



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sébastien WONG NG

né le 11 janvier 1979 à Rose-Hill, Ile Maurice

Le 17 novembre 2008

**L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SOINS
A L'ILE MAURICE DEPUIS
SON INDEPENDANCE EN 1968**

Examineurs de la thèse :

M. Alain GERARD	Professeur	Président
M. Francis GUILLEMIN	Professeur	Juge
M. Philippe JUDLIN	Professeur	Juge
M. Etienne THEVENIN	Maître de Conférences HDR en Histoire	Juge
M. Paolo DI PATRIZIO	Docteur en Médecine	Juge

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sébastien WONG NG

né le 11 janvier 1979 à Rose-Hill, Ile Maurice

Le 17 novembre 2008

L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SOINS A L'ILE MAURICE DEPUIS SON INDEPENDANCE EN 1968

Examineurs de la thèse :

M. Alain GERARD	Professeur	Président
M. Francis GUILLEMIN	Professeur	Juge
M. Philippe JUDLIN	Professeur	Juge
M. Etienne THEVENIN	Maître de Conférences HDR en Histoire	Juge
M. Paolo DI PATRIZIO	Docteur en Médecine	Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET – Guy RAUBER – Paul SADOUL

Raoul SENAULT – Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN

Emile de LAVERGNE – Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ – Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON

Jacques ROBERT – Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET – Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE

Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES – Alain LARCAN – Gérard VAILLANT

Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER – Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER

Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD – Jean-Pierre NICOLAS

Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE

Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD – Professeur Guy PETIET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas Lecompte – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Étienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –
Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)
Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD
2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)
Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)
Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)
Docteur François SCHOONEMAN
2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)
Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE
3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)
Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4^{ème} sous-section : (*Génétique*)
Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE
1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)
Docteur Anne-Christine RAT

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Paul VERT – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND – Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Luc PICARD – Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET

Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Alain GERARD,
Professeur de Réanimation Médicale,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse,

Soyez assuré de notre sincère admiration et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN,
Professeur de Santé publique, Environnement et Société

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN,
Professeur de Gynécologie-obstétrique,

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse,

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre respect.

A notre Juge,

Monsieur Etienne THEVENIN,
Maître de conférences HDR en histoire,

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse,

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse estime.

A notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Paolo DI PATRIZIO,
Médecin Généraliste,

Vous êtes à l'origine de ce travail,

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,

Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

Au Dr Alain DELUZE,

Pour votre disponibilité et votre aide.

Au Dr Jacques STALARS,

Pour votre patience et vos conseils.

Au Dr Jean Louis ADAM,

Pour votre accueil à votre cabinet médical.

**A mes Maîtres de stage du SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires
Ambulatoire Supervisé),**

Pour le partage de votre expérience.

Aux personnels soignants rencontrés lors de mon internat,

Pour le plaisir d'avoir pu partager votre quotidien.

A Papa et Maman,

Pour votre amour et toutes vos sacrifices afin que nous réussissions dans la vie,
Merci pour les valeurs que vous nous aviez transmises.

A Rachel,

Mon âme soeur, sans toi, rien n'aurait été possible et rien ne serait possible, n'oublie
jamais ma théorie sur les bouddhas.

A Anabelle et Jimmy,

Pour votre présence rassurante et précieux conseils.

A Ann Jasmine et Liana,

Pleines de joies et de bonnes humeurs, avec toute ma tendresse.

A John, Anne, Cathie et Ken,

Pour votre patience et votre soutien permanent.

A la famille de Rachel,

Pour votre accueil et votre générosité.

A tonton Simon,

Pour vos conseils dans ma décision initiale.

A Michel et Marie Claire,

Pour votre accueil et vos encouragements.

A Elias,

Mon ami, au bonheur de ta maison.

A TP et Mayo,

L'équipe d'UNO, vivement la colocation.

Et à tous ceux que j'ai oubliés et dont la mémoire est toujours présente dans mon cœur...

« Si j'ai vu si loin, c'est que j'étais monté sur des épaules de géants »

Sir Isaac Newton (1643-1727)

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	pg 22
2. Généralités sur l'île Maurice	pg 24
2.1. Histoire de l'Ile Maurice	pg 24
2.1.1. La découverte de l'île	pg 24
2.1.2. La tentative de colonisation hollandaise	pg 25
2.1.3. La colonisation française	pg 26
2.1.4. La conquête anglaise	pg 28
2.1.5. L'indépendance	pg 30
2.2. Géographie	pg 34
2.2.1. Généralités	pg 34
2.2.2. Origines	pg 35
2.2.3. Aspects physiques	pg 36
2.2.3.1. Situation	pg 36
2.2.3.2. Dimension	pg 36
2.2.3.3. Climat	pg 37
2.3. Démographie	pg 38
2.3.1. Races et ethnies	pg 40
2.3.1.1. Les Hindous	pg 40
2.3.1.2. Les Musulmans	pg 40
2.3.1.3. Les Chinois	pg 41
2.3.1.4. Les Créoles	pg 41
2.3.1.5. Les Blancs	pg 41
2.3.2. Religions	pg 42
2.3.3. Langues	pg 42
2.4. Données économiques	pg 43

2.5. Le système politique	pg 45
2.6. Le système éducatif	pg 46
3. Le système de soins au moment de l'indépendance en 1968	pg 47
3.1. Généralités	pg 47
3.2. L'organisation du système de soins	pg 49
3.2.1. Aspect historique de la structure sanitaire	pg 49
3.2.2. L'administration	pg 50
3.2.3. L'organisation des soins médicaux	pg 54
3.2.4. Le secteur public	pg 55
3.2.4.1. Généralités	pg 55
3.2.4.2. Services extra-hospitaliers	pg 55
3.2.4.3. Services hospitaliers	pg 56
3.2.4.4. Services de la médecine préventive	pg 60
3.2.5. Le secteur privé	pg 61
3.2.5.1. Les consultations privées	pg 61
3.2.5.2. L'hospitalisation privée	pg 61
3.2.6. Le personnel de santé	pg 62
3.2.7. Les médicaments	pg 64
3.2.8. Le budget de la santé	pg 65
3.3. L'état de santé de la population dans les années 70	pg 66
3.3.1. Taux de fécondité et de naissances	pg 66
3.3.2. Taux de mortalité	pg 68
3.3.3. Incidences des maladies au moment de l'indépendance	pg 70
3.4. Quelques grandes pathologies	pg 73
3.4.1. Maladies contagieuses et tropicales	pg 73
3.4.1.1. Tuberculose pulmonaire	pg 73
3.4.1.2. Paludisme	pg 74

3.4.1.3. Bilharziose	pg 75
3.4.2. Maladies cardio-vasculaires	pg 75
3.4.3. Les maladies psychiatriques	pg 76
3.4.3.1. Hôpital psychiatrique de Brown Séquard	pg 76
3.4.3.2. Hommage à Brown Séquard	pg 77
3.5. La médecine traditionnelle	pg 79
 4. Les coopérations sanitaires internationales	 pg 84
4.1. L'Organisation Mondiale de la Santé	pg 84
4.2. La Banque Mondiale	pg 85
4.3. La Francophonie	pg 86
4.4. Le Commonwealth	pg 88
4.5. Lien entre l'Université de Bordeaux et l'île Maurice	pg 89
4.5.1. L'accès au PCEM I	pg 89
4.5.2. Historique	pg 90
4.5.3. La formation en Santé Publique à l'île Maurice	pg 91
 5. Le système de soins actuel	 pg 95
5.1. Epidémiologie	pg 95
5.2. L'état de santé de la population	pg 97
5.2.1. Généralités	pg 97
5.2.2. Les principales causes de décès	pg 98
5.3. Les principales pathologies actuelles	pg 101
5.3.1. Le diabète sucré et sa prévention	pg 101
5.3.1.1. Raisons de la prévalence du diabète à Maurice	pg 103
5.3.1.2. Incidence des amputations liées au diabète	pg 104
5.3.2. Les pathologies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle	pg 105
5.3.2.1. L'hypertension artérielle à l'île Maurice	pg 105

5.3.2.2. Les accidents vasculaires cérébraux	pg 106
5.3.2.3. La prévention primaire à l'île Maurice	pg 107
5.3.3. A propos du chikungunya	pg 108
5.3.4. SIDA et VIH à l'île Maurice	pg 109
5.4. Le budget de la santé	pg 110
5.5. L'organisation du système de soins	pg 111
5.6. Le pluralisme médical	pg 113
5.7. La place de la médecine générale	pg 115
 6. Les évolutions sanitaires depuis l'indépendance	pg 116
6.1. Généralités	pg 116
6.2. La transition épidémiologique	pg 117
6.2.1. Les facteurs de risques des maladies non transmissibles	pg 120
6.2.1.1. L'obésité	pg 120
6.2.1.2. Le tabac	pg 120
6.2.1.3. L'alcool	pg 121
6.2.2. Les maladies transmissibles	pg 121
6.2.2.1. Le VIH/SIDA	pg 121
6.2.2.2. Le paludisme	pg 123
6.3. Rôle important de l'Institut de Santé	pg 124
6.3.1. Généralités	pg 124
6.3.2. Cours de médecine d'urgence	pg 125
6.3.3. Cours de médecine hyperbare	pg 126
6.3.4. Rapport de l'OMS sur l'état sanitaire de l'île Maurice	pg 127
6.3.5. Etude sur l'abus des substances toxiques	pg 129
6.3.6. Le registre national du cancer	pg 131
6.4. Création du Conseil de l'Ordre des médecins	pg 133

7. Quelles sont les améliorations possibles dans le système de soins mauricien?	pg 135
7.1. La gratuité	pg 135
7.2. Les réformes en cours	pg 137
7.2.1. Concernant les structures publiques	pg 137
7.2.2. Concernant le personnel soignant	pg 138
7.2.3. Concernant les maladies non transmissibles	pg 138
7.3. Les projets	pg 140
7.3.1. Généralités	pg 140
7.3.2. Le plan d'action de 2002	pg 140
7.3.3. L'hôpital Apollo	pg 147
 8. Conclusion	 pg 148
 9. Bibliographie	 pg 150
 10. Annexes	 pg 154
Annexe 1 : Abréviations	pg 154
Annexe 2 : Liste des figures	pg 155
Annexe 3 : Liste des tableaux	pg 156

1. INTRODUCTION

L'île Maurice fait partie des pays en voie de développement. Depuis son indépendance en 1968, le pays a dû construire une société autour des héritages coloniaux français puis anglais. L'un de ces héritages est celui du système de soins. Au début de son indépendance, les principales causes de mortalité et morbidité étaient les maladies transmissibles, introduites sur l'île par les esclaves venant d'Asie et d'Afrique. Avec l'importante évolution socio-économique, les maladies non transmissibles, notamment cardio-vasculaires deviennent prépondérantes. Le passage d'une société construite autour de la plantation sucrière à une société moderne, en croissance économique rapide et en mutation sociale remet en cause toutes les pratiques et valeurs ancestrales. Ainsi, la modification des déterminants de la santé comme la pollution, les modifications des comportements alimentaires et les conduites à risque, est largement responsable des évolutions des pathologies. L'organisation du système sanitaire mauricien tend à évoluer d'une médecine curative vers une médecine de plus en plus préventive.

Après l'indépendance, le système de santé a dû s'adapter à l'immense changement social, en tenant compte des différentes origines ethniques constituant la population mauricienne. Ces quarante dernières années, l'espérance de vie est passée de 60 ans à 71 ans (37). La population actuelle éprouve une demande de soins, qui se manifeste tout autant dans l'adhésion à diverses pratiques religieuses ou traditionnelles que dans la recherche de soins modernes pour une santé aujourd'hui menacée par l'irruption de cette modernité qui en modifie profondément le cours. La médecine occidentale est accessible à tous mais aussi les

demandeurs de soins ont recours de façon très courante à d'autres thérapies, d'autres techniques issues de la tradition et du monde religieux. On constate aujourd'hui un large pluralisme en matière d'offre de soins.

Ayant fait toutes mes études médicales en France, je souhaite apporter dans cette thèse un regard critique à l'évolution du système de soins à l'île Maurice depuis son indépendance. Nous développerons dans ce travail de thèse les points essentiels, dans l'évolution sanitaire, qui ont permis à l'île Maurice de progresser dans l'amélioration de l'état de santé de sa population pour le conduire à un niveau aujourd'hui comparable aux pays industrialisés.

2. GENERALITES SUR L'ILE MAURICE

2.1. L'HISTOIRE DE L'ILE MAURICE

2.1.1. La découverte de l'île

L'île Maurice a été découverte par les Arabes en 975. Bien qu'ils l'aient baptisée 'Dinarobin' (île d'Argent), ils n'ont laissé quasiment aucune trace de leur passage. En 1507, les Portugais la redécouvrent et lui donnent le nom 'île du Cygne'. Les Hollandais, en route vers leurs colonies de l'est de l'Inde, y débarquent en 1598 et la baptisent 'Maurice', en l'honneur de leur Prince Mauritz Van Nassau.

En 1715, avec l'arrivée des Français, elle devient 'l'isle de France'. Le gouverneur Mahé, comte de Labourdonnais, lui conféra une grande importance. Grâce à ses ports, elle devint la citadelle de la marine française dans l'Océan Indien, le point de ravitaillement des corsaires. L'île fut annexée à la Compagnie des Indes, constituant ainsi sur la longue route des Indes un abri sûr aux vaisseaux français. Pierre Poivre y introduisit dans les années 1750 la culture des épices des Moluques (cannelle, muscade, girofle, etc.). Pendant des années, pirates et corsaires, pilleront sous la protection des Français. En 1810, les anglais lancent une attaque surprise contre les Français et conquièrent l'île.

2.1.2. La tentative de colonisation hollandaise

Les Hollandais, présents sur l'île dès 1598 y restèrent jusqu'en 1712. On dit parfois qu'ils furent chassés par l'impossibilité de détruire la multitude des rats contre lesquels ils ne trouvèrent aucun moyen de défendre leurs provisions, leurs vêtements, les cordages et le bois de leurs navires. Les premiers Hollandais furent enthousiasmés par son climat salubre, la grande variété d'oiseaux ainsi que le 'dodo', animal sans méfiance devant les hommes qu'il allait décimer pour sa bonne chair. Ils introduisirent les cerfs et développèrent la culture de la canne à sucre qui résistait assez bien aux cyclones mais en contrepartie les forêts de bois précieux, le dodo et de nombreuses espèces d'oiseaux vont disparaître à tout jamais.



FIGURE 1 : Le dodo

2.1.3. La colonisation française

En 1715, le capitaine Guillaume Du Fresne jeta l'ancre au port Nord-Ouest de l'île, futur Port-Louis, l'actuelle capitale, et prit possession de l'île au nom du roi de France, la dénommant 'Ile de France'. La colonisation commença six ans plus tard. Au cours des quatorze premières années de l'occupation française, l'île parvenait difficilement à se développer et à prospérer. Le peuplement évoluait à un rythme beaucoup trop lent, inapte à fournir les effectifs nécessaires à l'évolution du pays. La pénurie chronique de main-d'oeuvre paralysait le défrichage et la culture des terres (26).

A la fin de l'année 1723, l'île abritait 160 blancs et vers 1730, un peu moins de 1000. La présence des esclaves gonflait la population. Les esclaves étaient originaires de Madagascar, du Mozambique, de Guinée, du Sénégal et même de l'Inde.

L'année 1735 marqua un tournant dans l'histoire de la jeune colonie. Aucune culture n'avait été entreprise et la famine était évitée de justesse, ne permettant pas le ravitaillement des vaisseaux français. L'éventualité d'abandonner l'île fut envisagée, mais surgit alors l'homme de la situation : François Mahé de Labourdonnais. Nommé gouverneur général de l'île Bourbon et l'île de France, il débarqua à Port-Louis le 4 juin 1735. On considère que le vrai fondateur de la colonie fut Labourdonnais. Il décida alors de développer les activités portuaires de Port-Louis et mis en place une politique agricole qui visait à l'exploitation de toutes les terres cultivables. Face à la pénurie de main-d'oeuvre, le gouverneur développa la traite des esclaves. En 1745, la population s'élevait à plus de 18 000, dont 3 000 blancs et 15 000 esclaves (7, 15).



FIGURE 2 : Statue de Mahé de la Bourdonnais à Port-Louis

Mais la réussite de Labourdonnais créa des envieux et des ennemis qui l'accusèrent de trahison auprès de la Compagnie des Indes. En 1746, Labourdonnais quitta alors la colonie et fut arrêté à son arrivée en France.

Sous l'administration des successeurs de Labourdonnais, la Compagnie des Indes, mal dirigée, plongea vers la faillite et l'Isle de France et Bourbon furent rachetées par le roi Louis XV en Août 1764. Cette royalisation des îles dura jusqu'en 1790, et l'Isle de France doit beaucoup à l'administrateur royal Pierre Poivre. En effet, il perfectionna les cultures et en introduisit de nouvelles, avec l'importation de plantes à épices venues des possessions néerlandaises. Il acclimata ainsi des muscadiers, des girofliers, des canneliers, et un grand nombre d'autres de plantes dans son jardin de Pamplémousses (26). Dans un autre

domaine encore, Pierre Poivre réussit une initiative tentée par Labourdonnais consistant au recrutement de religieuses pour l'hôpital.

2.1.4. La conquête anglaise

A la veille de la conquête britannique en 1809, le recensement dénombra à l'Isle de France 73 288 habitants, dont 7 194 blancs, 7 366 noirs libres et 58 728 esclaves. Les Anglais essayèrent de faire le blocus des îles et d'y débarquer. Une division venue en reconnaissance en 1810, devait livrer bataille au large de Grand Port mais en furent vaincus par les forces napoléoniennes. Cette bataille est évoquée sur les colonnes intérieures de l'Arc de Triomphe.

En décembre 1810, les débarquements d'un fort contingent de troupes anglaises dans le Nord de l'île, contraignirent les Français à abdiquer. Ainsi l'île passa sous l'autorité d'un gouverneur britannique, le gouverneur Farquhar souveraineté qui fut confirmée pour Maurice et ses dépendances par le traité de Paris en 1815. Les Anglais donnèrent à l'île de France son ancien nom 'Mauritius'.

Du point de vue économique, on releva après 1815 un déclin de l'activité maritime, mais par contre, un développement important de la canne à sucre. En 1835, l'abolition de l'esclavage permit aux esclaves de s'enfuir des plantations et des maisons des maîtres. Pour les remplacer, les colons organisèrent l'introduction massive de 'coolies' Indiens. Cette mesure devait entraîner des conséquences importantes sur la démographie et sur la vie socio-économique du pays. Ainsi commença une importante immigration de l'Inde et de la Chine.

L'île Maurice a toujours été la terre d'asile de toutes les populations asiatiques qui, opprimées chez elles, et manquant d'espace pour respirer et vivre, sont disposées à aller chercher à l'extérieur de la terre et du travail. On voyait ainsi à Port-Louis des Malabars, des Chinois, des Malais, des Arabes, des Indiens de toutes professions. Ces derniers deviendront la population majoritaire de l'île un siècle plus tard avec deux religions qui se partageaient l'Inde, Hindouisme et Islam. Tous ces immigrants, sur un terrain neutre que leur a garanti l'hospitalité des personnes déjà installées, vivaient en bonne entente les uns avec les autres. Un tel mélange de peuples offrait à l'île Maurice, non pas seulement une pépinière de travailleurs libres, mais également une garantie aux colons, maîtres de la terre, que la population d'anciens esclaves, la plus nombreuse dans la colonie, n'abuserait pas sa liberté toute relative.

L'engagisme, forme de travail qui succéda à l'esclavage, a permis à Maurice de doubler sa population (371 023 habitants en 1901) (1, 7, 35).

2.1.5. L'indépendance

Le vrai processus qui devait mener à l'indépendance débuta en 1947 avec la démocratisation et le droit de vote qui s'ouvrit à tous les Mauriciens capables de signer. C'est vers cette période que les Mauriciens eurent le droit de siéger au Conseil du gouvernement composé jusque là de britanniques. Sir Seewoosagur Ramgoolam, d'origine mauricienne fut à l'origine de l'indépendance. Sans lui, l'île ne serait pas devenue ce qu'elle est aujourd'hui.

Issu d'une modeste famille d'immigrés indiens, Ramgoolam a eu la chance de poursuivre ses études de médecine à l'Université de Londres (42). Il retourne sur l'île en 1935 et constate que le pays n'avait pas beaucoup changé. Mais il avait déjà composé une liste de réformes à accomplir. Il rencontre un nombre de personnes considérable, il a ainsi initié les réformes élémentaires et nécessaires dans les domaines de l'éducation ou sociaux. Son charisme fit bientôt le tour de l'île, si bien qu'il pu rapidement s'appuyer sur des réseaux militants afin de propager ses idées.



FIGURE 3 : Sir Seewoosagur Ramgoolam

Le 23 février 1936, il annonça à la population et aux médias du monde entier la naissance du Parti Travailleiste mauricien et marqua le début de la campagne pour le droit de vote et pour les réformes en termes de politique économique et sociale. Il y publia une série d'articles défendant les droits de la population et dénonçant les inégalités entre les différentes classes sociales (25). En 1948, son Parti remporta les élections et une nouvelle Constitution fut mise en place. Le droit de vote était accordé à tous les adultes.

En 1957, l'Angleterre accorda à l'île Maurice une indépendance politique, puis le suffrage universel en 1959. Les élections législatives furent remportées par le Parti Travailleiste et Ramgoolam fut nommé Premier Ministre et Ministre des Finances (32).

L'Angleterre appliqua à la colonie un schéma original de la décolonisation. Elle éduqua en effet les politiques mauriciens à gérer les étapes qui menèrent le pays vers l'indépendance. Enfin, le 12 mars 1968, au cours d'une cérémonie solennelle, l'indépendance de l'île Maurice fut proclamée. Le drapeau quadricolore mauricien fut hissé en haut du mât sur le Champs de Mars à Port-Louis (26).



FIGURE 4 : Le 12 mars 1968 sur le Champs de Mars

L'île Maurice, désormais indépendante, resta membre du Commonwealth. La Reine Elizabeth II, y était représentée par un Gouverneur Générale, chef d'État.

Finalement, le pays adopta le statut de République le 12 mars 1992. Le système politique comporte un Président de la République mais c'est le Premier Ministre qui est à la tête de l'Assemblée Nationale et détient tous les pouvoirs exécutifs (6).



FIGURE 5 : Le drapeau quadricolore mauricien

LES ETAPES HISTORIQUES

Moyen Age : **1^{ère} visite par les Arabes**

1510 : **Découverte par les Portugais**

1598 : **Départ des Portugais – Arrivée des Hollandais**

1598 - 1710 : **Période hollandaise**

- Les Hollandais baptisèrent l'île 'Mauritius' en l'honneur du Prince Mauritz Van Nassau
- Introduction de la canne à sucre

1715 – 1810 : **Période française**

- Possession française : Mauritius devient 'Isle de France' qui se développe avec l'arrivée du gouverneur Mahé de La Bourdonnais.

1810 – 1968 : **Période britannique**

- Conquête britannique, l'île est rebaptisée Mauritius sous le règne du gouverneur Robert Farquhar

1835 : **Abolition de l'esclavage**

- Arrivée massive de la main-d'oeuvre asiatique

1968 : **Indépendance de l'île Maurice**

1992 : **République de l'île Maurice**

2.2. GEOGRAPHIE

2.2.1. Généralités

L'île Maurice fait partie, avec Rodrigues et l'île de la Réunion, de l'archipel volcanique des Mascareignes. L'état mauricien est constitué de l'île Maurice et de quelques petites îles dépendantes dont la principale est Rodrigues.



FIGURE 6 : L'archipel des Mascareignes

2.2.2. Origines

La formation de l'île Maurice est volcanique et sa formation date très probablement il y a 100 millions d'années à la suite de deux séries d'éruptions volcaniques espacées d'une longue période d'érosion. Les chaînes de montagne sont de la vieille série et ont subi cette longue période d'érosion qui leur a donné leur aspect découpé et spectaculaire avec un sommet de faible altitude (maximum 826 mètres). Les plaines, quant à elles, sont composées de laves récentes de la jeune série volcanique. Ainsi ces plaines, surtout du Nord et de l'Est sont devenues les riches terres agricoles. L'activité volcanique aurait toutefois cessé voici 100 000 ans.

L'île est connue comme l'Etoile de l'Océan Indien selon la devise inscrite sur son écusson « Stella Clavisque Maris Indici » (l'Etoile et la Clé de la Mer Indienne).



FIGURE 7 : Écusson de l'île Maurice

2.2.3. Aspects physiques

2.2.3.1. Situation

L'île Maurice est située dans le sud-ouest de l'océan Indien à 2000 km de la côte africaine, à 1000 km de Madagascar et à 160 km de l'île de la Réunion.

2.2.3.2. Dimension

L'île fait 61 km de long et 47 km de large pour une superficie de 1 865 km² (approximativement 12 fois plus petite que la Lorraine qui est de 23 547 km²) et une périphérie côtière de 250 km entourée sur presque toute cette totalité par une barrière de corail qui forme un magnifique lagon de 260 km².

L'île comprend neuf districts qui sont :

- Port-Louis, la capitale
- Plaines Wilhelms
- Moka
- Flacq
- Grand Port
- Savanne
- Rivière Noire
- Pamplemousses
- Rivière du Rempart



FIGURE 8 : Carte de l'île Maurice

2.2.3.3. Climat

Le climat est subtropical l'hiver et tropical l'été. Du fait de sa latitude, deux saisons seulement rythment l'année. La saison froide (l'hiver) s'étend de Mai à Octobre, alors que la saison chaude (l'été) s'étend de Novembre à Avril.

La différence dans le relief du pays explique les écarts de température et de pluviosité. Ainsi en été, la température moyenne varie de 30°C à Port-Louis et sur le littoral (3 mètres au dessus du niveau de la

mer) à 23°C en moyenne à Curepipe (600 mètres au dessus du niveau de la mer). En hiver, la température varie de 24°C à Port-Louis à 19°C à Curepipe.

En hiver, le jour se lève approximativement à 7 heures et se couche à 17 heures, et en été, il se lève à 5 heures et se couche à 19 heures. On peut se baigner toute l'année car la température de l'eau est de 20°C en hiver et de 27°C en été.

L'Océan Indien est le siège de cyclones tropicaux et périodiquement ils passent suffisamment près de l'île pour causer des dégâts importants, principalement aux récoltes, à l'infrastructure et aux habitations. Il en résulte souvent des cicatrices sur le plan sanitaire avec notamment des épidémies.

2.3. DEMOGRAPHIE

Une mosaïque de différentes ethnies sont venues d'Europe, d'Afrique, de Chine, d'Inde et de Madagascar principalement pour constituer une forte identité mauricienne. Le taux de croissance naturelle, qui s'élevait à environ 3 % dans les années 60, a considérablement chuté grâce à des campagnes axées sur la planification familiale et une sensibilisation au problème démographique.

En 1995, la population résidente mauricienne s'élevait à 1 094 430 habitants. Depuis, le taux de croissance de la population est resté stable et environ à +0,9 % par an. En décembre 2005, on dénombrait sur l'île,

1 245 000 habitants, avec une densité moyenne de 674 habitants/km² (37).

En 2004, 18 285 naissances ont été enregistrées, soit une natalité de 15,3 naissances par 1000 habitants, contre 18,2 en 1995. Le taux prévisionnel de croissance démographique par an jusqu'en 2015 est de +0,8 %, soit légèrement inférieur au taux actuel (29).

Grâce au développement économique, le niveau et la qualité de vie des Mauriciens a beaucoup augmenté durant ces dernières années. Ceci explique l'allongement de l'espérance de vie de la population entre 1962 et 2004 (Tableau 1), et la diminution du taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an) qui s'élevait à 12 pour 1000 naissances en 2004, contre 19,6 pour 1000 naissances en 1995 (21).

	1962	2004
Hommes	57,8	69
Femmes	61,9	75

Tableau 1 : Evolution de l'espérance de vie des Mauriciens de 1962 à 2004

2.3.1. Races et ethnies

Il existe quatre grands types raciaux à l'île Maurice :

- les Indiens : originaires d'Inde et du Sri Lanka et on distingue les Hindous et les Musulmans ;
- les Chinois : originaires de Chine ;
- les Créoles : regroupent les originaires d'Afrique de l'Est (esclaves africains) et les Métis nés des unions de ces derniers et des Blancs ;
- les Blancs : regroupent les descendants de colons Anglais et Français.

2.3.1.1. Les Hindous

Ils constituent 52 % de la population et proviennent de différentes régions de l'Inde. Beaucoup travaillent dans les plantations de canne à sucre et dans les sucreries. Certains font le commerce des fruits et des légumes. D'autres vendent du textile et possèdent des firmes commerciales. Actuellement, on compte de plus en plus de professions libérales dans ce groupe ethnique. Ils détiennent aujourd'hui les postes clés de l'administration et du gouvernement.

2.3.1.2. Les Musulmans

Ils constituent 15 % de la population mauricienne et forment l'ossature du commerce et des professions libérales.

2.3.1.3. Les Chinois

Ils représentent 4 % de la population mauricienne et détiennent une part du commerce. L'immigration chinoise a débuté en 1829. Plusieurs vagues se sont succédées, la dernière à partir du 1949, date de la fondation de la République populaire de Chine.

2.3.1.4. Les Créoles

Ils partagent avec les Blancs les 29 % restant de la population. Les Créoles sont divisés en 3 groupes selon la répartition de leurs fonctions :

- la classe supérieure : elle adopte souvent la culture et les habitudes françaises ;
- la classe moyenne : ils sont en contact avec toutes les communautés mais sont coupés de la classe supérieure ;
- la classe socialement défavorisée : principalement des pêcheurs et ouvriers non spécialisés. Ils vivent dans les villages.

2.3.1.5. Les Blancs

Ils sont propriétaires des usines sucrières, des usines de thé et possèdent des entreprises. Ils adoptent la culture et les habitudes européennes.

2.3.2. Religions

On compte sur l'île 52 % d'hindouistes, 25 % de catholiques et 16,6 % d'islamiques. Il n'y a pas de religion d'État et la liberté de culte est totale. La tolérance entre les différentes communautés est frappante à l'île Maurice. Les repères culturels et moraux sont très importants.

2.3.3. Langues

L'anglais représente la langue officielle mais n'est pratiquée que par une infime minorité de mauriciens. Elle est omniprésente dans les circulaires officielles et est enseignée à l'école.

Le français, quoique ne bénéficiant pas du statut de l'anglais, est une pratique bien plus courante.

Le créole est la langue qui est la plus parlée. Il naît au 18^{ème} siècle de la nécessité pour les colons français de communiquer avec leurs esclaves. Il emprunte son vocabulaire du français.

Il existe une multiplicité de langues indiennes de par leur origines des immigrants et deux types de langues chinoises (le 'haka' et le 'cantonais').

2.4. DONNEES ECONOMIQUES

La monnaie mauricienne est la roupie (Rs). Une roupie vaut environ 0,023 d'euros (en 2008).

Au moment de l'indépendance, l'économie mauricienne était balbutiante, caractérisée par un faible taux de croissance, des possibilités d'investissements quasi inexistantes et une infrastructure inadéquate. Le pays dépendait à plus de 90 % de la monoculture, la canne à sucre.

Après l'indépendance, le développement du pays fut une des premières tâches du nouvel état souverain. Le gouvernement mit au point une stratégie pour planifier à moyen et à long terme avec comme objectifs :

- lutter contre le chômage ;
- rendre l'économie plus dynamique ;
- assurer des revenus plus équitables ;
- améliorer l'état de santé de la population.

Le développement est conditionné par certains facteurs notamment :

- une superficie de terres cultivables limitée avec une démographie importante ;
- l'isolement géographique gênant l'importation des matières premières dont l'île a besoin ;
- le besoin et la production de l'énergie dont la source principale provient du pétrole importé.

De nouvelles structures administratives furent mises sur pied dont le Ministère du Plan et Développement économique.

L'île Maurice a réalisé au cours de ces dernières années une performance économique spectaculaire. Elle a permis au pays de résorber le chômage, d'enregistrer une croissance régulière et de diversifier sa base économique qui repose aujourd'hui, non seulement sur l'agriculture mais aussi sur l'industrie du textile et le commerce (création de zone franche), le tourisme et d'autres services comme le secteur offshore et le port franc. En 2004, la croissance économique atteignait +4,2 %, avec un Produit Intérieur Brut (PIB) s'élevant à 4,5 milliards d'euros (celui de la France s'élevait à 1 648,4 milliards d'euros en 2004).

Les ambitions actuelles se tournent vers l'informatique. L'Etat souhaite faire de l'informatique un pilier supplémentaire de l'économie, et de transformer le pays en 'cyber-île'.

En 2004, le taux de chômage s'élevait à 10,8 % (29).

2.5. LE SYSTEME POLITIQUE

La démocratie et la liberté de la presse sont deux éléments clés du succès mauricien. Les élections sont libres. Les partis politiques s'affrontent durement en public ou par le biais des médias et des journaux d'opinion. Le lecteur est souvent frappé par la vigueur des éditoriaux qui critiquent les hommes politiques.

L'accession de l'île Maurice au statut de république le 12 mars 1992, constitue une étape naturelle vers une totale indépendance politique et dans l'affermissement de sa souveraineté. Car malgré l'acquisition de l'indépendance en 1968, le chef de l'Etat mauricien demeurait la Reine d'Angleterre, représentée à Maurice par un Gouverneur Général. Ainsi, Londres devait être consulté avant la prise de certaines décisions.

La république est donc synonyme de rupture totale avec le passé colonial. Le Président est élu par le parlement et remplace désormais le Gouverneur Général. Il est le Président de la République de l'île Maurice.

Cependant, le système parlementaire reste calqué sur celui de la chambre des représentants en Angleterre. Le Premier Ministre et le Conseil des Ministres représentent le pouvoir exécutif.

2.6. LE SYSTEME EDUCATIF

La politique mauricienne en matière d'éducation vise l'équité du fait de la gratuité dans les établissements publics. Le système comprend :

- l'école maternelle accueillant les enfants de 3 à 5 ans ;
- l'école primaire étant obligatoire pour tous les enfants à partir de l'âge de 5 ans et dure 6 ans;
- l'enseignement secondaire est sanctionné en fin d'études par le Higher School Certificate (HSC) équivalent du Baccalauréat français et est organisé par l'Université de Cambridge (Angleterre) ;
- face à la demande et l'accroissement du nombre d'élèves, des écoles secondaires privées et payantes se sont ouvertes à travers toute l'île;
- l'enseignement supérieur s'est développé grâce à la création de l'Université de Maurice en 1965. Trois filières principales : agriculture, administration et technologie industrielle ont été mises en place auxquelles se sont ajoutées plus récemment l'informatique et une école de Médecine.

En 2003, le taux d'alphabétisation des Mauriciens s'élevait à 85,6 % (26, 29).

3. LE SYSTEME DE SOINS AU MOMENT DE L'INDEPENDANCE EN 1968

3.1. GENERALITES

L'infrastructure sanitaire a été dans la continuité du système colonial anglais. C'est au 19^{ème} siècle que certaines mesures ont été prises afin d'assurer la protection sociale des immigrants. Le 'Poor Law Medical Service' a permis la création d'hôpitaux et de dispensaires dont la fréquentation fut d'emblée importante.

Après l'indépendance, l'effort de l'Etat fut principalement centré sur l'amélioration de la santé de la population en donnant un accès plus facile aux centres de soins. La création d'un Ministère de la Santé a permis une meilleure organisation du système de soins. La formation du personnel de santé et le Planning Familial ont été plus particulièrement développés.

Les services curatifs furent renforcés et de nouveaux services spécialisés furent créés. Ainsi fut inauguré en 1969, l'Hôpital National Sir Seewoosagur Ramgoolam (SSR) qui entra pleinement en service en 1972 avec plus de 400 lits. Parallèlement les autres hôpitaux déjà construits par la colonie anglaise se convertissaient en centres spécialisés tels, entre autres, un centre de lutte contre la tuberculose et un centre d'ophtalmologie.

En 1970, le budget de la santé s'élevait à 9,5 % du budget annuel de l'Etat et pour la même année, on dénombrait 223 médecins soit un nombre de 0,27 médecins par 1 000 habitants.

En 1973, les trois premières causes d'admissions dans les hôpitaux étaient (18) :

- 17 % pour les complications liées à la grossesse et aux accouchements ;
- 10,32 % pour les accidents, empoisonnements et violences et
- 10 % pour les infections.

Les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle représentaient seulement 5,8 % des admissions.

3.2. L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS

3.2.1. Aspect historique de la structure sanitaire

Sous la colonie anglaise, des hôpitaux et des dispensaires furent créés. En 1945, il y avait un hôpital central à Port-Louis, cinq hôpitaux répartis dans les districts et un hôpital psychiatrique. Ces hôpitaux assuraient au total 505 lits mais pas un des ces bâtiments hospitaliers n'était initialement construit pour cette fonction.

L'hospitalisation était gratuite pour les personnes qui n'avaient pas les moyens de payer soit 95 % des admissions. Le gouvernement a été vite confronté aux différents problèmes tels que : insuffisance de la capacité d'accueil, manque de personnels de santé et défaut d'hygiène dans les hôpitaux. Le problème de surpeuplement était tel qu'on trouvait fréquemment à l'hôpital deux enfants dans un même lit ou parfois deux lits côte à côte pour loger trois malades (30).

Quant aux dispensaires, ils furent créés dans plusieurs régions de l'île. Ils avaient pour fonction de filtrer les malades qui venaient en consultation générale et donc de décongestionner les hôpitaux publics. Ils disposaient de quelques lits où les malades pouvaient être suivis et soignés en attendant leur admission à l'hôpital (17).

Malheureusement, les médecins qui travaillaient dans ces centres, étaient aussi responsables de la distribution de la nourriture aux pauvres. Ce qui entraînait un gaspillage dans l'utilisation de la main-d'œuvre médicale. En 1960, on notait l'existence de 48 dispensaires sur l'île ainsi que 4 autres qui étaient mobiles.

Dans les années 60, période qui coïncida avec l'accession de l'île à l'autonomie interne, le Ministère de la Santé fut créé. L'accent fut mis sur la réorganisation et l'humanisation des structures hospitalières.

Dans les années 80, soit 12 ans après l'indépendance, le secteur public comptait :

- 7 hôpitaux généraux
- 4 hôpitaux spécialisés
- 6 centres de soins
- 59 dispensaires publics
- 5 dispensaires mobiles
- 74 centres pour familles et enfants.

Le secteur privé comptait quant à lui :

- 7 cliniques privées
- 27 dispensaires de sucreries
- 48 pharmacies privées

3.2.2. L'administration

Dès 1960, le Ministère de la Santé avait pour attributions:

- développer un système de santé qui pourrait satisfaire aux besoins de la population ;
- étudier l'influence des déterminants sociaux et domestiques sur la survenue des maladies ;

- planifier et promouvoir la santé ;
- mettre en place des mesures de préventions et de surveillance des maladies transmissibles ;
- faciliter les traitements des malades ;
- prévoir un service de « quarantaine » ;
- réadapter les malades atteints d'incapacité mentale et physique ;
- contrôler la pratique médicale, de la pharmacie et de la chirurgie dentaire ;
- assurer la formation du personnel médical et paramédical ;
- publier des rapports statistiques concernant la santé ;
- préparer un programme de planification familiale et de protection maternelle et infantile.

Les activités du Ministère étaient coordonnées par le Secrétaire Permanent lui-même épaulé par le Premier Médecin-Chef pour les aspects techniques et professionnels. Ce dernier supervisait les activités médicales curatives et préventives. Il proposait des lignes de conduite ou des plans d'action et les programmes à venir. Il était assisté par quatre autres Médecins-Chefs (Principal Medical Officer ou PMO) responsables des programmes, d'un Directeur hospitalier, d'un Pharmacien-Chef et d'un infirmier Surveillant-Chef qui étaient tous sous son contrôle.

Quatres grands programmes étaient ainsi définis :

- la médecine curative ;
- la médecine préventive ;
- la planification des soins ;
- la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le Planning Familial (PF).

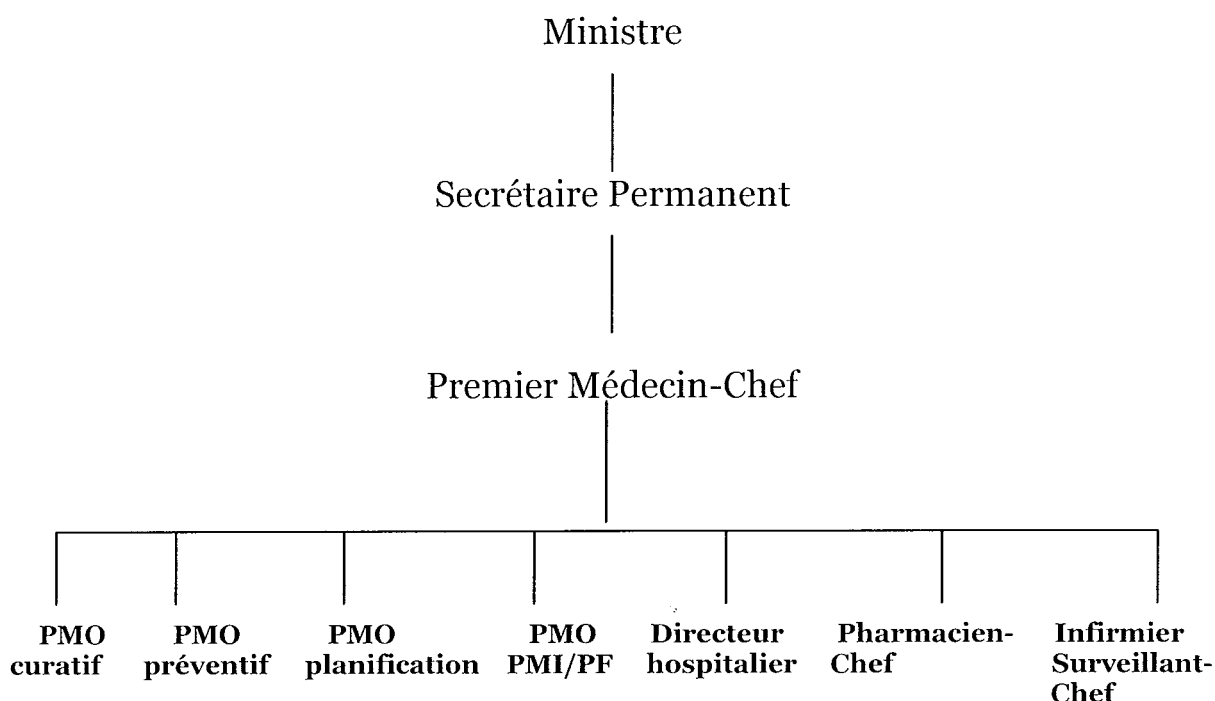


FIGURE 9 : Organisation du Ministère de la Santé

Le Médecin-Chef de la médecine curative était responsable de la gestion hospitalière. Dans ce cadre, il inspectait les centres de soins et les services annexes. Il avait la charge de l'application des décisions gouvernementales, notamment en ce qui concernaient les accidents de travail.

Le Médecin-Chef de la médecine préventive était responsable des services sanitaires internationaux, du service de santé d'environnement, de la médecine scolaire, et dirigeait les laboratoires d'analyse en matière d'hygiène nutritionnelle. Il s'occupait aussi des maladies professionnelles.

Le Médecin-Chef planificateur était responsable du développement de la santé en accord avec les lignes de conduite gouvernementales, du développement de la main-d'œuvre et dirigeait le service des statistiques.

Le Médecin-Chef responsable de la protection maternelle et infantile était responsable des centres de PMI et s'occupait du Planning Familial.

Le Directeur hospitalier était en charge des services administratifs des hôpitaux et des dispensaires.

Le Pharmacien-Chef était responsable des médicaments dans les différentes structures.

L'Infirmier Surveillant-Chef s'occupait de la section paramédicale et contrôlait les écoles professionnelles paramédicales.

Ce système de santé reposait sur une législation précise. Il s'agit du « Public Health Ordinance » du 31 Décembre 1925 qui comprend 14 Titres et 199 sections. Il a été complété par une série de lois subsidiaires et par quelques modifications réglementaires que nous ne détaillerons pas ici.

3.2.3. L'organisation des soins médicaux

Le système de santé était organisé sous forme d'une pyramide sanitaire à 3 niveaux :

- les centres de santé, premier niveau des soins de santé primaire ;
- les hôpitaux régionaux, second niveau, où étaient pratiqués les actes de petite chirurgie ou de consultations plus ou moins spécialisées ;
- et enfin, ce qui correspondrait aux CHU en France, regroupés dans les grandes villes et où se pratiquait une médecine spécialisée, troisième niveau de la pyramide sanitaire.

Il n'existait pas de système de sécurité sociale. Deux systèmes coexistaient, la médecine privée coûteuse et la médecine hospitalière gratuite destinée aux pauvres. Le médecin généraliste devait choisir entre le fonctionnariat et la médecine libérale. Pour le spécialiste, le cumul était possible sous certaines conditions.

Tous les médecins pouvaient exercer à l'hôpital, dans la limite des postes disponibles. Ils étaient fonctionnaires et percevaient un salaire mensuel fixe, quel que soit le nombre de malades examinés ou opérés. Les soins n'étaient gratuits que pour les nécessiteux, pour les autres, une somme forfaitaire était perçue en fonction de leur revenu.

A côté de ces services d'Etat existaient d'autres centres de soins subventionnés à but non lucratif comme les centres de PMI, de Bien-être social, et la Clinique Mauricienne.

3.2.4. Le secteur public

3.2.4.1. Généralités

Les soins dans les dispensaires, les centres de santé et dans les hôpitaux étaient gratuits pour les nécessiteux. Les autres payaient une somme forfaitaire minime suivant leur revenu.

3.2.4.2. Services extra-hospitaliers

Les dispensaires, premier niveau de la pyramide sanitaire, correspondent aux soins de santé primaire. Ces centres ne disposaient que de moyens limités. Ils ne comportaient pas de laboratoire, pas de lits d'hospitalisation courte et un personnel restreint, souvent mal formé. Ils traitaient les maladies bénignes non compliquées, donnaient les premiers soins aux blessés et orientaient les cas plus sérieux en cas de nécessité. Leur rôle était surtout d'éviter la congestion des services de consultations externes des hôpitaux. Les dispensaires mobiles venaient compléter ce système en se déplaçant directement dans les lieux éloignés géographiquement ou d'accès difficile.



FIGURE 10 : Community Health Centre ou Dispensaire

Les soins à domicile étaient destinés aux malades qui ne nécessitaient pas une hospitalisation. Ces soins dispensés par un personnel infirmier n'étaient destinés aux patients, souvent grabataires, qu'en milieu urbain ou périurbain.

3.2.4.3. Services hospitaliers

Les hôpitaux recevaient des malades provenant d'une région bien définie. Ils prodiguaient des soins dans diverses disciplines supervisées par des spécialistes. Ces hôpitaux accueillaient également des médecins généralistes et des étudiants en médecine d'origine mauricienne ayant fait leurs études en Inde. Les moyens de diagnostic étaient suffisants. Consultations externes, services d'urgence et de réanimation venaient compléter l'offre de soins. Ces hôpitaux procuraient également un appui diagnostique et logistique pour les dispensaires de leur région.

A côté de ce système régional, on trouvait des hôpitaux de spécialité, urbains, pourvus d'un personnel spécialisé et d'équipements adaptés et onéreux :

- l'hôpital de Moka, converti en Centre d'ophtalmologie ;
- l'hôpital de Poudre d'Or spécialisé en pneumologie où étaient également accueillis les tuberculeux ;
- l'hôpital psychiatrique Brown Séquard à Beau-Bassin;
- l'hôpital de Vacoas converti en centre d'ORL après le départ des Anglais.

Les structures publiques avaient du mal à répondre à la constante augmentation des admissions comme le montre les Tableaux 2 et 3 suivants :

Services	1974	1977	1986
Médecine	612	556	571
Chirurgie	241	299	278
Obstétrique	208	246	265
Gynécologie	90	88	93
Pneumologie	147	144	54
Orthopédie	173	207	238
Pédiatrie	166	161	220
Ophthalmologie	79	58	60
ORL	27	35	41
Maladie infectieuse	17	47	32
Dermatologie	49	37	37
Brûlés	31	32	42
Cardiologie	0	0	13
Psychiatrie	855	884	824
Total	2 695	2 794	2 768

Tableau 2 : Distribution des lits dans les hôpitaux publics de 1974 à 1986

Années	1974	1977	1986
Nombre d'admissions	67 106	86 288	119 990

Tableau 3 : Nombre d'admissions dans les hôpitaux publics de 1974 à 1986

Le nombre de médecins travaillant dans le secteur public est passé de 210 en 1973 à 416 en 1986, soit une augmentation de 49 % en 13 ans.

L'augmentation constante de l'affluence de patients, venant consulter à l'hôpital, avait pour conséquences une longue attente, une consultation rapide et un personnel moins attentif. Cette situation a été responsable de la dégradation de la confiance des populations dans leur système de soins.

En 1974, un système de consultation sur rendez-vous fut instauré ce qui a permis de diminuer les files d'attente dans certains domaines tels que la radiologie et la petite chirurgie.

Le centre de contrôle de la tuberculose a été mis en place en 1951 avec pour but de prévenir et de porter un coup d'arrêt à la transmission du Bacille de Koch. Tous les cas suspects étaient ainsi adressés à l'hôpital de Poudre d'Or spécialisé en pneumologie. L'Etat a ainsi mis en place des mesures préventives à titre de dépistage dans les localités, par le biais de la médecine scolaire et de la vaccination systématique par le BCG à l'école.

Le premier centre de Cardiologie fut créé en 1981 à l'hôpital de Candos faisant ainsi suite à l'augmentation de l'incidence des maladies cardio-vasculaires.

Un service de Radiologie était présent dans chaque hôpital régional. Les services travaillaient 24 heures sur 24, et assuraient les urgences. Les médecins en secteur privé pouvaient demander à leurs patients de faire les radiographies à l'hôpital.

Les laboratoires d'analyses avaient comme laboratoire central, l'hôpital Victoria à Candos. Les autres laboratoires y étaient attachés. Leurs compétences couvraient l'anatomo et histopathologie, la biochimie, la bactériologie, la virologie, la parasitologie, ainsi que l'hématologie. Il existait aussi un laboratoire de Santé Publique où des examens étaient effectués sur des prélèvements d'eau et d'aliments.

Un département de la médecine du travail fut créé en 1979. Il avait pour but de répondre aux problèmes de santé liés au développement de l'industrialisation, de veiller aux conditions d'hygiène dans le monde du travail et d'éduquer les travailleurs pour limiter les accidents de travail. Il déterminait également les incapacités de travail.

Les soins psychiatriques étaient centralisés au niveau d'un seul hôpital, celui du « Brown Séquard », d'une capacité d'accueil de 824 lits pour deux sections, une pour les cas aigus et l'autre pour les malades chroniques.

Le service de PMI et du Planning Familial étaient une des priorités du gouvernement. L'Etat avait reçu de l'assistance de différentes organisations et de divers pays, en particulier de l'ONU. Ces centres avaient pour missions de réduire la mortalité infantile et d'améliorer les conditions de vie des mères et des nouveaux-nés. Les différentes campagnes organisées par le Planning Familial se sont heurtées très souvent aux habitudes culturelles mauriciennes, la population se méfiant de différentes méthodes contraceptives. En 1979, seulement 25,7 % de femmes entre 15 et 49 ans avaient une contraception.

3.2.4.4. Services de la médecine préventive

Le service de la médecine préventive comportait :

- la médecine scolaire : développant l'éducation, l'hygiène, la prévention, les vaccinations et la surveillance de la gale et des teignes sévissant à l'état endémique;
- les centres de vaccinations internationales : contre le choléra, fièvre jaune et la variole. Les gens se rendant dans les pays impaludées recevaient les conseils nécessaires et un traitement prophylactique ;
- le service d'épidémiologie et surveillance des maladies contagieuses : avec une attention toute particulière vis à vis du paludisme. La vaccination systématique a été responsable de la baisse d'incidence de certaines maladies telles que la diphtérie et la poliomyélite ;
- le service d'entomologie : étudiant différents vecteurs (moustiques, puces,...) ;
- le service d'hygiène de l'environnement : avait pour but de surveiller la pollution de l'eau principalement avec le passage des cyclones, de veiller à l'hygiène alimentaire, et à la qualité des produits pharmaceutiques.

3.2.5. Le secteur privé

3.2.5.1. Les consultations privées

La plupart des médecins en secteur privé étaient essentiellement situés dans les régions urbaines. Les médicaments prescrits, sous forme de spécialités et non de génériques, étaient à la charge des patients.

Les examens complémentaires étaient rarement pratiqués en ville pour des raisons de coût élevé et de non-remboursement. Ces examens pouvaient être faits soit en clinique de manière onéreuse ou gratuitement à l'hôpital public mais au prix d'une longue attente.

3.2.5.2. L'hospitalisation privée

Il s'agissait de dispensaires des sucreries qui étaient sous la responsabilité des médecins employés par les industries sucrières. Chaque employé de l'industrie sucrière contribuait au fonctionnement de ces centres par un prélèvement systématique sur son salaire. L'historique de ces centres de santé remonte à la colonisation. En 1974, il existait 38 dispensaires de ce type. Ils étaient destinés à ne soigner que des ouvriers de l'industrie sucrière et leurs ayants-droits. Bien que contribuant financièrement à la gestion de ces centres, ils ne faisaient pas confiance aux soins prodigués dans ces établissements et préféraient se rendre à l'hôpital.

Les cliniques privées se trouvaient dans les grandes villes. Ces centres n'étaient souvent accessibles qu'aux gens riches car les

honoraires étaient élevés et aucun système de remboursement n'était prévu. En 1973, on dénombrait 6 cliniques privées pour un total de 143 lits.

3.2.6. Le personnel de santé

Le personnel paramédical était, dans sa grande majorité, embauché par l'Etat. Les médecins généralistes, chirurgien-dentistes, pharmaciens choisissaient leur mode d'exercice, libéral ou public.

Les médecins spécialistes étaient tenus de travailler en début de carrière à plein temps à l'hôpital. Ce n'était qu'après deux années de service qu'il leur était possible de pratiquer la médecine libérale, tout en exerçant leur fonction à mi-temps à l'hôpital. Il faut préciser qu'à l'île Maurice, le personnel de santé était presque entièrement mauricien, ce qui n'était pas le cas de la plupart des pays d'Afrique.

On notait une augmentation de l'effectif du personnel de santé depuis 1970 (Tableau 4). Si les zones urbaines répondaient aux critères définis par l'OMS pour le rapport personnel de santé/habitants, le cas des zones rurales était alarmant.

Professions	1970	1974
Médecins :		
Hôpitaux	140	226
Secteurs privés	71	96
Chirurgien-Dentistes	6	12
Infirmiers	820	1137
Sage-femmes	149	171

Tableau 4 : Personnel médical et para-médical à l'île Maurice en 1970 et 1974

La formation des médecins et dentistes se faisait à l'étranger car il n'y avait pas de faculté de médecine ou dentaire à Maurice. Il fallait être titulaire du 'Higher School Certificate' (l'équivalent au Baccalauréat).

Il existe depuis 1976 à l'Université de l'île de la Réunion, la possibilité de suivre les cours de PCEM I. Cette unité d'abord rattachée à la faculté de médecine de Marseille est actuellement rattachée à la faculté de médecine de Bordeaux. Les étudiants en médecine mauriciens peuvent suivre les cours à l'île de la Réunion pour entrer, après concours en fin de PCEM I, exclusivement à la faculté de médecine de Bordeaux pour le premier et deuxième cycle de médecine. Après l'examen national classant (ECN), les étudiants intègrent la faculté de médecine métropolitaine ou des DOM-TOM de leur choix.

Par ailleurs, les étudiants mauriciens peuvent s'inscrire directement dans une faculté de médecine française de leur choix en PCEM I.

Après l'indépendance, plusieurs pays comme la France, l'Inde et l'URSS offrirent des bourses d'études aux Mauriciens. La formation paramédicale était assurée par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'Université de Maurice.

3.2.7. Les médicaments

Il n'existait pas de système de remboursement équivalent à la Sécurité Sociale en France. Les médicaments étant onéreux, les pharmaciens les délivraient au détail afin de les rendre plus accessibles aux moins riches. Dans les hôpitaux et dispensaires, les médicaments étaient gratuits mais se trouvaient limités en nombre de spécialités pharmaceutiques.

Le département de pharmacie du Ministère de la Santé avait pour but d'assurer la disponibilité, la distribution de tous les produits pharmaceutiques et du matériel chirurgical dans les pharmacies de l'Etat. Il contrôlait l'achat de ces produits.

En 1975 fut créé un « Standing Drugs Comitee » qui avait pour rôle de :

- conseiller le Ministère sur la qualité et la quantité des différents médicaments indispensables ;
- établir un registre des produits pharmaceutiques régulièrement remis à jour.

Jusqu'en 1971, l'île Maurice importait la totalité des produits pharmaceutiques. A partir de cette date, une industrie pharmaceutique locale a commencé à se développer mais a été très mal perçue par les grossistes qui réalisaient de confortables bénéfices grâce à leur position monopolistique d'importation (4).

Il faut rappeler que le développement des formes génériques de médicament est relativement récent puisqu'il remonte à 1987 selon les recommandations de l'OMS pour les pays en voie de développement.

3.2.8. Le budget de la santé

Les dépenses de fonctionnement de santé pour l'année 1972 s'élevaient à 43 millions de roupies soit environ 1 millions d'euros. Le Tableau 5 montre les dépenses (en millions d'euros) totales de l'Etat et celles de la Santé en 1973 - 74 et 1974 - 75.

	1973 – 74	1974 - 75
Total des dépenses de fonctionnement de l'Etat	12,7	17,5
Services de Santé	1,05	1,45
% de dépenses de Santé par rapport aux dépenses totales	8,3%	8,29%

Tableau 5 : Dépenses de fonctionnement de Santé en millions d'euros en 1973-74 et 1974-75

3.3. L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION DANS LES ANNEES 70

3.3.1. Taux de fécondité et de naissances

Le taux de fécondité est le nombre moyen d'enfants chez les femmes de 15 à 50 ans. Une baisse a été constatée entre 1960 et 1980 due au succès de la campagne du Planning Familial, lancée dès 1960 (34). Les taux de fécondité à l'île Maurice de 1960 à 1980 et le taux de naissances pour 100 000 habitants sont montrés dans les tableaux suivants :

Années	Taux de fertilité
1960	5,82
1962	5,72
1967	4,24
1970	3,65
1972	3,25
1977	3,06
1980	2,7

Tableau 6 : Taux de fécondité (naissances par femme) de 1960 à 1980 à l'île Maurice

Année	Population au mois de Juin	Taux de naissance pour 100 000 habitants
1968	781 615	312
1969	792 893	274
1970	805 489	268
1971	816 561	255
1972	826 199	248

Tableau 7 : Taux de naissance pour 100 000 habitants à l'île
Maurice de 1968 à 1972

On ne pouvait nier les grands efforts faits par le gouvernement pour le PMI et le Planning Familial. Dans cette optique le Ministère de la Santé essayait de faciliter les consultations en augmentant le nombre des centres de PMI et du personnel médical et paramédical.

3.3.2. Taux de mortalité

Le Tableau 8 nous montre une tendance à la baisse du taux de mortalité à l'île Maurice dans les années 70 (20). Il témoigne de la hausse de l'espérance de vie en partie liée à l'amélioration des conditions sanitaires et de la baisse de la mortalité périnatale (Tableau 9).

Année	Population	Nombre de décès	Taux de décès par 1 000 habitants
1968	788 955	7 126	9,03
1969	801 236	6 428	8,02
1970	813 400	6 309	7,75
1971	824 815	6 248	7,57
1972	834 486	6 506	7,79

Tableau 8 : Taux de décès par 1 000 habitants à l'île Maurice de 1968 à 1972

ANNÉE	Taux de mortalité périnatale	
	Nombre	Taux pour 1 000 naissances
1968	1 651	64,70
1969	1 451	64,00
1970	1 316	58,50
1971	1 233	56,90
1972	1 228	57,90

Tableau 9 : Taux de mortalité périnatale à l'île Maurice de 1968 à 1972

Ce taux élevé de mortalité périnatale préoccupait le gouvernement mauricien et l'a incité à nommer un Directeur de la PMI avec intégration du mouvement de la planification familiale. L'aide d'un conseiller de l'OMS avait aussi été retenue. Entre janvier 1973 et septembre 1974, le nombre de centres de PMI et du Planning Familial, était passé de 67 à 74. Ces centres étaient bien répartis dans l'île. De plus, chaque centre disposait d'une équipe mobile qui visitait 40 à 50 villages une fois par mois.

3.3.3. Incidences des maladies au moment de l'indépendance

Le Tableau 10 résume des statistiques sur la morbidité en montrant les causes d'admissions ou de consultations externes dans les hôpitaux et dispensaires en 1973 avec une classification par maladie (20).

CAUSE	Nouveaux cas	% Total
Grippe	59 197	11,15
Accidents, empoisonnements, violences	50 438	9,49
Anémie	42 812	8,06
Maladies de la peau	41 174	7,75
Avitaminoses et autres états de carence	33 869	6,37
Helminthiases	31 564	5,94
Entérites et autres maladies diarrhéiques	28 390	5,34
Gastrite et duodénite	23 124	4,35
Bronchite, emphysème et asthme	17 763	3,34
Rhumatisme non articulaire	16 319	3,09
Otite moyenne et mastoïdite	12 253	2,31
Affections aiguës des voies respiratoires	11 616	2,20
Maladies ophtalmiques	10 384	1,96
Accouchement sans mention de complication	7 396	1,39
Maladie hypertensive	6 818	1,28
Arthrite et spondylite	6 502	1,22
Complications de grossesse, accouchement et des suites de couches	2 749	0,51
Maladies cardio-vasculaires (maladie hypertensive exclue)	2 338	0,44
Avortements	2 013	0,37
Diabète sucré	1 046	0,19
Ulcère de l'estomac et du duodénum	966	0,18
Tumeurs malignes	929	0,17
Pneumonies	794	0,15
Lithiase biliaire et cholecystite	726	0,14
Appendicite	534	0,10
Occlusion intestinale et hernie	437	0,08
Rhumatisme articulaire aigu	232	0,04
Autres	117 878	22,39
TOTAL	530 261	100

Tableau 10 : Causes d'admissions ou de consultations externes dans les hôpitaux et dispensaires en 1973

Il est à noter que le Ministère de la Santé ne disposait que de peu de statistiques ou de chiffres suffisants pour publier des études à cette époque. Néanmoins, des congrès médicaux ayant eu lieu régulièrement sur l'île facilitaient ainsi la diffusion des travaux embryonnaires. Les premières Journées Médicales de l'Océan Indien eurent lieu du 4 au 7 novembre 1974 et furent l'occasion par un certain nombre de nos confrères d'exposer leurs travaux et de les confronter à d'autres.

On peut retenir un des premiers travaux sur l'île effectué au département de médecine de l'hôpital Sir Seewoosagur Ramgoolam, à propos de l'ischémie myocardique dans la partie Nord de l'île. Les résultats avaient apporté de nouveaux éléments dans la recherche sur l'athérome (31) :

- il existait une incidence de la maladie coronarienne dans une région où le niveau économique était relativement bas ;
- l'ischémie du myocarde suivait un modèle similaire à celui rencontré dans les pays développés ;
- les facteurs de risques tels que l'hypertension artérielle, les anomalies lipidiques, le diabète, le tabac et le régime alimentaire étaient significatifs ;
- les mauriciens d'origine indienne dans la région étudiée constituaient un groupe particulier, analogue à celui de Ceylan, de la Polynésie et des tribus nomades Masaï et Samburu avec une susceptibilité accrue à l'ischémie du myocarde par rapport aux autres ethnies présentes sur l'île.

DISTRICT	Nombre de Fièvre Typhoïde	Nombre de Diphtérie	Nombre de Tuberculose	Nombre de Malaria	Nombre de Lèpre
Port-Louis	3	-	102	1	1
Pamplemousses	4	1	23	-	-
Rivière du Rempart	2	-	27	-	-
Flacq	2	-	27	-	-
Grand Port	2	1	12	4	-
Savanne	-	-	16	-	-
Plaines Wilhems	4	-	61	8	-
Rivière Noire	2	-	8	-	1
Moka	2	-	9	-	-

Tableau 11 : Distribution des maladies à déclaration obligatoire à l'île Maurice par district en 1973

Année	Fièvre Thyphoïde	Diphtérie	Poliomyélite	Tuberculose	Lèpre	Méningite
1970	45	8	-	436	1	-
1971	25	17	-	307	-	-
1972	30	24	-	367	1	1
1973	21	2	-	285	2	-
1974	20	10	-	267	1	-
1975	22	1	-	110	-	-

Tableau 12 : Maladies contagieuses ou transmissibles à l'île Maurice de 1970 à 1975

Ces deux tableaux représentent la distribution des maladies à déclaration obligatoire et des maladies contagieuses. Les chiffres avancés doivent être nuancés car il n'est pas exclu qu'un certain nombre de ces maladies ne soit pas déclaré. Les maladies contagieuses ou transmissibles faisaient de moins en moins de victimes notamment pour la fièvre typhoïde et la tuberculose.

3.4. QUELQUES GRANDES PATHOLOGIES

3.4.1. Maladies contagieuses et tropicales

Avec le programme de vaccinations, on constatait que les maladies comme la poliomyélite et la diphtérie tendaient à disparaître. Les maladies sexuellement transmissibles (MST) avaient connu une forte progression dans les années 80. Le nombre de cas de syphilis était passé de 32 en 1978 à 56 en 1984, et le nombre de gonococcies de 206 en 1978 à 450 en 1984 malgré l'ouverture de la Clinique d'Hygiène Sociale responsable des MST. Cette progression était sans doute liée à un meilleur dépistage et à une plus grande motivation des patients infectés dépassant la notion MST égale à maladie honteuse.

3.4.1.1. Tuberculose pulmonaire

La tuberculose pulmonaire restait endémique malgré une baisse importante des cas déclarés. Les régions les plus touchées étaient les districts de Port-Louis et Plaines Wilhems. Le programme de surveillance et de contrôle de la tuberculose commença en 1951 avec comme objectifs le traitement efficace de tous les tuberculeux et la vaccination. Les facteurs favorisant cette maladie étaient l'alcoolisme, la promiscuité, une mauvaise hygiène et la malnutrition. Des campagnes d'éducation et de sensibilisation à cette maladie ont été mises en place dans les écoles.

3.4.1.2. Paludisme

Les premiers cas de paludisme furent découverts à l'île Maurice en 1865, importés d'Afrique et d'Inde. Depuis lors, le paludisme devint endémique sur l'île. Plusieurs tentatives d'éradication de la maladie avaient été faites. En 1951, on rapporta la disparition de l'*Anophèle funestus* remplacée par l'*Anophèle gambiae* devenue le principal vecteur.



FIGURE 11 : L'*Anophèle gambiae* prenant son repas de sang

En 1973, l'OMS délivra à l'île Maurice le certificat d'éradication du paludisme mais il fut créé ensuite le « Malaria Control Unit » formé d'Experts sous la houlette de l'OMS. Cette unité avait pour but de se rendre dans les villages et les villes pour détecter les cas de paludisme, détruire les foyers paludéens, les gîtes larvaires et traiter sur place les cas avérés. La petite surface de l'île et la coopération des habitants facilitaient le contrôle mais deux problèmes gênaient la campagne antipaludéenne :

- les passages de cyclones créant de nouveaux gîtes larvaires ;
- la proximité des pays endémiques tels que l'Afrique et Madagascar.

Actuellement, la chimioprophylaxie est inutile pour se rendre à l'île Maurice.

3.4.1.3. Bilharziose

Seule la bilharziose urogénitale était présente sur l'île. Elle est due au *Schistosoma haematobium* dont le vecteur est un mollusque d'eau douce, le *Bulinus cernicus*. Le premier cas de bilharziose avait été déclaré en 1880. En 1985, des experts de l'OMS étaient venus dans l'île pour étudier ce problème et avaient créé le « *Schistosoma Control Unit* ». Une aide financière et technique avaient été assurées par l'OMS pour mettre en oeuvre de nouvelles actions antibilharziennes. Le vecteur est toujours présente actuellement sur l'île.

3.4.2. Maladies cardio-vasculaires

Dans les années 70, les maladies cardio-vasculaires étaient au second plan dans les campagnes de prévention concentrées essentiellement sur les maladies infectieuses et parasitaires. Actuellement les pathologies cardio-vasculaires : infarctus du myocarde, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux prennent une place prépondérante.

Depuis les années 70, il y a eu un changement dans les habitudes alimentaires et le mode de vie des Mauriciens. Le développement de l'industrie, du commerce et du tourisme ont favorisé l'augmentation du niveau de vie. Comme dans les autres pays en voie de développement et plus industrialisés, on retrouve les facteurs de risques habituels tels qu'hyperlipidémies, tabagisme et obésité. La mise en place des moyens techniques et humains sophistiqués ont favorisé par ailleurs, la découverte de plus en plus précoce des maladies cardio-vasculaires.

3.4.3. Les maladies psychiatriques

3.4.3.1. Hôpital psychiatrique de Brown Séquard

Il est le seul hôpital psychiatrique sur l'île, situé à Beau-Bassin. C'est un hôpital public. Il est dirigé par un Médecin-Chef, et était doté d'une capacité d'accueil de 824 lits. On y trouvait deux secteurs :

- une section pour les cas aigus ;
- une section pour les malades chroniques.

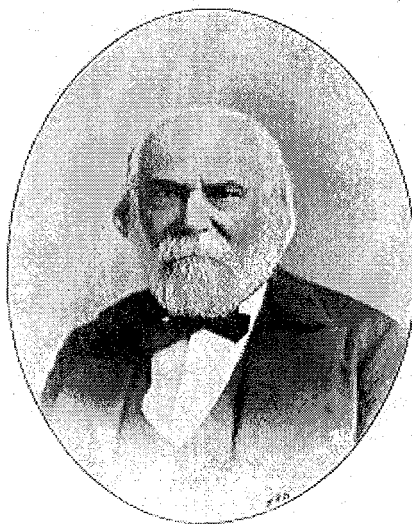
Les principaux groupes de maladies qu'on rencontrait, étaient : les névroses, les dépressions, les psychoses, l'alcoolisme, la toxicomanie et les épilepsies. Ils sont répertoriés dans le tableau suivant.

Causes d'hospitalisation	Nombre de cas	Pourcentage
Dépressions	367	23,7
Alcoolisme	303	22,8
Névroses	315	20,4
Psychoses	315	20,4
Toxicomanie	115	7,4
Epilepsies	59	3,8
Troubles métaboliques	8	0,5
Autres	14	0,9
TOTAL	1 546	100

Tableau 13 : Nombre de cas d'hospitalisation par causes de maladies en psychiatrique en 1981

3.4.3.2. Hommage à Brown Séquard

Charles Edouard Brown Séquard est né à l'île Maurice le 18 avril 1817 à Port-Louis. Sa mère est mauricienne de souche française et son père est un marin américain. Il quitta l'île à l'âge de 21 ans et huit ans plus tard obtenait son Doctorat d'Etat en Médecine, à l'Université de Paris. Il s'est très vite intéressé à la physiologie expérimentale.



C. E. Brown Séquard

FIGURE 12 : Portrait de Brown-Séquard

Sa langue maternelle, son éducation et sa formation médicale étaient françaises mais, l'île Maurice étant devenue anglaise quelques années avant sa naissance, sa nationalité était britannique et il ne pouvait pas, par conséquent, être nommé à un poste permanent dans une institution française. Ceci explique, en partie du moins, sa vie

mouvementée, durant laquelle il erra sans cesse pendant plusieurs décennies entre la France, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne et l'île Maurice, sans jamais trouver de situation qui le satisfasse. Cette période difficile dura jusqu'en 1879, lorsque, ayant finalement acquis la nationalité française, il succéda à Claude Bernard dans la chaire de médecine expérimentale au Collège de France.

Ses travaux ont contribué à une meilleure connaissance de la physiologie du système nerveux essentiellement sur les voies sensitives de la moelle épinière, l'innervation vasoconstrictrice, l'inhibition nerveuse et l'épilepsie expérimentale (14). On donna ensuite son nom à une partie de ses recherches : le « syndrome de Brown Séquard » qui est une atteinte de l'hémi-moelle avec un syndrome cordonal postérieur du côté homolatérale et un syndrome spinothalamique du côté controlatéral par atteintes des fibres qui croisent. Ce syndrome associe donc sur le plan clinique une hémiparaplégie avec une hémianesthésie profonde du côté de la lésion et une hémianesthésie douloureuse, thermique et tactile du côté opposé à la lésion. Les étiologies de cette atteinte médullaire peuvent être tumorale, traumatique, ischémique, infectieuse, ou inflammatoire.

3.5. LA MEDECINE TRADITIONELLE

On a souligné que les Mauriciens sont d'origine ethnique, raciale, culturelle et culturelle multiples. De cette diversité est née une importante gamme de remèdes aux origines plus ou moins connues très utilisée sur l'île.

Dans l'esprit populaire, les rivalités religieuses ont une curieuse conséquence dès lors qu'il s'agit de pouvoirs occultes. C'est ainsi que beaucoup de musulmans mauriciens étaient assurés que leur religion était la meilleure mais qu'en matière de sorcellerie, les créoles étaient les plus forts faisant appel aux « longanistes » ou sorciers créoles experts en diableries et en constant rapport avec le monde des esprits. Longaniste vient du l'onguenniste, fabricant-marchand d'onguent et par extension de remèdes mystérieux. De même il existait chez les musulmans, le « maulana », marabout musulmans ou le « poussari » réputé parmi les hindous.

Les inter-relations entre religion et santé à travers les comportements issus des pratiques et des croyances religieuses croisées, mélangées et spécifiques à Maurice sont très profondes. La culture et la santé sont étroitement liées à tel point que les différences d'ordre culturel ont souvent des implications aussi sensibles que les différences d'ordre social ou économique.

Le passage d'une société construite autour de la plantation sucrière à une société moderne, en croissance économique rapide est générateur d'une formidable évolution sociale. Ce n'est pas seulement les déterminants nouveaux comme la pollution, les modifications

alimentaires et les activités qui sont en cause, mais également, les réactions à la modernité, aux bouleversements du quotidien, à la remise en cause d'une société où, jusqu'alors, et malgré les tensions, la place de chacun était claire pour tous. Cette image se brouille désormais, société où les réponses données auparavant aux questions sur la signification de la douleur et de la mort semblent tâtonner entre des univers contradictoires.

Tous ces remaniements de la société mauricienne, évolution à partir de l'époque coloniale, migrations multiculturelles, métissages multiples, langues, religions, pratiques relatives à la santé sont entraînés par un courant irrésistible. Chaque groupe humain a apporté une pierre à l'édifice, puisque la société mauricienne s'est construite à partir de vagues d'immigration successives.

Les Européens, leurs esclaves africains et malgaches, les travailleurs indiens et les commerçants chinois occupèrent des niches différentes dans une société fondée sur les plantations sucrières, société très inégalitaire où les appartenances culturelles et la référence aux origines étaient constitutives de l'identité et du destin assignés à chaque personne.

Avec le temps, les contrastes originels se sont nuancés, les descendants des Indiens sont ainsi devenus majoritaires et se sont peu à peu affirmés à tous les niveaux. Ils occupent actuellement les principaux postes politiques, administratifs et intellectuels de l'île.

Les descendants directs des colons européens contrôlent l'essentiel des terres et des usines sucrières. Ils ont donné à l'île Maurice une orientation résolument moderne en développant le tourisme et l'industrie. Le modèle social et économique d'une modernité accélérée atténue les frontières entre les différents groupes sociaux.

Deux axes se dessinent ainsi :

- l'un économique avec le développement de la « lutte des classes » : conflits syndicaux et oppositions sociales surgissent sur la base d'un partage plus égal de la richesse et des pouvoirs.
- l'autre axe est ethnique. Longtemps des groupes ethniques clairement définis, dotés d'institutions religieuses et sociales entretenant souvent des liens privilégiés avec leurs pays d'origine ont valorisé un communautarisme qui demeure perpétuellement implicite dans les relations entre les individus et entre les groupes. La solidarité ethnique souvent inexprimée mais latente dans la vie quotidienne, peut se renforcer lors de tensions voire se cristalliser en période électorale sous forme de factions politiques qui, sans être explicitement ethnique, s'identifient majoritairement à une communauté.

Ce double héritage des contraintes anciennes et des humiliations subies par bien des groupes sociaux lors de la période coloniale a été amplifié par le fait qu'il s'agit d'une petite société insulaire. Les certitudes ainsi figées assuraient une certaine cohérence en assignant à chacun une place bien définie et qui était peu altérée avant le choc de l'évolution vers la modernité.

Ainsi l'évolution vers l'éclatement de la structure familiale, de l'organisation traditionnelle de la société autour des anciens est à l'origine de bien des angoisses surtout chez les laissés pour compte de la modernité.

Les patients combinent leurs demandes entre un système de santé moderne organisé et accessible et d'autres thérapies plus traditionnelles ou religieuses. On dénombre aujourd'hui au moins 12 catégories de soignants à l'île Maurice (2) :

- les médecins de formation scientifique occidentale
- les médecins et les pharmaciens chinois
- les praticiens ayurvédiques
- les homéopathes
- les herboristes sud indiens
- les matrones Indo Mauriciennes et créoles
- les guérisseurs créoles
- les prêtres catholiques et autres soignants religieux
- les prêtres guérisseurs hindous
- les prêtres guérisseurs musulmans
- les religieux bouddhistes
- les sorciers de tous les groupes ethniques ou religieux.

Chaque groupe a ainsi apporté à la fois ses pratiques religieuses et culturelles avec des conceptions différentes de la maladie et de la santé. Si bien que les choix que font les individus dans leur recherche de soins franchissent aisément les barrières ethniques et les oppositions religieuses.

Grâce à cette diversité médicale, les lieux de soins sont des lieux privilégiés de perméabilité inter-ethnique favorisant un lien social. Ils mettent en contact des traditions aux origines les plus diverses construisant ainsi une pratique inter-ethnique.

Ce pluralisme médical trouve là un usage social certain. Il construit ainsi des passerelles entre cultures et participe à l'édification de la créolité commune par delà les différentes cultures (2).

4. LES COOPERATIONS SANITAIRES INTERNATIONALES

4.1. L'Organisation Mondiale de la Santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est une organisation de santé intergouvernementale. Elle dispose d'un pouvoir exécutif qui lui est propre et jouit de l'autonomie financière. Sa constitution a été établie en accord avec la Charte des Nations Unies au cours d'une conférence internationale de la santé qui s'est tenue à New York en 1946. Tous les Etats peuvent adhérer à l'Organisation simplement en acceptant sa constitution. Elle entretient des relations régulières et étroites avec tous les organismes intéressés aux progrès de la santé publique. Ce faisant, elle reste fidèle au noble principe de la coopération internationale. Elle fournit du personnel médical et technique apte à aider les gouvernements à lutter contre les maladies, à renforcer leurs services de santé, à former le personnel sanitaire local, à améliorer l'hygiène et à développer la recherche médicale. Sa mission reste «l'obtention du meilleur niveau de santé à toutes les personnes » (Article 1 de la constitution de l'OMS).

L'accord pour l'apport de supports logistiques entre l'OMS et le gouvernement de l'île Maurice fut démarré en octobre 1970 (38). Depuis, il y a eu une coopération très efficace entre le pays et l'OMS ayant pour résultats de bonnes performances du pays sur le plan du développement du secteur de la santé. Le bureau de l'OMS sur l'île reçoit des ressources financières par des versements réguliers. Le Tableau 14 fait état des dépenses dans les douze secteurs de travail décrits par l'OMS comme prioritaires en 2002-2003.

No.	Area of Work	Regular Budget US \$ (%)
1	Communicable Disease Surveillance (CSR)	35,800 (3.35)
2	Malaria (MAL)	44,200 (4.15)
3	Tuberculosis (TUB)	45,000 (4.22)
4	Integrated Approach to Surveillance Prevention of Non Communicable Diseases (NCD)	249,000 (23.36)
5	Reproductive Health Research (RHR)	80,000 (7.50)
6	HIV/AIDS (HIV)	119,000 (11.16)
7	Health Promotion (HPR)	65,000 (6.10)
8	Mental Health and Substance abuse (MNH)	93,000 (8.72)
9	Blood Safety and Clinical Technology (BCT)	50,000 (4.69)
10	Evidence for Health policy (GPE)	60,000 (5.63)
11	Research Policy and Promotion (RPC)	23,000 (2.16)
12	Organization of Health Services (OSD)	202,000 (18.95)
	TOTAL	1,066,000

Tableau 14: Budget de l'OMS pour la République de l'île Maurice par
secteur de travail pour 2002-2003

4.2. LA BANQUE MONDIALE

La Banque Mondiale est une organisation créée pour lutter contre la pauvreté en finançant les Etats. Son objectif est de réduire le fossé qui existe entre les pays riches et les pays pauvres, en utilisant les ressources des premiers pour assurer la croissance des seconds. Elle aide ainsi les gouvernements des pays en finançant la construction d'écoles, de centres de santé, en permettant l'accès à l'eau potable et à l'électricité, en luttant contre les maladies et en protégeant l'environnement. Elle compte aujourd'hui 184 pays membres et son fonctionnement est assuré par le versement d'une cotisation des Etats membres les plus riches.

Elle accorde aux pays en développement des prêts à faible taux d'intérêts ou sans intérêts, et des dons. Les prêts sont versés en fonction de considérations purement économiques. En contrepartie, elle donne des recommandations aux gouvernements des pays qu'elle soutient en ce qui concerne la répartition du budget accordé. Ces prêts permettent aux pays aidés de moins emprunter auprès des banques commerciales, qui pratiquent généralement un taux d'intérêts élevé. La Banque Mondiale offre par ailleurs des échéances plus longues, avec un remboursement sur une vingtaine d'années, celui-ci ne débutant en général qu'après un délai de trois à cinq ans.

Depuis l'indépendance de l'île Maurice, la Banque Mondiale a soutenu le développement d'une trentaine de projets dont deux grandes interventions au sein du pays : développement de l'éducation et de l'accès aux soins (23).

4.3. LA FRANCOPHONIE

Presque quarante ans se sont écoulés depuis la création, en 1970, à Niamey, capitale de Niger, de l'agence de coopération culturelle et technique qui marqua le point de départ de la Francophonie institutionnelle. 21 pays s'étaient alors réunis pour jeter les bases d'une nouvelle coopération. Et c'est donc à Niamey qu'ont été véritablement définis les principes et les objectifs fondateurs de la construction de la Francophonie multilatérale qui continuent d'incarner le socle idéologique de la communauté francophone. La Francophonie est, tout à la fois, une communauté ancienne et une organisation moderne. Une organisation moderne et originale puisqu'elle était, avec le Commonwealth, la seule

communauté, fondée sur le partage d'une langue. L'originalité de la Francophonie réside donc dans cette adhésion fondée sur une culture et une langue, et par là même sur les valeurs qu'elles véhiculent et qui ont pour nom la liberté, la démocratie, les droits de la personne humaine. La réalité francophone est née et voulue hors de France, essentiellement sur le continent africain. Ce continent est le berceau de la Francophonie et incarne, aussi, son avenir. Au-delà de l'Afrique, l'espace francophone s'est ouvert aux pays asiatiques et de l'Europe de l'Est. L'idéal francophone est placé sous le signe du respect de la diversité culturelle et linguistique. La Francophonie est à la fois une et plurielle. Depuis 1997, compte tenu du contexte mondial et du progrès technologique, l'organisation s'est donnée une dimension politique en nommant son premier Secrétaire Générale (41).

L'île Maurice en fait partie de l'organisation car elle a connu la colonisation française et a accueilli en 1993, un des sommets de la Francophonie. Au-delà de l'héritage de l'histoire, cette situation très favorable est le résultat d'une action continue et concertée, avec la promotion du débat d'idées impliquant à la fois l'intervention d'experts français dans le concert intellectuel insulaire et la contribution d'intellectuels mauriciens aux manifestations scientifiques françaises. Dans cette perspective, il s'agit d'encourager l'organisation de tables rondes, colloques, séminaires, ateliers tout en élargissant l'audience du cycle mensuel de conférences-débat, très prisé par les élites locales, animé alternativement par une personnalité française et un intellectuel mauricien, au centre culturel français, à l'Université de Maurice et en milieu scolaire. La formation des futures élites sur l'île est l'épine dorsale de la coopération bilatérale entre la France et Maurice et demeure une priorité. Plus de la moitié des crédits de coopération de l'ambassade lui

sont consacrés chaque année permettant ainsi des étudiants mauriciens de poursuivre des études médicales universitaires et post-universitaires en France.

4.4. LE COMMONWEALTH

Le 'Commonwealth of Nations' est l'association, créée en 1926, des pays ayant fait partie de l'ancien Empire britannique. Les pays membres sont unis par leurs intérêts communs, mais sont souverains. Ils ne sont liés par aucun traité et peuvent rester neutres lorsqu'un conflit engage un ou plusieurs d'entre eux. A ce jour, le Commonwealth compte 54 Etats membres dont l'île Maurice qui en est devenue membre dès le lendemain de son indépendance. L'île Maurice, tout comme le Canada, a la particularité de faire partie de la Francophonie et des pays du Commonwealth. On voit là l'héritage laissé par le passage des deux colonies, anglaise et française.

Le Commonwealth est une association de pays libres et égaux, dont l'adhésion reposait sur une allégeance commune à la couronne britannique. L'association crée des programmes de solidarité et de coopération internationale pour aider les petits Etats membres. En matière de santé, l'île Maurice bénéficie des aides logistiques notamment pour combattre le fléau du SIDA. Le dernier symposium sur la promotion du système de soins dans les pays membres a eu lieu le 2 avril 2008 où l'accent a été mis sur l'éducation médicale et le tourisme médical en ce qui concerne l'île Maurice (5).

Depuis ces dernières années, l'économie de l'île a été l'objet de plusieurs réformes qui lui ont permis d'être dotée d'une économie ouverte et compétitive. D'autres possibilités existent et c'est dans cette optique que l'organisation du Commonwealth veut promouvoir le tourisme médical.

4.5. LIEN ENTRE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX ET L'ILE MAURICE

Les médecins des pays industrialisés bénéficient de l'enseignement post-universitaire et de la formation médicale continue. Ces derniers jouent un rôle important dans la qualité des soins. La présence régulière depuis une dizaine d'années dans l'Océan Indien de l'Université de Bordeaux II a beaucoup contribué à la formation des confrères mauriciens.

4.5.1. L'accès au PCEM I

L'Université de Bordeaux II a été sollicitée dès octobre 1984 pour prendre le relais de l'Université de Marseille en assurant, en liaison avec l'Université de la Réunion, l'organisation de la première année de médecine qui avait été mise en place quelques années auparavant. Ainsi, depuis octobre 1984, une trentaine de Réunionnais et de Mauriciens se sont inscrits chaque année en PCEM I à la Réunion et suivent un enseignement établi sur le programme de l'U.F.R. I. Ces étudiants sont soumis aux épreuves du concours de première année de l'U.F.R. I le même jour et à la même heure que les candidats à Bordeaux. Cette

mesure a été bénéfique pour les étudiants des deux îles, leur évitant ainsi un voyage d'environ 12 000 kilomètres et des difficultés d'adaptation à un moment crucial de leurs études.

4.5.2. Historique

Vers la fin de 1984, il était prévu que les hospitalo-universitaires bordelais interviendraient à l'île de la Réunion dans le cadre de la formation médicale continue des médecins réunionnais. Le Ministère de la Santé de l'île Maurice entreprit ainsi des démarches auprès de l'Université de Bordeaux II afin que ses hospitalo-universitaires puissent intervenir également à l'île Maurice auprès des médecins mauriciens. Plusieurs accords ont été signés au fil du temps et il est important de souligner l'aide précieuse, aussi bien financière que technique, apportée à chacune de ces occasions par la Mission Française de Coopération. Les frais de séjour de ces médecins à Maurice sont à la charge du Ministère de la Santé de l'île Maurice.

Depuis 1980, un consulat de l'île Maurice a ouvert ses portes à Bordeaux. Sa présence dans cette ville est liée au nombre important d'étudiants mauriciens choisissant Bordeaux comme ville de faculté en France. Le climat du sud-ouest, la réputation internationale de l'Université de Bordeaux et/ou la présence d'un ami ou d'un proche à Bordeaux sont les critères de choix pour cette destination.

4.5.3. La formation en Santé Publique à l'île Maurice

En 1989, après analyse de l'organisation sanitaire locale, des potentialités et des pesanteurs qui existaient à l'île Maurice, la formation des médecins des centres de santé a été définie comme prioritaire. Cette idée a été très favorablement accueillie par les responsables de l'Institut de Santé et par les membres du cabinet ministériel. En même temps, se concrétisait à Bordeaux la création d'une U.F.R. de Santé Publique. Il lui a été confié la prise en charge de toutes les actions pédagogiques déjà réalisées dans les DOM-TOM et ailleurs. C'est ainsi que naquit l'idée de mettre en place, au sein de l'Institut de Santé de Pamplémousses, un diplôme de Santé Publique. La relation se fait avec le service du Pr. R. Salamon dans le cadre de la Convention du 12 janvier 1990 suivant :

PASSE ENTRE :

- LE MINISTERE DE LA SANTE DE L'ILE MAURICE,
- L'UNIVERSITE DE BORDEAUX II, représentée par le Directeur de l'U.F.R. de Santé Publique, Chargé de Mission dans les DOM-TOM auprès du Président de l'Université,
- L'INSTITUT DE SANTE DE L'ILE MAURICE.

En application de la Convention Générale conclue entre le Ministère de la Santé de l'île Maurice et l'Université de Bordeaux II, il a été décidé :

ARTICLE 1 :

Il a été décidé que le diplôme d'Université dans le domaine de la Santé Publique et de l'Epidémiologie délivré par BORDEAUX

Il sera mis en place à l'île Maurice.

ARTICLE 2 :

L'enseignement d'une durée de deux ans sera assuré en collaboration avec des enseignants de l'Université et de l'Institut de Santé de l'île Maurice, et par des enseignants de l'Université de Bordeaux II, maître d'oeuvre. D'autres enseignants pourront être néanmoins associés à cette formation à la demande de la Comission Pédagogique.

ARTICLE 3 :

Le diplôme correspondant à cet enseignement sera délivré sous le sceau de l'Université de Bordeaux II. Il sera remis sous la double signature Bordeaux II – Ministère de la Santé de l'île Maurice.

ARTICLE 4 :

Le programme des enseignements sera fixé au sein d'une Comission Pédagogique par les enseignants de Bordeaux II en concertation avec l'Institut de Santé de Maurice.

ARTICLE 5 :

Les candidats admis à s'inscrire à ce DU seront désignés par l'Université de Bordeaux II, sur proposition du Ministère de la Santé de l'île Maurice. Les étudiants devront s'inscrire à l'Université de Bordeaux II.

ARTICLE 6 :

Les enseignements seront assurés par l'Université de Bordeaux II à titre gracieux. La prise en charge des missions des enseignants (frais de voyage et de séjour), fera l'objet d'une demande des autorités mauriciennes aux autorités françaises.

ARTICLE 7 :

Le présent avenant est signé par les parties en présence. Il est valable pour une durée de deux ans renouvelables par tacite reconduction. Il peut être dénoncé par l'une des parties avec un préavis de trois mois.

En octobre 1992, il y a eu la création d'un poste de Médecin Coopérant Français dans les suites de cette collaboration. Ce poste est celui d'un spécialiste en Epidémiologie et conseiller technique au Ministère de la Santé. Il est nommé et affecté à l'Institut de Santé de Pamplémousse et son rôle attendu est :

- de conseiller et prêter son concours au Ministère de la Santé dans le domaine de la santé publique ;
- de définir les activités de formation dans le domaine de la santé publique ;
- de conseiller et de participer aux activités de recherche entreprises par le Ministère de la Santé et l'Institut de Santé ;
- d'être en liaison et de collaborer avec les agences internationales liées à la santé ;
- de participer à la formation du personnel de l'Institut de Santé et du Ministère dans le domaine de la recherche appliquée.

Le souhait de tout médecin mauricien est que cette collaboration entre la France et l'île Maurice perdure et soit source de progrès dans tous les domaines de la santé à Maurice.

5. LE SYSTEME DE SOINS ACTUEL

5.1. EPIDEMIOLOGIE

Ces dernières années, le gouvernement a effectué de nombreux investissements afin de moderniser l'offre de soins dans le secteur public, en renforçant les services existants et en créant de nouveaux, ceci notamment pour faire face aux besoins de santé croissants de la population et à l'émergence de nouvelles maladies, appelées « non communicable diseases » ou « maladies non transmissibles », telles que le diabète et les pathologies cardio-vasculaires (25).

En 2006, l'OMS a établi une feuille de données sur le système de santé à l'île Maurice (cf. Tableau 15).

Statistiques		Années	Île Maurice	Région Africaine
Population	(000)	2005	1 245	738 083
Taux de croissance annuel	(%)	1995-2004	0,9	2,2
Population urbaine	(%)	2005	44	38
Taux de fertilité par femme		2004	2,0	5,3
Espérance de vie chez les hommes	années	2004	69	47
Espérance de vie chez les femmes	années	2004	75	49

Tableau 15 : Statistiques à partir de la feuille de données de l'OMS en 2006

Au niveau de l'accueil en 2006, les structures publiques représentaient 3 561 lits répartis comme suit :

- 2 409 lits dans les cinq hôpitaux régionaux ;
- 811 lits dans l'hôpital psychiatrique ;
- 93 lits dans les deux hôpitaux de districts de Souillac et Mahébourg ;
- 63 lits dans l'hôpital spécialisé dans les affections ORL ;
- 63 lits dans l'hôpital spécialisé dans les affections cardio-vasculaires ;
- 62 lits dans l'hôpital spécialisé dans les affections pulmonaire ;
- 57 lits dans l'hôpital spécialisé dans les affections ophtalmologiques et
- 3 lits pour les affections dermatologiques.

Le secteur privé représentait 562 lits répartis dans les 13 cliniques.

Le nombre total de lits tournait aux alentours de 4 123 lits soit 3,4 lits par 1000 habitants.

En 2006, on dénombrait 1 400 médecins exerçant sur l'île, soit 1,1 médecins par 1000 habitants et parmi, plus de 60 % sont employés par le secteur public soit 4 fois plus qu'au moment de l'indépendance en 1968.

5.2. L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

5.2.1. Généralités

On distingue à l'île Maurice deux grandes classes de pathologies :

- les « communicable diseases » ou les maladies dites transmissibles telles que le sida, les maladies transmises par un vecteur comme la grippe, la dengue, le chikungunya entre autres ;
- les « non communicable diseases » ou les maladies dites non transmissibles. Il s'agit essentiellement du diabète, de l'obésité, des pathologies cardio-vasculaires, de l'hypertension artérielle, des cancers et de l'alcoolisme.

Les maladies non transmissibles progressent à un rythme alarmant, sachant qu'elles représentent 74 % des pathologies dans la population masculine et 76 % des pathologies chez les femmes. Si la situation ne s'améliore pas, les épidémiologistes craignent une augmentation de ces chiffres de 20 % d'ici 2020. Actuellement, la majorité des hospitalisations sont dues à ces maladies non transmissibles, et 50 % des décès enregistrés sont causés par des troubles du système circulatoire et cardio-vasculaire (21).

5.2.2. Les principales causes de décès

En 2004, nous constatons que les décès par cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux (AVC) et diabète représentaient plus de la moitié de décès soit 52,3 % (Tableau 16) (21). Par comparaison en 1981, ils représentaient seulement 37,9 % de décès (25,1 % pour les maladies cardiaques, 11 % pour les AVC et 1,8 % pour le diabète). On constate une nette surmortalité liée à l'incidence du diabète sucré.

Causes	Nombre de décès			
	Hommes	Femmes	Total Nb	%
Cardiopathies	1333	1225	2558	31,0
Accidents vasculaires cérébraux	654	590	1244	15,1
Diabète	272	239	511	6,2
Hypertension	133	151	284	3,4
Hépatites et cirrhoses	223	49	272	3,3
Pneumonies	111	77	188	2,3
Bronchites, emphysèmes, asthme	99	79	178	2,2
Accidents de la route	140	33	173	2,1
Pathologies rénales	100	70	170	2,1
Sénilité	51	85	136	1,6
Cancer de la trachée et du poumon	88	34	122	1,5
Pathologies pulmonaires et circulatoires	68	47	115	1,4
Cancer du sein	0	99	99	1,2
Suicide	75	22	97	1,2
Septicémie	43	41	84	1,0
Cancer du rectum	50	31	81	1,0
Cancer de l'estomac	34	41	75	0,9
Hémorragie gastro-intestinale	50	20	70	0,8
Cancer de l'utérus	0	67	67	0,8
Cancer du foie et de la vésicule biliaire	27	22	49	0,6
Cancer de la prostate	48	0	48	0,6
Obstruction des voies respiratoires et asphyxie	29	17	46	0,6
Cancer de la cavité buccale et du pharynx	30	13	43	0,5
Alcoolisme	38	4	42	0,5
Incendies	22	20	42	0,5
Noyade	34	5	39	0,5
Cancer du pancréas	17	22	39	0,5
Homicide	28	7	35	0,4
Autres causes	810	542	1352	16,4

Tableau 16 : Classification des principales causes de décès enregistrées à Maurice en 2004

Causes of death in children under-5

Distribution of causes of death among children under 5 years of age, Mauritius, 2000-2003			Annual estimated proportions of death by cause for neonates, Mauritius, 2000		
Causes	Deaths ^a (%)	Regional average (%)	Causes	Deaths ^c (%)	Regional average (%)
Total neonatal deaths	100	100	Total neonatal deaths	100	100
Neonatal causes ^a	66	26	Neonatal tetanus	0	9
HIV/AIDS	0	7	Severe infection ^b	8	27
Diarrhoeal diseases	1	17	Birth asphyxia	15	24
Measles	0	4	Diarrhoeal diseases	0	3
Malaria	0	17	Congenital anomalies	13	6
Pneumonia	4	21	Preterm birth ^b	59	23
Injuries	5	2	Others	4	7
Others	24	6			

a. Includes diarrhoea during neonatal period.
b. Sum of individual proportions may not add up to 100% due to rounding.
c. Includes deaths from pneumonia, meningitis, sepsis/septicaemia and other infections during the neonatal period.
d. Includes only deaths directly attributed to prematurity and to specific complications of preterm birth such as surfactant deficiency, but not all deaths in preterm infants.
e. Sum of individual proportions may not equal 100% due to rounding.

Tableau 17 : Causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans à l'île Maurice

En 2004, le taux de mortalité infantile était de 12 pour 1000 à l'île Maurice (100 pour 1000 en Afrique noire) et le taux de mortalité périnatale était de 12 pour 1000 à l'île Maurice (43 pour 1000 en Afrique noire) (37). Ce dernier taux était de 58 pour 1000 à Maurice en 1972.

5.3. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES ACTUELLES

5.3.1. Le diabète sucré et sa prévention

Selon l'OMS, le diabète sucré touche 2,8 % de la population mondiale et l'île Maurice détient un triste record, celui du pourcentage parmi les plus élevés de diabétiques dans sa population. Le bilan est alarmant :

- 20 % des Mauriciens sont atteints de diabète sucré;
- 50 % du budget dépensé pour soigner la maladie est consacré aux soins de ses complications;
- les diabétiques sont de plus en plus jeunes ;
- le nombre de décès liés à cette maladie et ses complications ne cesse d'augmenter.

Les millions de roupies investies par l'Etat dans les médicaments et les soins dispensés n'ont jusqu'à présent pas donné les résultats escomptés. Et cela dure depuis plus de 25 ans. L'actuel conseiller du Ministère de la Santé, reconnaît que la réalité mauricienne concernant le diabète est catastrophique.

L'Europe, plus particulièrement la Grande-Bretagne, a connu un problème identique dans le passé. Les britanniques avaient donc mis en place un programme, le « National Service Framework for Diabetes Care », avec des objectifs bien précis et avaient obtenu un grand succès. Les objectifs étaient de réduire d'un tiers les cas de cécités et d'insuffisances rénales et de réduire de moitié les amputations de jambes et le taux de décès liés au diabète (40). Ce plan consistait à la création

d'un registre national des diabétiques donnant des indications sur leur type de diabète et d'autres facteurs (géographique et socio-économique). Les patients avaient bénéficié d'un encadrement médical et paramédical leur permettant une prise en charge optimale. Un suivi régulier, une activité physique et une autonomisation des patients ont permis un recul certain de cette pathologie. Par ailleurs, la large diffusion des lecteurs de glycémie et du dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) ont permis un meilleur suivi. Le programme britannique a également mis en place des centres de dépistage précoce des complications habituelles (ophtalmiques, rénales, et cardiaques).

S'inspirant du modèle britannique, le Ministère de la Santé mauricien peut envisager la création de cliniques spécialisées similaires, mais se heurte au faible nombre de médecins spécialisés dans la prise en charge du diabète et de ses complications. Il faudrait également que tous les patients prennent conscience que les médicaments, régimes et exercices physiques sont nécessaires pour éviter les redoutables complications de cette maladie (11, 23).

5.3.1.1. Raisons de la prévalence du diabète à Maurice

En 2004, près de 20 % de la population mauricienne âgée de plus de 30 ans était diabétique. Différents facteurs sont responsables de ce triste bilan :

- les Mauriciens ont une mauvaise hygiène alimentaire. Ils consomment beaucoup de lipides et peu de poissons, légumes ou fruits. Un Mauricien sur cinq consomme beaucoup d'alcool, surtout les jeunes ;
- ils ont une mauvaise hygiène de vie, ne pratiquant pas d'activité physique ou sportive régulière. Moins de 30 % de la population âgée de 35 à 54 ans pratique un sport ;
- si les prédispositions génétiques sont probables (10, 21), il est indubitable que l'augmentation dramatique du nombre de diabétiques témoigne de la profonde modification du mode de vie depuis 40 ans. Une certaine négligence dans la prise des traitements et un manque de prise de conscience de la gravité de la maladie concourent à aggraver le pronostic fâcheux de cette affection.

5.3.1.2. Incidence des amputations liées au diabète

Le nombre total d'amputations à l'île Maurice en 2004 s'élevait à 405, dont 331 chez des diabétiques, certains ayant subis deux ou trois amputations. La possibilité qu'un diabétique perde une jambe est dix fois plus élevée que pour une personne non diabétique (LoGerfo et Coffman, 1984 ; Young et coll., 1993). Il faut noter que dans le monde, une amputation de membres inférieurs est réalisée toutes les 30 secondes chez un patient diabétique (9).

Le constat portant sur les décès liés aux amputations est dramatique : 10 % des diabétiques meurent au cours de l'intervention chirurgicale, 30 % au cours de l'année suivante et 50 % décèdent dans les trois ans.

De plus, à Maurice, la plupart des patients diabétiques ne s'inquiètent pas de l'évolution de leurs plaies au niveau des pieds et des jambes et ne consultent un médecin que lorsqu'elles ont atteint un stade avancé.

La clé demeure donc la prévention des plaies chez le diabétique. La présidente de la « Mauritius Diabetes Association » avait déploré qu'il n'y a pas assez de communication entre le personnel de santé et les patients sur les véritables risques et les moyens de prévenir une amputation d'où la nécessité, selon elle, d'avoir une unité de podologie dans chaque hôpital (11, 21).

Il est indispensable de promouvoir l'éducation des patients, des familles et du personnel soignant sur le diabète.

5.3.2. Les pathologies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle (HTA)

A Maurice, 52 % de la population souffre de problèmes cardio-vasculaires (31 % seulement aux Etats-Unis). Elles ont des causes multiples : l'âge, le sexe, l'hérédité, l'hygiène de vie, le stress et le tabac. Les femmes sont moins affectées par les problèmes cardio-vasculaires jusqu'à la ménopause (21).

5.3.2.1. L'hypertension artérielle à l'île Maurice

Les chiffres sont alarmants et ce problème risque d'avoir des conséquences très graves à l'avenir. A Maurice, l'HTA est liée à une forte prévalence du diabète et des dislipidémies.

Les cardiologues mauriciens affirment que trois facteurs sont à la base de la situation actuelle : l'hérédité, l'environnement et le mode de vie. Maurice a réalisé en l'espace d'une vingtaine d'années ce que les pays européens ont réalisé en plusieurs siècles. D'une génération à une autre, le pays est passé d'une économie agricole à l'industrialisation, à la sédentarité et au stress sans que le sport et la détente ne soient partis intégrantes de cette nouvelle culture. Avec l'accroissement du pouvoir d'achat, l'alimentation est devenue plus riche en lipides. La consommation d'alcool et de tabac s'est banalisée et aggravée.

Ces dernières années, il a été observé que les Mauriciennes détiennent un triste record au niveau mondial pour la prévalence des maladies cardio-vasculaires. Selon l'actuel directeur du Centre cardio-

thoracique de Pamplémousses, l'île Maurice compte 40 % de femmes, dont la majorité sont jeunes, parmi la totalité des patients cardiaques du pays, alors qu'en Europe, par exemple, elles ne représentent qu'un grand maximum de 10 %. Il n'est pas rare, en effet dans ce centre, de réaliser des pontages ou des dilatations des coronaires chez des femmes âgées de 30 à 35 ans.

Le phénomène est devenu une curiosité scientifique et les cardiologues mauriciens et étrangers se sont penchés sur la question. Il apparaît que des groupes ethniques de l'île Maurice, de Trinidad, de l'Afrique du Sud et d'Israël partagent une certaine particularité. Dans ces pays, on constate qu'un pourcentage élevé de descendants d'immigrants venus d'Inde et de Chine sont hypertendus, diabétiques ou cardiaques (10, 21).

5.3.2.2. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

A Maurice, 15,1 % de décès sont dus aux AVC liés pour les trois-quarts à la forte prévalence de l'HTA. L'île manque cruellement de services adaptés pour accueillir des patients étant touchés par un AVC (des services de neurologie, de neurochirurgie, de neuroradiologie, de réanimation spécialisée et de rééducation fonctionnelle) (13).

5.3.2.3. La prévention primaire à l'île Maurice

Les objectifs de la prévention primaire sont de diminuer l'incidence du premier évènement cardio-vasculaire. Ceux de la prévention secondaire sont d'améliorer le devenir à long terme des patients en réduisant le risque de développer des complications cardio-vasculaires et/ou vasculaires cérébrales.

La prévention primaire des maladies cardio-vasculaires s'appuie sur un apprentissage des règles hygiéno-diététiques élémentaires tels qu'une alimentation équilibrée, pauvre en graisses saturées mais riche en graisses mono-insaturées et poly-insaturées. Ces dernières graisses, reconnues comme protectrices, sont contenues dans le poisson et les huiles végétales. Le Ministère de la Santé essaye depuis plusieurs années de sensibiliser la population grâce aux médias mais la tâche reste difficile pour changer les habitudes de vie des Mauriciens.

Par ailleurs, les autres difficultés sont d'une part le non-remboursement des médicaments qui coûtent chers et d'autre part le manque d'observance du traitement par le patient. Le Centre cardio-thoracique de Pamplemousses, qui a un budget annuel de 80 millions de roupies (soit 1,9 millions d'euros), va se doter d'un équipement plus adapté pour faire face à ce nouveau défi, de diminuer la prévalence des affections cardio-vasculaires. Il prévoit notamment de se munir d'une nouvelle salle d'opération et de lits supplémentaires. Cela implique un budget plus important, un personnel plus nombreux et le recrutement d'autres cardiologues et chirurgiens. Mais un centre plus performant n'est pas une solution en soi. C'est en amont qu'il faut traiter le problème pour obtenir des résultats positifs, à savoir mettre en place des actions

préventives et inciter à un changement du mode de vie des mauriciens (12).

5.3.3. A propos du chikungunya

En 2006, l'île Maurice a connu une épidémie de chikungunya (mot qui signifie « marcher recourbé ») transmis par la moustique du genre *Aedes* (aussi connue sous le nom de la 'moustique-tigre'). Lorsque la femelle effectue son repas sanguin, elle inocule le virus responsable dans l'organisme. Avec un bilan officiel estimé à 6 000 cas suspects dont 1 200 confirmés, les Mauriciens auront été moins touchés que les Réunionnais.



FIGURE 13 : *Aedes albopictus*, vecteur du chikungunya

Le Ministère de la Santé mauricien a pris des précautions qui ont consistées en un traitement environnemental de tous les endroits où les moustiques proliféraient, en évitant toute accumulation d'eau stagnante, sur les toits, dans les pneus usés, dans les pots de fleurs, et en préconisant moustiquaires et produits anti-moustiques. Le gouvernement a organisé des pulvérisations régulières d'insecticides dans les villes les plus touchées. Selon les autorités mauriciennes, la maladie est actuellement en baisse et elle continue progressivement à régresser.

5.3.4. SIDA et VIH à l'île Maurice

Le premier cas de sida fut identifié à Maurice en octobre 1987 et à la fin de 2004, le nombre de personnes atteintes par le virus du VIH s'élevait à 1 233, dont 1 124 mauriciens (869 hommes et 255 femmes).

En 2004, sur les 84 981 personnes ayant effectuées le dépistage du VIH, 535 étaient séropositives dont 87 % de toxicomanes. Aujourd'hui, le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie organise des campagnes de prévention pour lutter contre cette augmentation de nouveaux cas de VIH, grâce à des affiches et des spots télévisés mettant en garde contre la toxicomanie et prônant l'usage des préservatifs.

Le tableau suivant montre l'évolution du nombre de nouveaux cas de séropositifs chaque année dans le pays depuis 1995 (22).

Période	Hommes	Femmes	Total
1995	20	7	27
1996	14	9	23
1997	22	6	28
1998	18	11	29
1999	21	12	33
2000	35	22	57
2001	46	23	69
2002	62	40	102
2003	179	61	240
2004	472	63	535
Total	956	277	1 233

Tableau 18 : Nombre de nouveaux cas de VIH à Maurice de 1995 à 2004

5.4. LE BUDGET DE LA SANTE

Le budget total (public et privé) de la Santé à l'île Maurice est estimé à 99,8 millions d'euros pour l'année 2002/2003 soit environ 2,8 % du PIB. L'augmentation des dépenses de Santé sur les vingt dernières années a explosé (de 11 % en moyenne par an), la population n'augmentant que de 1 % par an pendant cette période.

En 2004, le budget de la Santé par rapport aux dépenses totales de l'Etat était de 9,8 % soit 1,5 % de plus en 30 ans (39). Selon l'OMS, ce budget reste insuffisant. Les trois principales sources de financement du système de soins de l'île proviennent des impôts, des assurances privées de santé et des aides internationales.

En décembre 2002, le Ministère de la Santé a publié un rapport concernant les dysfonctionnements du système de santé mauricien. Faisant suite à cette étude, le Ministère a alors élaboré un programme de réformes, entre autres, de sous-traiter certaines activités (nettoyage, blanchisserie et la sécurité) dans les structures publiques à des agences privées. Le budget alloué au Ministère pour la mise en place de ce programme s'élevait à 4 milliards de roupies (soit environ 96 millions d'euros) pour l'année 2004/2005 (23).

5.5. L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS

L'île Maurice est l'un des rares pays dans le monde où la totalité des services de santé restent gratuits dans le domaine public, quels que soient l'âge, la classe sociale et la pathologie des patients.

L'organisation administrative, décrite dans les précédents chapitres, n'a pas beaucoup évolué depuis l'indépendance mais l'Etat mauricien s'est doté de plus de moyens pour essayer d'améliorer la santé de la population. Avec le développement économique, les pathologies ont évolué. Ces dernières années, le gouvernement a effectué de nombreux investissements afin de moderniser l'offre de soins dans le secteur public, en réorientant les services existants et en renforçant leurs capacités pour faire face aux besoins de santé croissants de la population et à l'émergence de nouvelles maladies non transmissibles (19). On distingue dans le secteur public la médecine curative de la médecine préventive qui est réalisée dans les hôpitaux, les dispensaires et les cinq caravanes de santé qui sillonnent l'île.

L'île est divisée en cinq « Health Regions » qui comprennent chacune un hôpital régional (Regional Hospital) :

- Health Region 1: Port-Louis (Capitale): **Hôpital Jeetoo**
- Health Region 2: Pamplemousses (Nord): **SSR Hospital**
- Health Region 3: Moka/Flacq (Est): **Flacq Hospital**
- Health Region 4: Grand Port/Savanne (Sud): **Nehru Hospital**
- Health Region 5: Plaine Wilhems/Black River (Centre): **Victoria Hospital**

A chacun de ces hôpitaux, sont attachés des structures hospitalières annexes et des centres de soins afin de répartir équitablement l'offre de soins et de l'adapter aux besoins. Malgré cela, la capacité du secteur public, en terme de nombre de lits, reste aujourd'hui encore insuffisante (19, 21).

5.6. LE PLURALISME MEDICAL

L'île Maurice est un Etat dont la population est la résultante de migrations successives venues d'Europe, d'Afrique et d'Asie.

Sociétés plurielles surtout, et cela dès la colonisation de l'île : pluralité des origines, pluralités des cultures, pluralité même des corps humains, où sont ancrés les traits marquants de leur continent d'origine. Toutefois la société mauricienne ne fut jamais une pluralité passive, où des communautés diverses auraient coexisté dans une neutralité équilibrée. Ce fut au contraire un pluriel dans une contrainte, celle de sociétés coloniales conduites d'une main de fer par des pays pour lesquelles elles étaient des lieux de production.

Les mélanges, les métissages, des langues et des valeurs se sont toujours inscrits dans un délicat équilibre entre les forces qui les génèrent et les contraintes qui les freinaient. Dans les sociétés créoles présentes à l'île Maurice, les héritages culturels influencent inévitablement les croyances, les connaissances, les pratiques religieuses, les représentations de la maladie, et les moyens destinés à remédier à la maladie (3).

A l'île Maurice, les soignants, les praticiens de tous ordres, de l'herboriste au religieux, participent eux aussi à cette multiple représentation de la maladie dans ce métissage de corps et d'esprit. Même s'ils ne le souhaitent pas, ils y sont sollicités par leurs patients. Thérapeute traditionnel venu d'Inde ou de Chine, détenteur de souvenirs transmis depuis une Afrique ancienne, médecin praticien formé dans les

facultés, connaisseurs de tisanes entre autres, tous reçoivent les mêmes patients, qui vont de l'un à l'autre.

On retrouve encore à l'heure actuelle des personnes sur l'île qui se disent « sages » et qui « guérissent » des malades à l'aide de pratiques magiques et incantations religieuses. La majorité d'entre elles pratiquent cette médecine à des fins lucratives et reçoivent de l'argent ou des dons en nature.

5.7. LA PLACE DE LA MEDECINE GENERALE

Les médecins généralistes à l'île Maurice ont le choix au début de leur carrière professionnelle soit de travailler dans les structures publiques, soit dans les structures privées. Seuls les spécialistes ont le droit de cumuler les deux postes sous certaines conditions.

Tout comme en France, les médecins généralistes pratiquent des soins primaires. Facile d'accès par sa proximité, le médecin généraliste mauricien figure en première ligne du système de soins de santé. Médecin de premier secours, il initie les soins pour tout problème de santé (somatique et psychique) présenté par tout patient de tout âge, de tout sexe et sans discrimination.

Toutefois, les Mauriciens ont la possibilité et préfèrent, pour la majorité d'entre eux, consulter directement les médecins spécialistes, consultations souvent tardives sources de nombreuses complications. Pour pallier à ce dysfonctionnement, le Ministère de la Santé a pour projet d'organiser la demande de soins en mettant en place un système de médecin de famille qui conserverait son rôle de praticien en soins primaires et dirigerait éventuellement les patients vers les médecins spécialistes ou les services hospitaliers (27).

Les médecins généralistes bénéficient de journées de formation médicale continue dispensées par des médecins spécialistes provenant principalement d'Europe. Cependant, les médecins généralistes ne peuvent pas compléter leur formation initiale par un ou des diplômes universitaires, ceux-ci étant réservés aux médecins spécialistes.

6. LES EVOLUTIONS SANITAIRES DEPUIS L'INDEPENDANCE

6.1. GENERALITES

Depuis 1968, des progrès immenses ont été accomplis et les organisations internationales, dont l'OMS, positionnent l'île parmi les pays africains les mieux classés sur le plan de la croissance, du progrès et de la compétitivité, mais également sur le plan humain tel que l'éducation, la liberté des médias et la santé. Les Mauriciens sont fiers du développement de leur pays mais ils sont également conscients des progrès restant à faire.

Le niveau de vie s'est considérablement amélioré, la moyenne du revenu annuel passant de 138 euros à 4 840 euros en 2007 (33) grâce au développement économique et au tourisme mais le côté idyllique de l'île et les plages paradisiaques ne doivent pas faire oublier l'existence d'une frange de la population laissée pour compte. Le taux de chômage est passé de 40 % dans les années 60 à 8,8 % en 2007.

6.2. LA TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE

Le droit à la santé est inscrit dans la constitution mauricienne. L'Etat a assumé son rôle en donnant accès aux soins à toute la population dans le secteur public.

En 1978, l'île Maurice a soutenu la déclaration d'Alma-Ata (Kazakhstan) mettant en place le développement des soins primaires, considéré comme une importante transition dans le système de soins au 20^{ème} siècle. Ainsi à côté de l'approche curative, l'accent a été mis sur la prévention et la promotion d'une bonne hygiène de vie. L'espérance de vie a ainsi augmenté à 68,7 ans chez les hommes et 75,6 ans chez les femmes pour une moyenne de 59 ans en 1968 au moment de l'indépendance.

Le profil sanitaire de l'île Maurice est proche de celui des pays développés. Avec un faible taux de mortalité infantile et maternelle, un bon contrôle des maladies transmissibles et l'augmentation de l'espérance de vie, l'île est à un stade avancé dans la transition épidémiologique.

La théorie de la transition épidémiologique, formulée par Abdel R. Omran en 1971 (28), repose en grande partie sur la baisse des taux de mortalité et le changement structurel des causes de décès. Le changement de la mortalité est interprété comme la conséquence du développement économique et social, de l'application des mesures d'hygiène alimentaire, des progrès d'assainissement, puis plus tard de

l'utilisation de nouvelles armes de la médecine curative (antibiotiques) et préventive (vaccins).

Dans les pays en développement, c'est surtout le rôle de la médecine, au lendemain de la deuxième guerre mondiale, qui a joué avec l'importation des techniques de prévention et des traitements efficaces et peu coûteux. Leur transition épidémiologique touche à son terme avec le succès remporté sur les maladies infectieuses. Dans le même temps, un certain nombre de pays n'ont pas bénéficié de ces évolutions favorables: ainsi, en Afrique subsaharienne, les progrès sur les maladies infectieuses tardent à venir. De plus, ces populations doivent faire face au double fardeau des maladies infectieuses et des maladies dites « chroniques ».

L'accélération de la transition épidémiologique à Maurice est due à la mise en place de programmes de soins primaires basés sur des services de santé efficaces, la vaccination, la médecine scolaire, le Planning Familial et l'amélioration de l'hygiène. Actuellement, le principal enjeu reste les maladies non transmissibles (36).

A Maurice, le taux de mortalité a chuté significativement, en effet, il est passé d'une moyenne de 10 000 par an en 1949 à une moyenne de 7 000 en 2001, et on observe une stabilité depuis plus de 30 ans. Sur la même période la population a presque triplé, puisqu'elle est passée environ de 432 422 habitants en 1949 à 1 163 875 en 2001. Ces chiffres objectivent une baisse majeure du taux de mortalité passant de 25,2 % dans les années 50 à 6,7 % en 2001.

Sur la même période, les causes de décès ont changé considérablement. D'importants progrès ont été réalisés dans le contrôle des maladies transmissibles dans les années 50, avec un total de décès

due aux infections et parasitoses qui a chuté, passant de 23,6 % dans les années 50 à 1,2 % en 2001 (36). Parallèlement, la proportion de décès par maladies cardio-vasculaires a augmenté, passant de 4 % dans les années 50 vers un taux de 49,1 % en 2001. De même, les taux de décès par cancer a pratiquement doublé en 30 ans de 5,6 % en 1976 à 11,4% en 2001.

Les maladies non transmissibles - les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer - sont devenues les principales causes de morbidité et de mortalité dans la population mauricienne. L'Etat a pris conscience de ces nouvelles données de santé publique et s'est donné les moyens humains et financiers pour lutter contre le développement de ces pathologies. Le diabète est devenu le principal problème de santé publique en touchant un mauricien sur cinq.

6.2.1. Les facteurs de risques des maladies non transmissibles

6.2.1.1. L'obésité

Depuis 1987, la prévalence de l'obésité (Indice de Masse Corporelle $>30 \text{ kg/m}^2$) a augmenté de 83 % selon une enquête menée par le Ministère de la Santé mauricien en 1998. Cela concerne près de 30 % des adultes âgées de 30 ans ou plus. Seulement, 30 % des hommes et 10 % des femmes, de cette même tranche d'âge, pratiquent une activité physique régulière.

6.2.1.2. Le tabac

Le tabagisme est fortement associé à l'augmentation de l'incidence des pathologies cardio-vasculaires, du cancer du poumon et des troubles respiratoires. La prévalence du tabagisme parmi les hommes a montré une baisse progressive de 58 % en 1987 à 42 % en 1998. Selon l'OMS, 7 % des pathologies chez les Mauriciens sont attribuées au tabagisme. Ces pourcentages élevés sont inacceptables et c'est dans cette optique que le Ministère de la Santé a mis en place depuis quelques années des programmes de prévention du tabagisme.

6.2.1.3. L'alcool

En 1998, une enquête a révélé que 16 % des Mauriciens ont une alcoolodépendance. Cette dernière est responsable des pathologies habituelles mais on note à l'île Maurice des troubles neurologiques et neuro-psychiatriques plus fréquents.

6.2.2. Les maladies transmissibles

6.2.2.1. Le VIH/SIDA

Un plan national de dépistage du VIH a été mis en place en 1987, date à laquelle ont été signalés les premiers cas de VIH à l'île Maurice. 3 137 cas de VIH/SIDA ont été rapportés entre 1987 et la fin de 2007 dont 92 % dus aux injections de drogues. Le nombre de nouveau cas de VIH/SIDA par an parmi les Mauriciens est en augmentation significative passant ainsi de 23 en 1998 à 98 en 2002. Les anti-retroviraux sont disponibles gratuitement à l'hôpital.

Une étude en juillet 2004 auprès des Mauriciens âgés de 15 à 49 ans a été réalisée par le Ministère de la Santé (16). 13 % des personnes interrogées déclarent avoir plusieurs partenaires sexuels. 96,3 % connaissent l'existence du préservatif mais seulement 45 % l'ont déjà utilisé. 46 % avouent n'avoir pas utilisés un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle.

Parmi les raisons de non-utilisations des préservatifs :

- 54,5 % des patients interrogés mentionnent qu'ils refusent de les utiliser ;
- 27,3 % pensent qu'ils ne sont pas nécessaires et
- 15,4 % affirment qu'ils n'étaient pas disponibles.

A l'île Maurice, les pharmacies sont les premières sources de distribution de préservatifs (92,1 %) suivi par les institutions gouvernementales.

99 % de la population a déjà entendu parler du VIH mais seulement 5 % a déjà bénéficié d'un dépistage, 55 % a l'intention d'en faire un et 40 % refuse tout prélèvement sanguin. Des idées reçues quant à l'épidémiologie (transmission par les moustiques ou alimentaires) restent très fréquentes.

Même si le taux de VIH/SIDA est bas comparé à celui d'autres pays africains, les autorités sont préoccupées du risque de diffusion de cette maladie. Des mesures telles que programmes d'échange d'aiguilles, traitements de substitution et meilleure distribution de préservatifs ont rencontré une certaine résistance mais ont permis de diminuer le nombre de séropositifs dans ce petit pays qui comprend déjà plus de 20 000 toxicomanes.

La position géographique de l'île la rend vulnérable aux trafiquants de drogues qui font transiter leurs produits sur l'île à partir des pays d'Afrique tels que Tanzanie, Ouganda et Ethiopie pour les redistribuer vers le Kenya, le sud et l'ouest de l'Afrique, l'Europe et l'Amérique du Nord (source de l'ONU).

6.2.2.2. Le paludisme

Selon l’OMS, le paludisme a été officiellement éradiqué de l’île Maurice en 1973 mais la présence de moustiques de la famille des Anophèles a persisté. Après chaque passage cyclonique dans les années 70 et 80, la transmission du paludisme redémarrait du fait des inondations et des destructions massives de réseaux de canalisations. L’Etat a pris des mesures de précautions et il n’a été recensé que 70 cas de paludisme de 1998 à 2008. Ce paludisme «importé » provient de population infestée lors de séjours en Afrique (autochtones, migrants ou touristes).

6.3. ROLE IMPORTANT DE L'INSTITUT DE SANTE

6.3.1. Généralités

L'Institut de Santé a été créé en 1989 par le Ministère de la Santé dont elle dépend. Son but est de développer la formation et la recherche médicale. Il a pour objectifs :

- améliorer la qualité des services de soins par le développement et l'instauration d'un plan de formation pour les professionnels de santé ;
- augmenter le rendement et l'efficacité des programmes de soins par sa branche de recherche et d'évaluation des services de soins ;
- renforcer les liens internationaux dans le domaine de la santé concernant les stages de formation et
- faciliter l'accès aux informations sur les données de la médecine et de la santé publique aux personnels de santé.

La mise en place de l'Institut est un des témoins de la politique d'investissement en matière de formation et de recherche dans le secteur de la santé depuis l'indépendance du pays. Il dispose d'un cahier des charges afin d'encadrer les efforts pour que le pays soit indépendant en terme de personnel soignant. Il est en passe de résoudre les problèmes dus à la crise de carence en personnels de santé sur l'île (16).

6.3.2. Cours de médecine d'urgence

Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) est un service essentiel. Il relève de la compétence des hôpitaux régionaux. La formation du personnel soignant est menée par l'Institut de Santé depuis 1995. Jusqu'en 2004, le programme de formation se déroulait avec l'aide académique de l'Université Victor Segalen de Bordeaux 2. Depuis cette date, le programme est mené par des experts locaux, excepté le module intitulé « procédures d'urgences », assuré par un expert provenant de l'île de la Réunion travaillant dans le cadre de la Coopération Française.

En janvier 2004, 29 infirmiers ont été sélectionnés après un examen d'entrée pour suivre les cours de médecine d'urgence. Le programme était constitué d'un enseignement théorique de 100 heures à l'Institut suivi d'un an de formation pratique dans des services spécialisés des hôpitaux régionaux. En mai 2005, 27 étudiants ont complété avec succès leur formation.

6.3.3. Cours de médecine hyperbare

L'unité de médecine hyperbare de l'hôpital Victoria a été inaugurée en février 2004. L'équipe médicale et paramédicale travaillant à cette unité, a reçu une formation pratique de 10 jours conduite par Dr Harms J. et M Hoareau J. de l'hôpital de Saint Pierre de l'île de la Réunion.

Du 6 au 10 septembre 2004, l'équipe de cette unité a suivi à l'Institut, la deuxième partie de la formation (études complémentaires en médecine sub-aquatique et hyperbare) conduite par le Pr Wattel de la faculté de médecine de Lille.

Le but de cette unité de médecine hyperbare est de prendre en charge les victimes des accidents de plongée mais aussi d'autres pathologies telles que : intoxication au monoxyde de carbone, embolie gazeuse, gangrène gazeuse et ulcères chroniques infectés.

6.3.4. Rapport de l'OMS sur l'état sanitaire de l'île Maurice

En 2003, l'enquête mondiale de santé de l'OMS a été menée dans 72 pays dans le but d'évaluer la performance du système de soins dans les Etats membres. A l'île Maurice, cette enquête a été assurée par l'Institut de Santé. Un échantillon représentatif de 3 964 ménages a été sélectionnés au hasard dans la population mauricienne. Les données recueillies ont été ensuite remises à l'équipe coordinatrice de l'OMS à Genève (16).

Les principaux résultats de l'enquête sont :

a) Hygiène de vie :

- dans 89 % des ménages, la consommation de fruits et légumes est insuffisante;
- 15,7 % des hommes et des femmes pratiquent une activité physique ;
- 32 % des hommes sont des fumeurs quotidiens et
- 8 % des hommes sont des gros buveurs.

b) La prévention :

- 87 % des enfants âgés de 12 à 23 mois sont immunisés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite et 89 % contre la rougeole;
- le suivi des femmes enceintes est d'un très bon niveau;
- le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus est faible et
- 44 % ont utilisé un préservatif pendant leur dernière rencontre sexuelle.

c) Perception de l'état de santé :

- ressentie comme médiocre dans certains domaines : la douleur, le trouble du sommeil, l'activité physique et la santé psychique (anxiété et dépression);
- un sentiment d'inégalité dans l'offre de soins vis à vis du sexe, de l'âge et du statut socio-économique.

d) Efficacité du système de soins :

- 99,8 % de la population a reçu des soins appropriés en cas de besoin;
- 2 % des patients ont attendu plus d'un mois avant d'être admis dans un service hospitalier ;
- efficacité comparable dans les deux systèmes de soins, public et privé dans les domaines suivants : qualifications des personnels, équipements techniques et accès aux traitements médicamenteux.

e) Coût du système de soins :

- le coût moyen par ménage pour les soins ambulatoires dans les structures publiques est de Rs 69 (1,60 d'euros) contre Rs 1000 (23,25 d'euros) dans les structures privées ;
- le coût moyen quotidien par ménage pour une hospitalisation dans les structures publiques est de Rs 278 (6,47 d'euros) contre Rs 16 415 (381,74 d'euros) dans les structures privées ;
- 9 % des ménages dépassent de plus de 40 % leur capacité à payer les soins ;
- 5,8 % de la population a une couverture d'assurance maladie.

6.3.5. Étude sur l'abus des substances toxiques

En 2005, une étude menée par l'Institut avait pour but d'étudier la consommation de substances licites et illicites parmi les jeunes âgés de 8 à 18 ans (16).

Sur un échantillon de 800 jeunes, 75 % étaient de sexe masculin et 53 % âgés de 15 à 18 ans avaient un faible niveau scolaire.

- Les substances licites sont la cigarette et l'alcool. 40 % des jeunes ont déjà fumé une cigarette et 14 % sont des fumeurs quotidiens. 52 % des jeunes ont déjà consommé de l'alcool et 12 % en consomme tous les jours.
- Les substances illicites sont le cannabis, l'héroïne, la cocaïne et l'ectasy. 6 % des jeunes consomment du cannabis de façon quotidienne. 5 % sont des usagers quotidiens de l'héroïne et 2 % partagent leurs aiguilles.

Les principaux déterminants sont :

- au niveau individuel : stress dû aux examens, chômage et problèmes financiers; influences sociales et comportements anti-sociaux;
- au niveau familial : consommation des substances par les parents, relations conflictuelles avec les parents ;
- au niveau social : criminalité, violence, bagarre de rue et quartiers abandonnés.

Un atelier de travail a eu lieu en mai 2005 avec la présence d'instituteurs, de représentants de différents groupes de jeunes et d'organisations non gouvernementales. Au terme de ce travail, différentes propositions ont été formulées:

- encourager la baisse des ventes des substances licites et combattre les trafics;
- éduquer les parents afin qu'ils dissuadent leurs enfants de consommer tabacs, alcool et autres drogues;
- mettre en place des programmes d'éducation et de prévention dans les écoles primaires et les centres de jeunes;
- offrir plus d'activités pour occuper les jeunes trop souvent désœuvrés;
- offrir plus de services de soutien aux jeunes toxicomanes;
- mieux équiper les écoles, les centres de jeunes et les bibliothèques municipales avec des informations sur les dangers des différentes drogues;
- proposer des traitements gratuits dans les différentes régions à risque.

6.3.6. Le registre national du cancer

En avril 1995, le Ministère de la Santé avait demandé à l'Institut de Santé de mettre en place un registre national du cancer avec la collaboration du Laboratoire Central d'Anatomopathologie et l'Unité de Radiothérapie. Le but d'un registre national était de fournir une vue précise de la situation du cancer dans le pays. Un comité constitué de membres exécutifs de l'Institut de Santé avait remis un premier rapport en 1997 basé sur une enquête retrospective auprès des institutions de cancérologie étalée sur la période de 1989 à 1996. C'était une collection de données basées sur la population du diagnostic de toutes les tumeurs malignes à Maurice. Un second rapport, prospectif, a été remis en novembre 2004 et les principaux cancers sont précisés dans les figures suivantes :

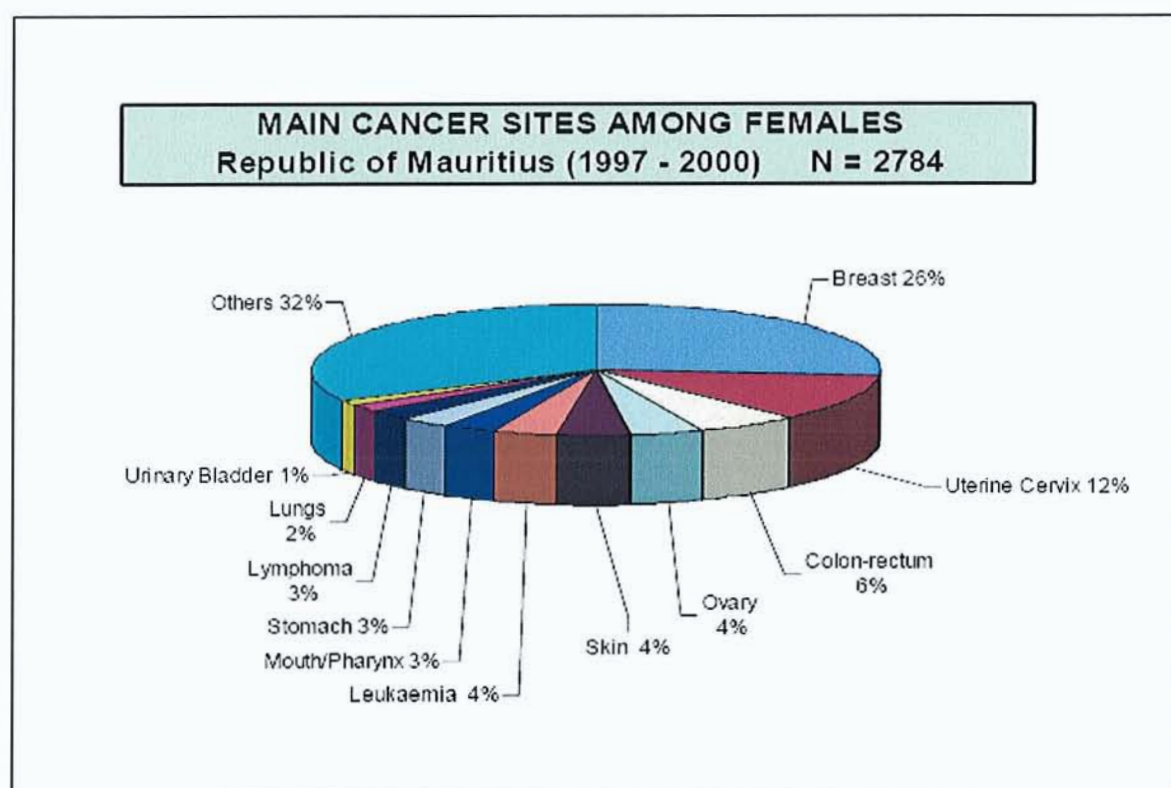


FIGURE 14 : Principaux cancers chez les femmes à l'île Maurice (1997 – 2000)

On remarquera que les cancers du sein et du col de l'utérus, mieux dépistés aujourd'hui, représentaient 38 % des cancers chez les femmes.

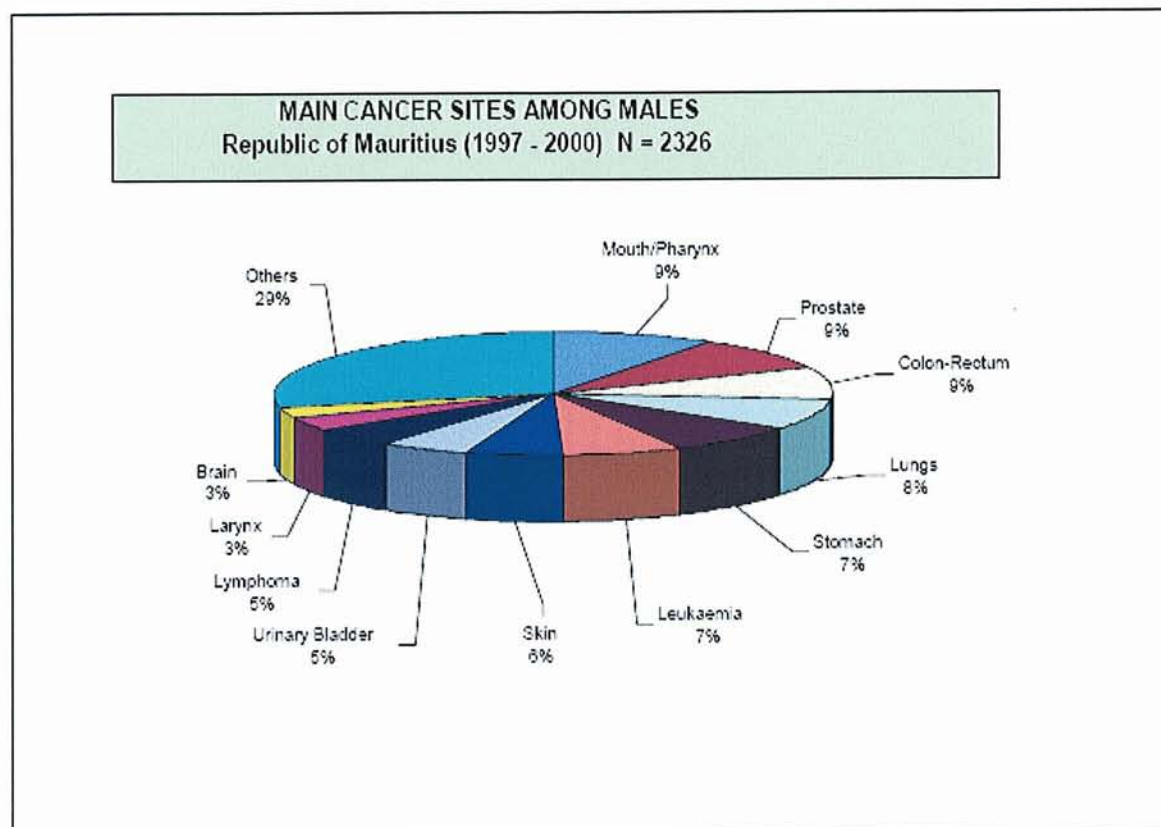


FIGURE 15 : Principaux cancers chez les hommes à l'île Maurice (1997 – 2000)

Il est frappant de constater que les cancers de l'oro pharynx, du larynx, de l'estomac, des poumons ainsi que les cancers vésicaux, favorisés par le tabac et l'alcool, représentaient 34 % des cancers chez les hommes.

6.4. CREATION DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Le conseil de l'Ordre des médecins est sous la responsabilité du Ministère de la santé. Il a été mis en chantier par le 'Medical Council Act' No. 49 de 1988 et mis en place le 15 mai 1991. Le 'Council Act' a ensuite été modifié le 28 juillet 1992 par le 'Medical Council Amendment Act' No. 39 de 1992.

Le conseil de l'Ordre est constitué de onze membres dont :

- 6 médecins ayant pratiqué la médecine pendant au moins 10 ans à l'île Maurice et élu conformément aux dispositions du décret ;
- 3 médecins désignés par le Ministre de la Santé et ayant pratiqué la médecine au moins 5 ans à l'île Maurice. Un de ces médecins doit être un officier du Ministère ayant au moins le titre de 'Principal Medical Officer' (PMO) ;
- un avocat général ou son représentant et
- un représentant du bureau du Premier Ministre.

Le conseil doit élire un président parmi ses représentants médecins et la composition du conseil doit être publiée dans le journal officiel du gouvernement.

Le rôle du conseil de l'Ordre consiste à :

- exercer et maintenir la discipline dans la pratique de la médecine;
- conseiller le Ministre de la Santé sur toute affaire régie par les clauses du 'Medical Council Act' ou sur toute affaire ayant un rapport avec;
- établir un code de conduite pour la profession médicale sur des critères professionnels et sur une éthique médicale;
- publier une liste annuelle des médecins praticiens.

Afin d'être autorisé à exercer légalement la médecine à l'île Maurice, tout médecin doit être inscrit au Conseil de l'Ordre et doit payer une cotisation annuelle.

7. QUELLES SONT LES AMELIORATIONS POSSIBLES DANS LE SYSTEME DE SOINS MAURICIEN?

7.1. LA GRATUITE

Comme nous l'avons vu précédemment, l'île Maurice est l'un des rares pays dans le monde où la santé est entièrement gratuite dans le secteur public. Les soins et les médicaments sont financés par l'Etat, grâce principalement à des taxes et des impôts payés par la population mauricienne. Le budget du gouvernement couvrait autrefois sans problème les dépenses de santé annuelles. Mais depuis quelques années, l'émergence et l'ampleur des nouvelles maladies, notamment les pathologies cardio-vasculaires, le diabète et le sida, nécessitent un budget de plus en plus élevé et remettent en question la gratuité du système.

L'Etat est conscient de la situation, mais n'envisage pas de mesures concernant la remise en question de cette gratuité pour l'instant. Elle avait été instaurée dans un souci d'équité et d'aide sociale par Sir Seewoosagur Ramgoolam. Aucun Premier Ministre n'a jusqu'à présent osé supprimer cette gratuité, par crainte de conséquences politiques. En effet, la population mauricienne estime que la gratuité est un dû, et il semble difficile d'imposer un paiement de soins qui risque d'être mal perçu.

Certes, l'instauration de la gratuité du système de santé à l'île Maurice a eu des conséquences positives. En permettant à toutes les classes sociales d'accéder aux soins, elle a permis d'améliorer l'état de

santé de la population et d'augmenter l'espérance de vie. L'économie mauricienne s'étant beaucoup développée ces dernières années, cette gratuité aurait pu ne pas être remise en question, mais elle représente dans le contexte actuel un problème en terme de financement. La trop rapide occidentalisation du pays, avec les changements des habitudes alimentaires qui en découlent, la sédentarisation, associées à des facteurs génétiques prédisposants, ont engendré l'émergence de nouvelles pathologies. Le budget alloué à la santé est donc de plus en plus élevé, difficile à assumer par l'économie mauricienne d'aujourd'hui.

Le moment serait-il venu pour l'Etat mauricien d'instaurer une participation financière pour pérenniser le système de soins? Une cotisation dans le cadre d'un système d'assurance maladie tel qu'il existe en France pourrait être mis en place. Ceci permettrait le remboursement aux patients d'une partie de leurs dépenses de santé. Elle serait modulée en fonction de leur revenu, afin de ne pas exclure la population la plus pauvre et maintenir l'équité dans l'accessibilité aux soins. Il serait important et nécessaire dans un premier temps de bien expliquer à la population mauricienne l'intérêt et les enjeux de la mise en place d'un tel système, afin qu'elle l'accepte et ne renonce surtout pas à son suivi médical.

7.2. LES REFORMES EN COURS

7.2.1. Concernant les structures publiques

Le souci constant de l'Etat mauricien est de maintenir dans le domaine hospitalier, une bonne qualité d'offre de soins et une prise en charge performante des patients. Comme nous l'avons vu, la transition épidémiologique étant relativement avancée, le Ministère de la Santé développe et renforce les services hospitaliers existants. Il introduit de nouvelles spécialités dont le but est de s'adapter à l'évolution croissante des maladies non transmissibles en prenant en charge des pathologies lourdes telles que les cancers ou les maladies émergentes. Le partenariat entre établissements publics et privés se développe afin d'élargir l'offre de soins à tous.

Les services des urgences se développent. L'accueil des patients et la coordination avec les services hospitaliers s'adaptent afin de diminuer les délais d'attente.

En ce qui concerne les dispensaires, le gouvernement souhaite mettre en avant leur rôle social et d'éducation thérapeutique. Leurs nombres augmentent dans les régions jusqu'alors sous-dotées permettant ainsi une meilleure éducation des patients et de leurs familles. En effet, il persiste une faiblesse de l'implication, de la volonté, de responsabilisation et d'observance de la part des patients vis à vis de leur pathologie et de leur traitement (23).

7.2.2. Concernant le personnel soignant

Afin d'offrir à la population mauricienne des services de santé plus performants, l'étape incontournable de cette réforme consiste en une amélioration de la formation des acteurs de santé.

En 2000, une école de médecine a été inaugurée pour accueillir dans un premier temps les étudiants mauriciens puis d'autres provenant de l'Océan Indien. Les premières promotions effectuent actuellement leur stage d'internat dans les hôpitaux régionaux. Par ailleurs, le gouvernement veut s'assurer de la compétence des médecins ayant effectués leurs études à l'étranger. Il envisage donc d'organiser une évaluation des connaissances et des pratiques à leur retour à Maurice par la mise en place d'un stage en milieu hospitalier mauricien, suivi d'un examen théorique (23).

7.2.3. Concernant les maladies non transmissibles

Actuellement à l'île Maurice, 20 % de la population de plus de 30 ans est diabétique, 30 % de cette même tranche d'âge souffre d'HTA et 40 % d'obésité. Conscient de ce problème de santé publique, le gouvernement a mis en place un registre national des maladies non transmissibles. Les campagnes de dépistage et de prévention se multiplient dans l'île.

Le Ministère est en train de créer un service de dépistage et de prise en charge des maladies non transmissibles au sein de chaque établissement public de santé (23).

Il veut développer la cardiologie en :

- créant un service de cardiologie au sein de chaque hôpital régional ;
- augmentant le nombre de lits du Centre cardio-thoracique de Pamplémousses et de le doter d'équipements plus performants ;
- envisageant de consolider la collaboration avec les équipes étrangères de chirurgie cardiaque.

7.3. LES PROJETS

7.3.1. Généralités

En décembre 2002, le Ministère de la Santé a publié un rapport sur le développement et la réforme dans le secteur de la santé. La mission était alors de :

- améliorer l'état de santé de la population ;
- améliorer la qualité de l'offre de soins dans le but d'augmenter la satisfaction des patients ;
- améliorer l'équité sociale en offrant un grand choix de services de soins à la population et
- assurer la pérennité du secteur de soins.

7.3.2. Le plan d'action de 2002

Malgré le développement économique de ces dernières années à l'île Maurice, les ressources financières actuelles sont insuffisantes pour pouvoir relever le défi qui se pose en matière de santé. Le plan d'action a pour but d'accéder aux meilleurs soins avec le meilleur coût (efficience) (24).

Le plan d'action propose l'introduction de nouveaux services et le développement des services existants tels que :

- permanence des soins ambulatoires ;
- services de haute technologie pour gérer les complications du diabète et des pathologies cardio-vasculaires, des programmes de chirurgie cardiaque, d'hémodialyse, de chirurgie orthopédique, de neurochirurgie et de chirurgie oculaire ;
- Institut National pour les maladies non transmissibles ;
- Centre National d'oncologie ;
- amélioration des services dentaires ;
- services pour la promotion de la santé et la prévention au niveau régionale ;
- système de protection sociale pour les patients ;
- l'introduction d'une carte à puce pour le suivi de santé ;
- programmes de qualité et amélioration de la productivité pour le personnel soignant ;
- meilleures gestions des ressources structurelles comme les bâtiments souvent en mauvais état, matériel médical vétuste ou mal entretenu.

Les ambitions du Ministère de la Santé et de la Qualité de la vie en matière de santé publique sont ainsi définis :

- créer 3 900 postes dans le secteur de la santé ;
- augmenter l'espérance de vie au delà de 75 ans ;
- réduire la mortalité infantile à moins de 10 décès pour 1 000 ;
- réduire la mortalité maternelle (décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison) à moins de 20 pour 100 000 naissances vivants ;
- réduire la mortalité périnatale (nombre et taux de mortinaissances et de décès dans la première semaine de vie) à moins de 20 pour 1 000 (en référence au 4ème objectif du millénaire pour le développement de l'OMS qui devrait être atteint en 2015);
- promouvoir la santé à travers un changement comportemental dans les facteurs de risques individuels (réduire le tabagisme, l'abus de l'alcool, l'obésité, et augmenter les activités physiques) ;
- prévenir le diabète et l'HTA, notamment chez les jeunes et
- mettre en place des programmes d'appui pour les personnes défavorisées (population pauvre, malnutrie ou sans domicile fixe).

Ce plan d'action demande une hausse de 75 % du budget de la santé selon le Ministère et ce dernier fait des propositions pour financer son plan :

- augmentation de la part budgétaire de l'Etat ;
- création d'une assurance maladie pour les salariés, les employeurs et les professionnels libéraux ;
- introduction d'une taxe de santé sur le tabac et l'alcool ;
- augmenter l'efficacité des services existants (coût/efficacité).

L'île Maurice a fait des énormes progrès en matière de santé et souhaite pouvoir atteindre un niveau comparable à certains pays comme le Singapour, la Nouvelle-Zélande, et, en général, les pays industrialisés. La figure 16 compare ainsi les taux de mortalité infantile entre Maurice (Mauritius) et d'autres pays et la figure 17 compare l'espérance de vie à la naissance (24) :

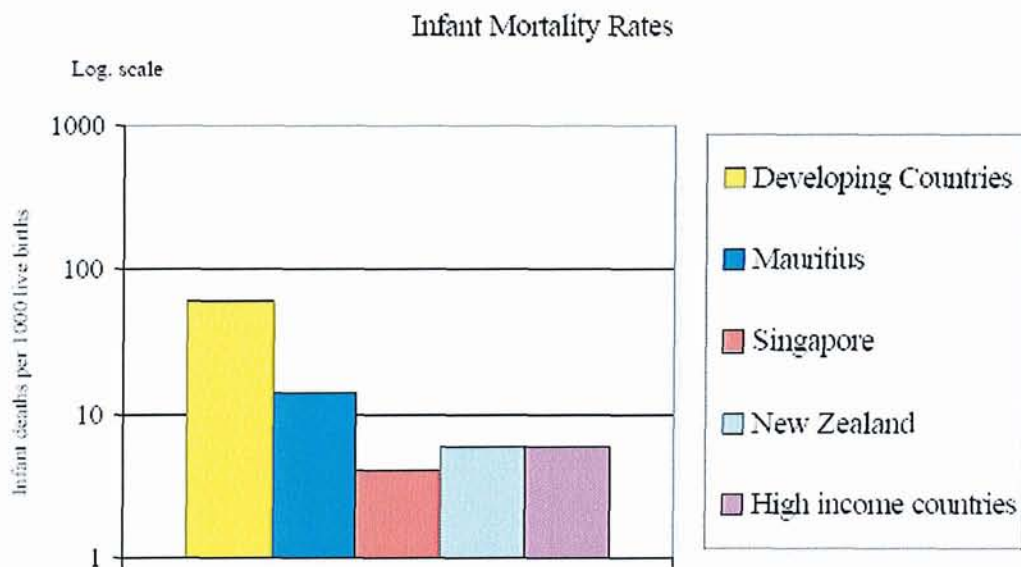


FIGURE 16 : Comparaison de taux de mortalité infantile

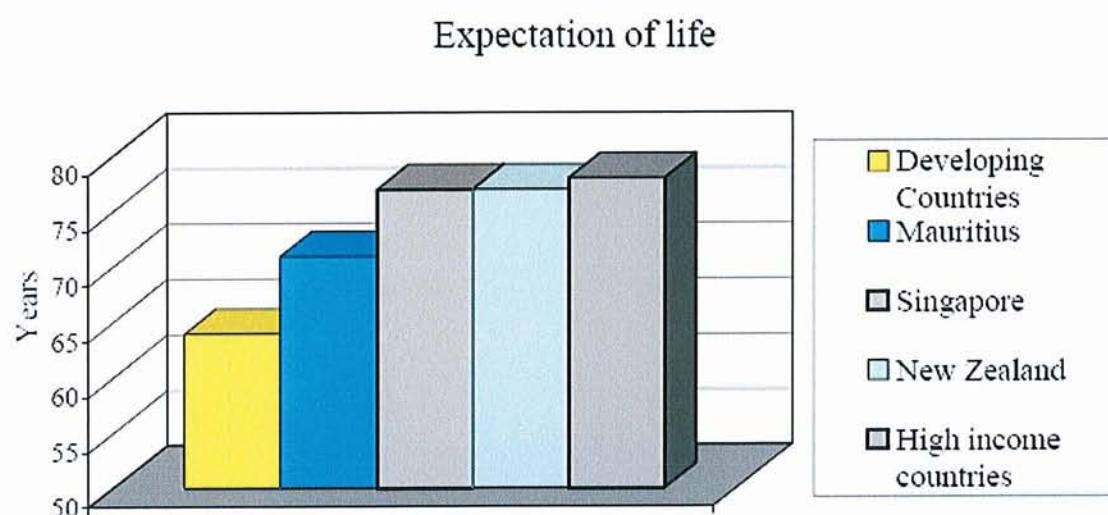


FIGURE 17 : Comparaison de l'espérance de vie

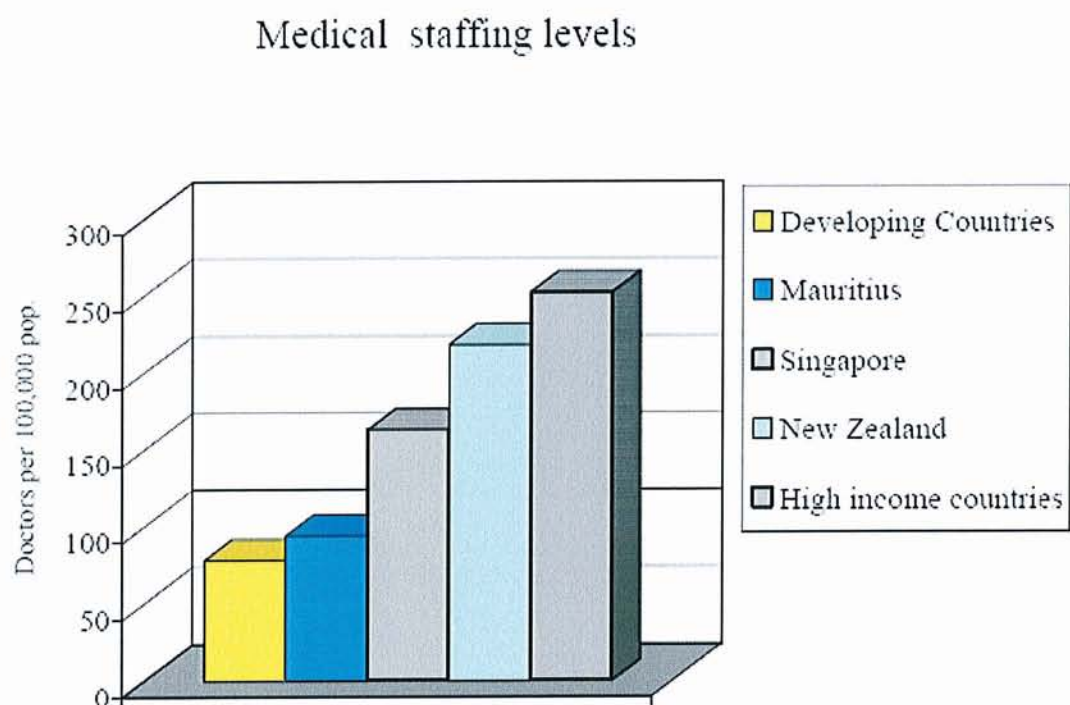


FIGURE 18 : Le nombre du personnel médical

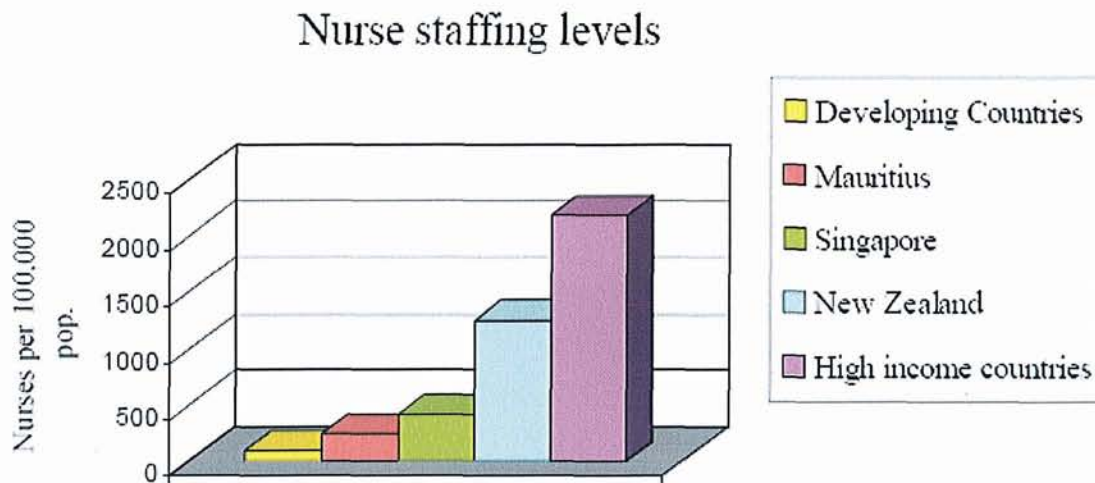


FIGURE 19 : Le nombre du personnel paramédical

Sur les deux dernières figures 18 et 19, on constate qu'il y a une nette différence sur le nombre de personnel médical et paramédical pour 100 000 habitants entre les différents pays et l'île Maurice (24). Selon le Ministère de la Santé, cela peut expliquer les différences constatées au niveau de la qualité des soins et de l'espérance de vie.

La politique de santé d'un pays est aussi fonction de la capacité d'investissement financier. L'indicateur habituellement utilisé est le pourcentage du PIB disponible pour le budget de la Santé. Le PIB représente la valeur totale de la production interne de biens et services dans un pays donné au cours d'une année.

Actuellement, l'île Maurice consacre environ 2,8 % de son PIB pour la santé, chiffre bien inférieur aux autres pays plus développés (cf. Figure 20) (24).

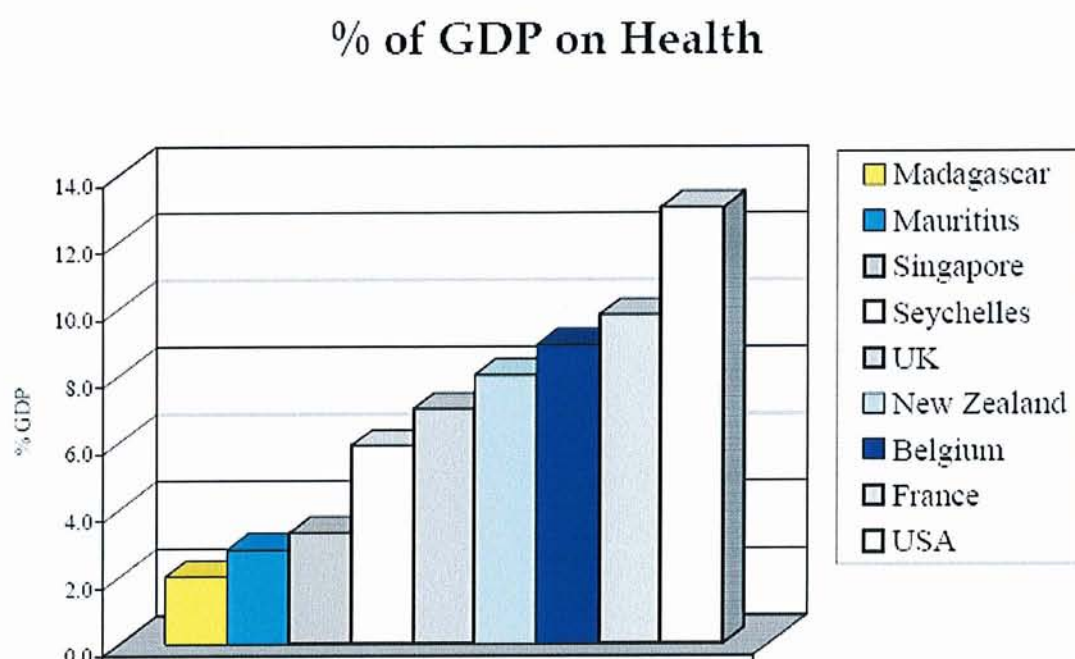


FIGURE 20 : Pourcentage du PIB sur la santé en 2002

7.3.3. L'hôpital Apollo

L'Etat mauricien a d'autres plans pour le futur. Il veut faire de l'île Maurice un centre médical reconnu et valorisé. Il existe déjà un tourisme médical concernant la fertilisation in-vitro et des implants capillaires. Le gouvernement veut étendre les offres.

Le groupe des Hôpitaux Indiens Apollo et le 'British American Investment Company' basé à Maurice construisent actuellement un centre médical. Cet hôpital de 200 lits va ouvrir ses portes l'an prochain et va créer un département de cardiologie, de chirurgie orthopédique et de chirurgie plastique. Ce centre voudrait développer le tourisme médical comme d'autres pays le font notamment en Amérique Latine ou bien en Europe de l'Est, avec à la clé la création de 500 emplois. Le Ministre de la Santé a récemment déclaré : « Nous avons des beaux hôtels, des belles plages, des services de premières classes et pourquoi ne pas faire Maurice un centre où les gens peuvent combiner leurs vacances et leur traitement médical. » (33).

8. CONCLUSION

L'analyse de l'état de santé de la population et du système de soins à l'île Maurice témoigne du fort engagement du gouvernement. Cependant, avec la transition épidémiologique accélérée depuis son indépendance, l'Etat prend conscience des conséquences de l'augmentation des maladies non transmissibles et doit donc faire face à de nouvelles données de santé publique. Ceci amène à une nécessité d'une réforme en profondeur dans le système de santé mauricien, notamment en matière de prévention vis à vis des affections non transmissibles.

Il sera important de procéder à une véritable planification du domaine de la santé car les ressources sont limitées. Les réalités économiques, écologiques et conditions sociales seront prises en considération. En tenant compte des spécificités mauriciennes, toute transposition d'un quelconque système de santé extérieur sur l'île sera hasardeux.

L'augmentation de l'espérance de vie et l'émergence de nouvelles maladies, du fait de l'occidentalisation du mode de vie des mauriciens, sont autant de facteurs auxquels n'avait peut-être pas songé Sir Seewoosagur Ramgoolam en instaurant la gratuité des soins dans le domaine public. Le gouvernement mauricien a donc commencé à mettre en oeuvre les mesures qui lui permettront peut-être de faire face temporairement à cette situation et d'éviter qu'elle ne s'aggrave. Mais il est certain que ces mesures s'avèreront insuffisantes dans un futur proche, et que le principe de gratuité des soins dans le domaine public devra très rapidement être remise en question.

Selon l’OMS, l’île Maurice a un bon niveau d’offre de soins. Dans un secteur aussi sensible que la santé, il existe certes de nombreux problèmes mais en tenant compte des traces laissées par la colonisation, il est indéniable que beaucoup de progrès ont été accomplis depuis l’indépendance. En 2005 (chiffres publiés en 2007) Maurice s’est classée 65^{ème} sur 177 pays par le Programme des Nations Unies pour le développement selon l’Indice de Développement Humain (IDH) basé sur 3 indicateurs : l’espérance de vie à la naissance, le taux d’alphabétisation et le PIB/habitant (8).

Ainsi, tous debout comme ‘un seul peuple, une seule nation’, les Mauriciens sont conscients des progrès restant à faire en matière de santé.

9. BIBLIOGRAPHIE

1. Adolphe H.

Les archives démographiques de l'île Maurice (1721-1810)
Mauritius Archives Publications, No. 9, Port-Louis, 1996

2. Benoist J.

Carrefours de cultes et de soins à l'île Maurice
Soigner au pluriel : essai sur le pluralisme médical,
pg 89 - 113, 1996

3. Benoist J.

Soigner dans les sociétés plurielles: les leçons du monde
Créole, 1997

4. Bourdet, Rapport Bourdet,

Île Maurice, p. 6, Octobre 1976

5. Commonwealth

Symposium to promote Mauritius Health services exports
2 April 2008

6. Dictionnaire de Biographie Mauricienne

Ed. Société de l'Histoire de l'île Maurice, 1941-1995

7. Fillot J.M.

La traite des esclaves vers les Mascareignes au 17^e siècle
Orstom, Paris, 1974

8. http://hdr.undp.org/en/media/lp2-hdro7_hdilist-f.pdf

9. International Working Group on the Diabetic Foot

Diabetes and foot care: time to act.
Brussels: IDF; 2005

10. Jugernauth R.

Journal L'Express,
Port-Louis, 5 février 2006

11. Jugernauth R.

Journal L'Express,
Port-Louis, 12 août 2006

- 12. Jugernauth R.**
Journal L'Express,
Port-Louis, 2 octobre 2004
- 13. Jugernauth R.**
Journal L'Express, interview de Robert Labauge,
Professeur de Neurologie
Port-Louis, 25 novembre 2005
- 14. Laporte Y.**
Charles-Édouard Brown Séquard. An eventful life and a significant
contribution to the study of the nervous system.
Elsevier SAS, 2006
- 15. Loughon A.**
Mémoire des Isles de France et de Bourbon
Ed. Mahé de La Bourdonnais, Paris, 1937
- 16. Mauritius Institute of Health, Pamplemousse**
Biennial report July 2004 – June 2006
- 17. Mauritius Royal Commission, 1909,**
Minute of Evidence, 1910, p. 345
- 18. Ministry of Health, Mauritius, 1973**
- 19. Ministry Of Health and Quality Of Life**
Achievements September 2000 – June 2005
Port-Louis, Juillet 2005
- 20. Ministry of Health, Mauritius**
Biannual Digest of Statistics, June 1975
- 21. Ministry Of Health and Quality of Life,**
Health Statistics Unit, Island of Mauritius,
Port-Louis, 2004
- 22. Ministry of Health and Quality of Life**
HIV/AIDS Reports,
Port-Louis, Septembre 2004

- 23. Ministry of Health and Quality of Life**
Implementation Plan, Health Sector Development and Reform
Port Louis, Mai 2004
- 24. Ministry of Health and Quality of Life**
White Paper on Health Sector Development & Reform
December 2002
- 25. Mulloo A.**
The story of Mauritius 1900-2000, Father of the Nation
Septembre 2000
- 26. Nagapen A.**
Histoire de la Colonie Isle de France
Ile Maurice 1721 – 1968
- 27. O’neill J.**
Journal L’Express,
Port-Louis, 20 août 2008
- 28. Omran A. R.**
Epidemiologic transition. In: International Encyclopedia of
population. Ross J., editor.
New York: The free press 1982, p. 172-175
- 29. PNUD 2004**
Programme des Nations Unies pour le Développement
2004
- 30. Rankine A.,**
Report on Health Conditions in Mauritius,
1944, p. 12
- 31. Sangeelee S. et Purrin AK.**
Ischémie myocardique dans la partie Nord de l’île Maurice.
MEDECINE d’Afrique Noire, 1975 22(2) DAKAR
- 32. Selvon S.**
Ramgoolam, ed. De l’Océan Indien, Ile Maurice, 1986
- 33. Sharmila D.**
Mauritius counts health successes
www.thelancet.com Vol 371, Mai 2008

34. Soopramanien A.

Pour une planification sanitaire à l'île Maurice, 1977

35. Varma M.N.

Indian immigrants and their descendants in Mauritius, Vol.I., 1973

36. World Health Organization

Country cooperation strategy, Republic Of Mauritius
2004-2007

37. World Health Organization

Country Health System Fact Sheet 2006
Mauritius

38. World Health Organization

WHO Country Cooperation Strategy
Republic of Mauritius, 2004-2007

39. World Health Organization

World health statistics, 2007

40. www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Diabetes/index.htm

41. www.francophonie.org

42. www.ssr.intnet.mu

10. ANNEXES

Annexe 1: Abréviation

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DOM-TOM	Département d'outre-mer –Territoire d'outre-mer
HDL	High Density Lipoprotein
HSC	Higher School Certificate
IDH	Indice de Développement Humain
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PCEM	Premier Cycle des Études Médicales
P.I.B	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
P.M.O	Principal Medical Officer
P.N.B	Produit National Brut
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
U.F.R	Unité de Formation et de Recherche
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexe 2 : Liste des figures

FIGURE 1 : Le dodo	pg 25
FIGURE 2 : Statue de Mahé de la Bourdonnais à Port Louis	pg 27
FIGURE 3 : Sir Seewoosagur Ramgoolam	pg 30
FIGURE 4 : Le 12 mars 1968 sur le Champs de Mars	pg 32
FIGURE 5 : Le drapeau quadricolore mauricien	pg 32
FIGURE 6 : L'archipel des Mascareignes	pg 34
FIGURE 7 : Écusson de l'île Maurice	pg 35
FIGURE 8 : Carte de l'île Maurice	pg 37
FIGURE 9 : Organisation du Ministère de la Santé	pg 52
FIGURE 10 : Community Health Centre ou Dispensaire	pg 55
FIGURE 11 : L'Anophèle gambiae prenant son repas de sang	pg 74
FIGURE 12 : Portrait Brown Séquard	pg 77
FIGURE 13 : Aedes albopictus, vecteur du chikungunya	pg 108
FIGURE 14 : Principaux cancers chez les femmes à l'île Maurice (1997 – 2000)	pg 131
FIGURE 15 : Principaux cancers chez les hommes à l'île Maurice (1997 – 2000)	pg 132
FIGURE 16 : Comparaison de taux de mortalité infantile	pg 143
FIGURE 17 : Comparaison de l'espérance de vie	pg 144
FIGURE 18 : Le nombre du personnel médical	pg 144
FIGURE 19 : Le nombre du personnel paramédical	pg 145
FIGURE 20 : Pourcentage du P.I.B sur la santé en 2002	pg 146

Annexe 3 : Liste des tableaux

Tableau 1 : Evolution de l'espérance de vie des Mauriciens de 1962 à 2004	pg 39
Tableau 2 : Distribution des lits dans les hôpitaux publics de 1974 à 1986	pg 57
Tableau 3 : Nombre d'admissions dans les hôpitaux publics de 1974 à 1986	pg 57
Tableau 4 : Personnel médical et para-médical à l'île Maurice de 1970 et 1974	pg 63
Tableau 5 : Dépenses de fonctionnement de Santé en millions d'euros en 1973-74 et 1974-75	pg 65
Tableau 6 : Taux de fécondité (naissances par femme) de 1960 à 1980 à l'île Maurice	pg 66
Tableau 7 : Taux de naissance pour 100 000 habitants à l'île Maurice de 1968 à 1972	pg 67
Tableau 8 : Taux de décès par 1 000 habitants à l'île Maurice de 1968 à 1972	pg 68
Tableau 9 : Taux de mortalité périnatale à l'île Maurice de 1968 à 1972	pg 68
Tableau 10 : Causes d'admissions ou de consultations externes dans les hôpitaux et dispensaires en 1973	pg 70
Tableau 11 : Distribution des maladies à déclaration obligatoire à l'île Maurice par district en 1973	pg 72
Tableau 12 : Maladies contagieuses ou transmissibles à l'île Maurice de 1970 à 1975	pg 72
Tableau 13 : Nombre de cas d'hospitalisation par causes de maladies en psychiatrie en 1981	pg 76
Tableau 14 : Budget de l'OMS pour la République de l'île Maurice par secteur de travail pour 2002-2003	pg 85
Tableau 15 : Statistiques à partir de la feuille de données de l'OMS en 2006	pg 95
Tableau 16 : Classification des principales causes de décès enregistrées à Maurice en 2004	pg 99
Tableau 17 : Causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans à l'île Maurice	pg 100
Tableau 18 : Nombre de nouveaux cas de VIH à Maurice de 1995 à 2004	pg 109

VU

NANCY, le **6 novembre 2008**

Le Président de Thèse

Professeur A. GERARD

NANCY, le **6 novembre 2008**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Mme le Professeur K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **13 novembre 2008**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Mme le Professeur Ch. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE :

Depuis son indépendance en 1968, l'île Maurice a dû élaborer un système de soins en tenant compte de son héritage colonial et de sa diversité culturelle. Au moment de son autonomie, le pays a dû faire face à des maladies transmissibles introduites sur l'île par les esclaves venant d'Asie et d'Afrique. Mais aujourd'hui, le pays en plein essor socio-économique, est confronté à l'occidentalisation du mode de vie de ses habitants avec pour conséquence l'émergence de maladies non transmissibles notamment les pathologies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer. D'énormes progrès humains et logistiques ont été réalisés grâce à une politique volontariste. L'accès aux soins a été rendu possible à tous sur le principe de gratuité des soins dans le secteur public. L'espérance de vie à Maurice est passée de 60 ans à 71 ans dans ces quarante dernières années. Le système de santé a dû s'adapter au mieux face à ce profond changement social. Selon l'OMS, l'île Maurice a aujourd'hui un bon niveau d'offre de soins. Ce travail a permis de développer les points essentiels de l'évolution sanitaire, il propose les améliorations possibles et nécessaires au système de soins mauricien avec comme objectif d'atteindre un niveau de santé comparable aux pays industrialisés.

RESUME EN ANGLAIS :

Since its independence in 1968, Mauritius has built a healthcare system based on its colonial heritage and its cultural diversity. Initially the country had to deal with communicable diseases that were introduced on the island by the slaves from Asia and Africa. But today, the country in full socio-economic development must deal with the changes to the western lifestyle of its inhabitants which have also resulted in the emergence of non-communicable diseases in particular cardiovascular diseases, diabetes and cancer. Enormous human and logistic progress has taken place thanks to a policy to improve the system. Health care was made freely available to people in the public sector. Life expectancy in Mauritius has risen from an average age of 60 to 71 years of age in the last forty years. The healthcare system has adapted as much as possible to the significant social change that are taking place. According to the WHO, Mauritius today offers a good level of health care. This thesis develops essential points in the evolution of the Mauritian healthcare system and proposes possible improvements which are necessary in order to provide a level of health care that is comparable to the industrialised countries.

TITRE EN ANGLAIS:

The evolution of the healthcare system in Mauritius since its independence in 1968

MOTS-CLES :

Ile Maurice	Epidémiologie	Organisation sanitaire	Maladies transmissibles
Indépendance	Système de soins	Évolution sanitaire	Maladies non transmissibles

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2008

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex