est compris entre 50 et 60 %.

Létalité de l'épidémie de grippe A(H1N1) au 23 mai 2009

Pays / continent	Nombre de cas	Nbre de décès	Létalité (%)
Mexique	4008	78	1,9
Etats Unis	5764	9	0,15
Canada	719	1	0,14
Europe	296	0	0
Japon	290	0	0
Hors Mexique	7289	11	0,15
Afrique	0		
Total	11297	89	0,78

Les taux de létalité enregistrés au Mexique (1,9%) sont ceux avancés lors de la pandémie de 1918. Le dénominateur est vraisemblablement sous

estimé, mais le numérateur reste élevé alors que le Mexique, n'est ni le Sahel ni le Zimbabwe. Aux Etats Unis, les statistiques sont très différentes avec une létalité de 1 pour 1000 équivalente à celle de la banale grippe saisonnière, qui tue nos personnes très âgées.

Le site de l'Organisation mondiale de la Santé nous donne l'exemple de Madagascar où en 2002, une épidémie de grippe saisonnière fit 800 morts, pour 27 000 cas, soit un taux de létalité de 3%. La grippe ordinaire de Madagascar, pays où l'espérance de vie avoisine 50 ans, est donc plus grave que la grippe A(H1N1). Alors que le taux de létalité mexicain est de 1,9%, celui des pays hors du Mexique est 0,15% et avoisine le taux de létalité américain de la grippe saisonnière. Autrement dit, le virus de la grippe A se comporte exactement comme le virus de la grippe « ordinaire », à la fois dans les pays moins développés et dans les pays développés. Alors qu'il s'agit du même virus, il semble que l'on s'achemine vers une pandémie à deux vitesses. Quelles en sont les raisons ?

CORRÉLATION ENTRE L'INDICE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET LA LÉTALITÉ

L'indicateur de développement humain (IDH) est un indice composé qui mesure la qualité de vie moyenne de la population d'un pays. L'indice va de 0 à 1 et tient compte de trois dimensions du développement humain : la possibilité d'avoir une vie longue et en santé en se fondant sur l'espérance de vie à la naissance ; le niveau de scolarisation évalué à partir du taux d'analphabétisme et de la fréquentation des différents niveaux du système scolaire ; le standard de vie calculé à partir du produit intérieur brut *per capita* en tenant compte de la parité du pouvoir d'achat. L'IDH du Mexique est passé de 0,7 en 1975 à 0,84 en 2008, soit une croissance de 19% en 30 ans. L'IDH actuel des Etats Unis est 0,96 et valait déjà 0,9 en 1975. Celui du Canada est 0,97, celui de Madagascar et des Comores est 0,55, celui de Maurice 0,82, celui de la France 0,96. Ainsi une variation de l'IDH de 0,12 semble s'accompagner d'une variation de létalité d'un facteur 12. Mais les pays dont l'IDH avoisine 0,8 sont suffisamment organisés pour fournir des statistiques en matière de santé, même si leur fiabilité n'est pas établie. Par contre les pays dont l'IDH avoisine 0,5 -0,6 ne semblent pas en mesure de produire des statistiques fiables en matière de santé.

Une récente étude américaine de deux économistes de l'Université de Princetown révèle les ravages du sida sur les systèmes de santé des pays africains. L'étude souligne que « dans les pays où la prévalence du sida est importante, la qualité des soins prénataux et le nombre de vaccinations re-

ques se sont fortement dégradés dans les années 1990 et 2000 ». Le sida met ainsi sous pression, « des services de santé qui étaient déjà sous pression avant l'épidémie et où les ressources humaines n'ont pas augmenté en proportion des nouveaux besoins ». Ainsi toute nouvelle épidémie touchant l'Afrique subsaharienne concernerait une population doublement vulnérable, en raison de la prévalence du virus de l'immunodéficience et d'un système de santé déjà décimé par le même virus.

LE SILENCE ÉTOURDISSANT DU CONTINENT AFRICAÏN

Citons Antoine Flahault, épidémiologiste et directeur de l'École des Hautes Études en Santé Publique :

On voudrait savoir ce qui se passe en Afrique : ce silence assourdissant signifie-t-il que l'ensemble du vieux continent serait à l'abri de la circulation du nouveau virus d'origine porcine ou bien seulement ne sait-on rien de lui dans certains pays du monde ? Il n'existe pas aujourd'hui de véritable système d'observation des épidémies de maladies infectieuses, comme il existe des systèmes d'observation de l'univers et même de la Terre. Nous connaissons la surface de tous les océans avec une précision de l'ordre du millimètre. Ainsi on a pu suivre, par satellite, les répercussions sur toutes les mers du globe du Tsunami de 2003. Mais on ne sait pas dire avec précision s'il meurt un, deux, ou trois millions d'enfants du paludisme chaque année dans le monde. Cette année, comme l'an dernier et l'an prochain, 50 millions d'enfants naîtront à la surface de la Terre sans laisser la moindre trace : pas d'état civil, pas d'acte de naissance, pas d'acte de décès, et pas la moindre information sur la cause du décès. Alors auront-ils la grippe ces enfants invisibles ? Personne n'en saura jamais rien, bien entendu. (<http://blog.ehesp.fr>)

QUEL SCÉNARIO POUR LA GRIPPE A(N1N1) ?

Selon Antoine Flahault :

Ce sera « 1918 » (la grippe espagnole) dans les pays du monde dont le niveau de développement et le système de santé sont restés au début du XX^{ème} siècle, avec son cortège de décès, une surmortalité peut-être effroyable et due à l'inaccessibilité de ces populations aux traitements modernes efficaces : masques, antiviraux, antibiotiques, vaccins, réanimation... Ce sera « 1968 » (la grippe de Hong Kong) dans les pays développés, ceux qui ont accès aux médicaments efficaces, ceux qui sauront prévenir les complications ou si elles surviennent les traiter. L'impact sera peut-être même moins sévère qu'en 68, car en trente ans nous avons fourbi de nouvelles armes contre la grippe, les antiviraux sont apparus, de nouveaux vaccins aussi (contre le pneumocoque, contre *Hemophilus influenzae*, contre certaines méningites). L'impact pourrait l'être davantage, car nous sommes plus d'un milliard de plus

sur la planète, que des résistances aux antibiotiques sont apparues, que des résistances aux antiviraux apparaîtront. Mais l'un dans l'autre, nos sociétés modernes et riches sauront faire face.

La grippe de 2009 dans les pays développés n'est pas la grippe de 1918. Car 1918 est l'époque précolombienne de la virologie, sans tests diagnostiques, sans antiviraux, sans antibiotiques, (sans oxygène) et sans réanimation [...] Nos pays s'affolent sur leur sort, les populations désespérées mettent des masques, se précipitent dans les pharmacies pour stocker le Tamiflu (qui sera rapidement inefficace en raison de résistances annoncées et attendues). Les populations ? Toutes ? Ou seulement celles des pays les plus riches de la planète. Car n'est-ce pas un luxe, notre luxe, que de s'affoler de ce genre de chose de nos jours, un luxe que ne peuvent pas s'offrir les peuples qui sont restés à l'état de développement sanitaire proche de celui de 1918. Ceux dont l'espérance de vie n'excède pas 50 ans à la naissance. Ceux qui n'ont ni masques, ni Tamiflu, ni antibiotiques, ni pharmacies, (ni Sécurité sociale) ; Pour eux, rien ne sert de s'affoler. D'ailleurs, lorsque la vague passera sur eux, personne n'en saura rien. Il n'émeut déjà personne de ne pas savoir s'il y a un, deux, ou trois millions d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année du paludisme, alors la grippe... (<http://blog.ehesp.fr>)

BALAYONS ÉGALEMENT DEVANT NOTRE PORTE

On entend et on doit répéter inlassablement ce constat d'échec : des pays comme la Zambie avec ses 41,2 années d'espérance de vie à la naissance sont laissés au bord du chemin des prouesses réalisées par le développement et la médecine qui a amené la population de pays comme le Japon (ou la France) à une espérance de vie de 82,4 ans, le double. Ce n'est pas pour pointer du doigt les seuls pays du Sud, mais regarder de près devant notre porte. Dans la ville même de Glasgow, en Écosse plus de 28 ans d'espérance de vie séparent les habitants des beaux des bas quartiers. Il vaut mieux être riches et bien portants que... ?

Eh bien, ce n'est pas si simple ! Tenez, les « pauvres » habitants de la ville de Glasgow ont une espérance de vie qui est de 8 ans inférieure à celle, en moyenne, du milliard d'Indiens. Or en Inde, 76% de la population vit avec moins de 2 dollars par jour. D'ailleurs l'espérance de vie des Indiens est la même que celle des hommes vivant à Washington DC. Or ni les pauvres d'Écosse, ni ceux des USA ne le sont aux regards des critères de la pauvreté de la majorité des Indiens : ils ont de l'eau courante et potable qui leur est accessible, leur ration de nourriture n'est ni restreinte ni de qualité bactériologique douteuse, et aucun ou presque ne vit dans des bidonvilles.

Oui, le constat est complexe : les différences de mortalité selon le niveau d'éducation se sont accentuées en Russie après 1992, à la suite de la fin du régime soviétique et les ruptures sociales, économiques et politiques qui s'en suivirent... mais aussi, aux USA, où les différences d'espérances de vie selon le niveau socio-économique se sont accrues tant chez les hommes que chez les femmes depuis 1980. (<http://blog.ehesp.fr>)

La santé des migrants en France démontre bien que l'accès aux soins est un indice de l'intégration ou de l'exclusion des minorités. Les études françaises les plus récentes sur l'état de santé et l'accès aux soins des immigrés en France dont le nombre était estimé à 6,7 millions en 2010, suggèrent l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et de disparité selon le pays d'origine. De plus, ces études s'accordent sur le moindre recours aux soins de la population immigrée. La situation économique et sociale plus défavorisée des immigrés, leur moindre accès à la complémentaire santé et leur moindre intégration sociale sont les principaux facteurs expliquant ces inégalités de santé et d'accès aux soins. Un sentiment de précarité par rapport au reste de la population prédomine.

Parmi les disparités les plus criantes, citons un taux de découverte de séropositivité pour le VIH dix fois plus élevés chez les migrants que chez les non migrants ; un taux de découverte de tuberculose – maladie huit fois plus élevés chez les migrants que chez les non migrants. Les trois-quarts des prises en charge de l'hépatite chronique à virus B concernent des migrants. Dans ces trois maladies, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont sur-représentés : 70% pour l'infection à VIH/Sida, 36% pour la tuberculose, 54% pour l'hépatite chronique à virus B. La population migrante est, définitive, fortement touchée par le VIH, la tuberculose et l'hépatite chronique à virus B. Ceci est en rapport avec la haute prévalence de ces trois infections dans leurs pays d'origine. Cependant, les données de sérotypage du VIH en 2009 montrent qu'un migrant originaire d'Afrique subsaharienne sur cinq a été contaminé par le VIH en France, d'où l'importance à la fois des actions de dépistage et de prévention chez les migrants.

La mortalité maternelle reste l'indicateur essentiel de la santé des femmes. Le taux de mortalité des femmes migrantes s'élève à 12,5/100 000 naissances contre 7,9/100 000 pour les non migrantes. Une hospitalisation pendant la grossesse est plus fréquente chez ces femmes (26% *versus* 18,5% pour les françaises), l'hypertension artérielle et le diabète gestationnel étant des motifs fréquents d'hospitalisation. Le taux de césariennes est de même plus élevé chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne : 35% *versus* 19,9% pour les femmes françaises. Ce sont chez ces femmes, qui ne bénéficient pas d'une surveillance médicale correcte au cours de leur grossesse, que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé : 21,8/100 000, ainsi que le taux de prématurité : 10,7% *versus* 6,3%. Au total, ce sont les femmes originaires d'Afrique subsaharienne qui représentent une population à risque périnatal. Ces résultats soulignent les besoins de prévention et de prise en charge de cette population d'origine africaine.

Une étude menée en région parisienne en 2010 montre que l'origine migratoire des femmes est un facteur d'inégalité très important concernant le recours au moins une fois dans sa vie au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis. Un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus doit tenir compte de tous les facteurs expliquant ces inégalités : facteurs matériels, psychosociaux, culturels, etc. Enfin, les pathologies psychiques représentent l'un des enjeux majeurs de santé chez les migrants.

COMMENT PROMOUVOIR PLUS D'ÉQUITÉ EN SANTÉ ?

Michael Marmot qui nous révèle tous ces éléments dans un récent papier (*JAMA*, 18 mars 2009 : 1169-71) et qui a présidé la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS entre 2005 et 2008, rappelle les trois actions que recommande la Commission pour promouvoir plus d'équité en santé :

1. Améliorer les conditions dans lesquels les peuples naissent, croissent, vivent, travaillent et vieillissent ;
2. S'attaquer aux inégalités d'accès à l'énergie et aux ressources naturelles et aux inégalités des revenus—trois moteurs des conditions de notre vie quotidienne—à un niveau mondial, national et local ;
2. Savoir mesurer le problème, évaluer les actions entreprises, et améliorer les connaissances et la recherche dans ces domaines.

.....
Le papier de Michael Marmot s'adresse d'abord aux nord-américains qui abordent actuellement de profondes réformes de leurs systèmes sanitaires et sociaux, mais les solutions qu'il préconise sont bien universelles, en fixant des priorités dans l'ordre suivant :

- La santé, sachant que plus de 100 millions d'habitants sur la planète sont précipités chaque année dans la pauvreté en raison des traitements médicaux qu'ils ont à payer ;
- L'équité dès le départ dans la vie, en s'inspirant de l'exemple des Suédois chez lesquels le niveau d'éducation des enfants dépend le moins de ceux des parents. La relation causale entre l'éducation et la santé dans la vie adulte est en effet clairement établie ;
- L'équité économique, en sachant que l'on invoque moins le niveau absolu de richesses (l'exemple de l'Inde est éloquent, on a aussi parlé en d'autre endroit de celui du Sri Lanka), mais de l'inégalité de l'éventail des revenus au sein même d'une société, car c'est elle qui semble creuser davantage les inégalités en termes de santé et d'espérance de vie.
- Le renforcement du rôle de l'individu et de son pouvoir matériel, psychosocial et politique dans la société. Les individus eux-mêmes ont besoin, outre du nécessaire pour vivre en bonne santé, d'avoir la possibilité de participer activement aux décisions qui affectent leur propre vie. Les buts que doivent poursuivre les politiques publiques sont bien de créer les conditions qui le permettent, partout et toujours.
- Mettre l'équité en santé comme un indicateur clé de la performance de toutes les politiques économiques et sociales comme moyen de réduire significativement les

inégalités de santé. La crise économique et financière aujourd'hui, avec le chômage, la détérioration des conditions de travail, la perte de pouvoir d'achat sont autant de risques pour la santé des populations qui requièrent la plus grande vigilance.

Gordon Brown a dit (6 novembre 2008) "Les inégalités de santé dont nous parlons ne sont pas seulement injustes, ... elles limitent aussi le développement et la prospérité de communautés, de nations entières, et même de continents", en annonçant la mise en place d'une commission indépendante chargée de recenser les inégalités en matière de santé en Angleterre, en prenant en compte les recommandations de la Commission des déterminants sociaux de santé, et en proposant le développement de stratégies fondées sur les preuves au sein des politiques sociales et économiques, pour améliorer l'équité en santé. (<http://blog.ehesp.fr>)

DES QUESTIONS QUI DÉRANGENT

Toujours selon Antoine Flahault :

La question qui me semble résumer le véritable enjeu de cette pandémie annoncée est désormais le suivant : les populations des pays riches auront-elles un regard sur leurs frères les plus pauvres de la planète, ou bien les laisseront-ils mourir sous leurs yeux, à l'heure d'Internet, des complications bactériennes bien connues de la grippe, de toutes ces maladies que l'on sait traiter depuis de nombreuses années : des pneumonies, des méningites, des infections respiratoires basses toutes d'origine bactériennes ? De bons vaccins savent les prévenir aujourd'hui. Des antibiotiques génériques de coût modeste savent les traiter efficacement. Les garderons-nous rien que pour nous ou bien saurons-nous les partager, transférer (rapidement désormais) leur mode de fabrication (ils sont faciles à fabriquer pour la plupart, dans le domaine public et peu coûteux) ?

Les pays riches s'empêtreront-ils dans un nombrilisme tellement prévisible ? Car leurs gouvernants auront fort à faire à reconforter et rassurer leurs populations mécontentes de l'engorgement transitoire de leur système de santé, mécontentes de la défaillance partielle et momentanée de nombreux services publics (par l'absentéisme que la pandémie causera inéluctablement), et qu'en fin de compte, les populations de ces États démocratiques reporteront sur leurs dirigeants la responsabilité de l'impact sanitaire de la pandémie même modéré mais connu en temps réel et qui sera aujourd'hui jugé inacceptable : les 30 000 décès liés à la grippe de 1968-69 en France étaient passés totalement inaperçus à l'époque, mais en 2003, autre temps, autres perceptions, la canicule avait moissonné 15 000 de nos concitoyens les plus fragiles, et même si le gouvernement n'est pas responsable du temps qu'il fait, la majorité des citoyens avait jugé ce bilan intolérable. Et pourtant, ici, ce serait le scénario optimiste : comment penser que l'on aura une mortalité relative (létalité ou nombre de mort par cas de grippe) inférieure à celle de la grippe saisonnière ? Donc « mécaniquement » un excès du nombre de cas (disons 3 à 5 fois plus) conduira à un excès au minimum proportionnel du nombre de décès (6000 en moyenne en France sont dus à la grippe saisonnière, soit un décès pour 1000 cas). (<http://blog.ehesp.fr>)

UN ESPOIR D'ÉQUITÉ ?

Si la mortalité de la grippe A(H1N1) est plus de 10 fois supérieure au Mexique qu'aux États-Unis, au Japon ou en Europe, quelle sera t-elle dans les pays encore moins développés ? Le saurons-nous jamais ? Le 9 mai 2009 à Genève, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé et le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, ont rencontré plus de trente fabricants de vaccins de pays développés et en développement. Ils ont souligné l'importance de garantir qu'un futur vaccin contre la grippe A(H1N1) soit mis à disposition dans un esprit d'équité et de justice. Les représentants de l'industrie ont affirmé leur souhait de coopérer pour mettre des approvisionnements à la disposition des pays en développement et déclaré qu'ils étaient prêts à produire le vaccin dès que cela leur serait demandé. Aux côtés de l'ONU et d'autres membres de la communauté internationale, l'OMS va s'efforcer de rechercher des mécanismes de financement pour faire en sorte que les pays en développement ne soient pas privés d'accès aux vaccins faute de moyens.

Le Directeur de l'OMS a précisé qu'elle considérait comme faisant partie de ses responsabilités de défendre les plus pauvres. «C'est au nom de la solidarité que j'ai pris contact avec les fabricants de vaccins et de médicaments». «Nous allons étudier différents mécanismes pour faire en sorte que les communautés et les pays pauvres ne soient pas exclus.» Elle a déclaré avoir contacté la Facilité internationale d'achats de médicaments, l'Alliance pour les vaccins et la vaccination GAVI, la Banque mondiale et des fondations pour poursuivre la recherche d'un financement.

CONCLUSION

« Ce ne sera pas 'la fin du monde', comme l'a dit Margaret Chan, la Directrice de l'OMS, mais il faudrait au moins en tirer quelques leçons, pour les générations futures, et même pour l'avenir proche. Ces émergences : VIH, Dengue, SRAS, Chikungunya, grippe,... se succèdent dans notre humanité mondialisée à un rythme bien soutenu. Comme le demande Michael Marmot « Plaçons l'équité en santé au cœur des politiques multilatérales pour le développement dans le monde, dans des domaines de la finance, du commerce, des réponses aux changements climatiques, et de la sécurité internationale ». Enfin, pour ce qui est de l'accès aux soins : indice de l'intégration ou de l'exclusion des minorités et dans le cas de la grippe A(N1N1),

force est de constater que les minorités représentent de fait la plus grande partie de l'humanité.

Bernard-Alex GAÜZÈRE⁹

Références

- Acket C. Santé et migrations, l'exemple de la France. In : Santé Internationale. Les enjeux de santé au sud. Dominique Kerouedan (dir.). Paris. Presses de Sciences PO, 2011, 215-25.
- Florence S., Lebas J., Parizot I, Sissoko D., Querre M., Paquet C., Chauvin P. Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale. *Rev. Epidemiol. Santé Publique*, 2010, 58, 237-244.
- Fosse S., Fagot-Compagna A. Prévalence du diabète, état de santé et recours aux soins des personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France métropolitaine. *BEH 2-3-4/17 janvier 2012*, 35-36.
- Grillo F., Soler M., Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. *BEH 2-3-4/17 janvier 2012*, 45-47.
- Jolivet N., Florence S., Lebas J., Paquet C., Chauvin P. Migration, santé et soins en Guyane (France), 2009, *BEH 2-3-4 / 17 janvier 2012*, 48-51.
- Lot F., Antoine D., Ploche C et coll. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. *BEH 2-3-4/17 janvier 2012*, 25-29.
- Saurel-Cubizolles M.-J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M.-H. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *BEH 2-3-4/17 janvier 2012*, 30-34.
- Veisse A., Wolmark L., Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *BEH 2-3-4/17 janvier 2012*, 36-40.

⁹ Praticien hospitalier, Service de réanimation, CHU de La Réunion, Centre hospitalier Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, Réunion. Bernard.gauzere@chr-reunion.fr.