

ANNEE 2006

N°

**THESE**  
**pour le**  
**DIPLÔME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**par**

**Ombeline LACHAUD**

*Présentée et soutenue publiquement le 20 Octobre 2006*

**LE SYSTEME DE SANTE A L'ILE MAURICE :  
ETAT DE SANTE DE LA POPULATION ET EVOLUTION DE  
L'OFFRE DE SOINS**

**Président :** Mme Laurence COIFFARD, Professeur de Cosmétologie

**Membres du Jury:** Mme Françoise BALLEREAU, Professeur de Pharmacie clinique et  
de Santé publique

Mme Marie-Christine BARANGER, Pharmacien

Mlle Anne BRISARD, Pharmacien

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>- 1 - GÉNÉRALITÉS SUR L'ÎLE MAURICE : le contexte géographique, démographique, socio-économique et historique</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Carte d'identité de l'île Maurice</b>	<b>4</b>
1.1.1 Situation géographique	4
1.1.2 Démographie	6
1.1.3 Langues, cultures, religions et traditions	7
1.1.4 Education	9
1.1.5 Economie	10
1.1.6 Chômage et indice de développement humain	11
1.1.7 Politique	11
<b>1.2 Histoire de l'île Maurice, de sa colonisation à nos jours</b>	<b>12</b>
1.2.1 La colonisation de l'île Maurice	12
1.2.2 Sir Seewoosagur Ramgoolam, un Mauricien d'une singulière envergure	16
1.2.3 Pédagogie de la décolonisation	18
1.2.4 L'accession à l'indépendance	19
1.2.5 La République de Maurice	20
1.2.6 La progression économique	20
1.2.7 La réglementation bancaire	21
1.2.8 L'aviation	21
1.2.9 L'explosion démographique	21
<b>- 2 - LE SYSTÈME DE SANTÉ À L'ÎLE MAURICE : Organisation du système de santé, offre de soins et état de santé de la population</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Organisation du système de santé à l'île Maurice</b>	<b>25</b>
2.1.1 Généralités	25
2.1.2 Le secteur public de la santé	26
2.1.3 Le secteur privé de la santé	41
<b>2.2 Etat de santé de la population</b>	<b>46</b>
2.2.1 Généralités	46
2.2.2 Les principales causes de décès	46
2.2.2 Les grandes pathologies et leur prévention	48
<b>- 3 - LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ MAURICIEN : Les améliorations à apporter</b>	<b>59</b>
<b>3.1 Généralités</b>	<b>59</b>
3.1.1 La Banque Mondiale	59
3.1.2 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	61
<b>3.2 Les réformes prévues par le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie</b>	<b>61</b>
3.2.1 Concernant les hôpitaux	61
3.2.2 Concernant le service primaire de santé	62
3.2.3 Concernant le personnel de santé	63

3.2.4	<i>Concernant les « maladies non transmissibles »</i>	64
3.3	<b><i>La gratuité du système public à revoir...</i></b>	<b>65</b>
3.3.1	<i>La situation actuelle</i>	65
3.3.2	<i>Quelle solution proposer ?</i>	66
	<b>Conclusion</b>	<b>70</b>
	<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>71</b>
	<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>72</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>73</b>
	<b>Résumé de la Thèse :</b>	<b>- 1 -</b>

# **Introduction**

Motivée par le désir de découvrir un système de santé différent du nôtre, au sein d'une culture riche et poly-ethnique, je suis partie durant deux mois effectuer mon dernier stage hospitalo-universitaire de cinquième année à l'île Maurice.

Les premières semaines de ce stage se sont principalement déroulées au sein de la pharmacie du *Sir Seewoosagur Ramgoolam National Hospital*, situé dans le nord de l'île, afin de me familiariser avec le fonctionnement du milieu hospitalier mauricien. Puis chaque semaine, un programme fut établi afin de me faire visiter l'ensemble des structures médicales et pharmaceutiques intervenant dans le système de santé mauricien. J'ai ainsi pu passer la seconde partie de mon stage dans d'autres hôpitaux de l'île, dans les dispensaires, les cliniques privées, les officines, chez les grossistes répartiteurs et dans les différentes unités du Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie.

Le but premier de ce stage fut de cerner le fonctionnement du système de santé mauricien, dans sa globalité, avec mon regard extérieur et mes expériences antérieures. J'ai ainsi pu participer aux différentes activités des structures visitées.

J'ai donc tenté dans cette thèse de faire part de l'expérience, tant professionnelle que culturelle et humaine, vécue au cours de ces deux mois. Ainsi, dans une première partie, l'île Maurice sera présentée dans son contexte général et historique. Puis nous nous intéresserons au fonctionnement du système de santé mauricien dans sa globalité, à l'offre de soins ainsi qu'à l'état de santé de la population. Enfin, la dernière partie de ce travail sera consacrée à l'étude des points critiques du système de santé mauricien et à ses améliorations présentes et futures.

**- 1 -**

**GÉNÉRALITÉS SUR L'ÎLE MAURICE :**  
**le contexte géographique, démographique,**  
**socio-économique et historique**

***1.1 Carte d'identité de l'île Maurice***

**1.1.1 Situation géographique**

L'île Maurice fait partie, avec Rodrigues et la Réunion, de l'archipel volcanique des Mascareignes, situé à l'Est de Madagascar. Plus au nord, gravitent les dépendances de Maurice : Rodrigues, Saint Brandon et Agalega, qui lui en sont dépendantes politiquement et économiquement. L'archipel des Chagos a été excisé du territoire en 1965 par la Grande-Bretagne. De même, durant la période coloniale et jusqu'au début du 20<sup>ème</sup> siècle, les Seychelles constituaient un autre archipel satellite de l'île Maurice.

L'île, de 61 kilomètres de long et 47 kilomètres de large, couvre une superficie de 1865 km<sup>2</sup>. La capitale est Port-Louis (5, 21).

**Figure 1 : Carte de l'archipel des Mascareignes VOIR THESE PAPIER**

www.investigations-oi.com

**Figure 2 : Carte de l'île Maurice : VOIR THESE PAPIER**

[www.ile-maurice.com](http://www.ile-maurice.com)



**Figure 3 : Drapeau mauricien**

www.ile-maurice.com

**L'île Maurice est divisée en dix districts :**

- 1- Rivière Noire
- 2- Flacq
- 3- Grand Port
- 4- Moka
- 5- Pamplemousses
- 6- Plaines Wilhems
- 7- Port-Louis
- 8- Rivière du Rempart
- 9- Savanne
- 10- Rodrigues (île dépendante de Maurice)

**Figure 4 : Les districts de l'île Maurice : VOIR THESE PAPIER**

www.wikipedia.org

## Figure 5 : Carte de Rodrigues : VOIR THESE PAPIER

www.ilemaurice.org

### 1.1.2 Démographie

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 égal à + 1 % par an. En décembre 2004, on dénombrait à l'île Maurice 1 201 000 habitants, dont 594 063 hommes et 606 937 femmes, avec une densité moyenne de 626 habitants/km<sup>2</sup>. Le tableau I montre l'évolution de la répartition de la population selon son âge, entre juillet 1995 et juillet 2004 (17).

	<i>Juillet 1995</i>	<i>Juillet 2004</i>
<b><i>MOINS DE 20 ANS</i></b>	37,3 %	32,3 %
<b><i>PLUS DE 60 ANS</i></b>	8,6 %	9,4 %

**Tableau I : Comparaison des tranches d'âges de la population entre juillet 1995 et juillet 2004**

En 2004, 18 285 naissances ont été enregistrées, soit une natalité de 15,3 naissances pour 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 (24).

Grâce au développement économique, le niveau et la qualité de vie des Mauriciens ont beaucoup augmenté durant ces dernières années. Ceci explique l'allongement de l'espérance

de vie de la population entre 1983 et 2004 (tableau II), et la diminution du taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an) qui s'élevait à 14 pour 1000 naissances en 2004, contre 19,6 pour 1000 naissances en 1995 (17).

	<i>1983</i>	<i>1995</i>	<i>2004</i>
<i>HOMMES</i>	64,4 ans	66,4 ans	68,7 ans
<i>FEMMES</i>	71,8 ans	74,0 ans	75,5 ans

**Tableau II : Evolution de l'espérance de vie des Mauriciens de 1983 à 2004**

### **1.1.3 Langues, cultures, religions et traditions**

A l'île Maurice, la langue officielle est l'anglais, mais le créole et le français sont les plus employées.

La population mauricienne descend majoritairement des esclaves Africains, mais aussi des Hindous, Chinois et Européens.

Toutes les races, cultures et religions y sont représentées. On compte sur l'île 52 % d'hindouistes, 25 % de catholiques et 16,6 % d'islamiques. Il n'y a pas de religion d'Etat et la liberté de culte, garantie par la Constitution, présente une importance particulière. Ainsi, quelle que soit leur religion, les fidèles peuvent la pratiquer en toute liberté et sans interférence de l'Etat.

La tolérance entre les différentes communautés est frappante à l'île Maurice. Il est fréquent de voir à quelques mètres d'intervalle une église catholique, une mosquée et un temple hindou (5, 21).

## **Les principales fêtes et jours fériés :**

### **Dates fixes :**

- *1<sup>er</sup> et 2 janvier* : Nouvel An
- *1<sup>er</sup> février* : Abolition de l'esclavage □
- *12 mars* : Fête nationale, anniversaire de l'Indépendance (déclarée en 1968)
- *1<sup>er</sup> mai* : Fête du Travail
- *15 août* : Assomption
- *1<sup>er</sup> novembre* : Toussaint. □
- *25 décembre* : Noël

### **Dates variables :**

- *Janvier-février* : Thaipooam Cavadee
- *Janvier-février* : Fête du Printemps (Nouvel An chinois) □
- *Février-mars* : Maha Shivaratee et Holi
- *Avril* : Ougadi
- *Août-septembre* : Ganesh Chaturthi
- *Octobre-novembre* : Divali et Ganga Asnan, ainsi que le Ramadan

### **Quelques mots sur certaines fêtes traditionnelles :**

- *Le Thaipoozam Cavadee* : c'est sans doute l'une des fêtes les plus impressionnantes. Il s'agit d'une cérémonie de purification du mal, issue de l'hindouisme. Le jour de la cérémonie, nombre de « fêtards » entrent dans d'impressionnantes transes. Ils se plantent des aiguilles dans les joues, des épingles dans la langue, des crochets dans le dos. □

- *Fête du Printemps* : Nouvel An chinois. □

- *Maha Shivaratree* : également l'une des plus importantes de l'île. □

- *Ganga Asnan* : cette fête est aussi populaire que le Maha Shivaratree. Elle remémore les racines indiennes et le culte gangétique. □

- *Holi ou Fête des couleurs* : la fête consiste à se lancer de l'eau colorée en rouge, bleu, vert, violet... □

- *Divali ou Fête des lumières* : la fête se caractérise par la décoration des maisons de mille petites lumières. Tous les foyers hindous préparent ce jour-là des gâteaux distribués ensuite aux amis et parents. □

- *Ghoons* : la fête a lieu le premier mois de l'année islamique, elle commémore le décès de Hussein, martyr et petit-fils du prophète. □

- *Pèlerinage du Père Désiré Laval* : les 8 et 9 septembre, en hommage à « l'apôtre des Noirs ». □

- *Toussaint* : son aspect est moins funèbre qu'en Europe (21).

### **1.1.4 Education**

L'école primaire est obligatoire pour tous les enfants et l'éducation est gratuite dans les établissements publics jusqu'au lycée.

Depuis 1953, l'enseignement de l'hindi et du tamoul est autorisé à l'école.

La création de l'Université de Maurice en 1965 a donné naissance à trois principales Facultés : *Agriculture*, *Administration* et *Technologie Industrielle*. La création de cette université avait pour but le développement du pays.

Avec l'accroissement du nombre d'étudiants, des écoles secondaires privées et payantes se sont ouvertes à travers toute l'île, répondant à une soif généralisée d'éducation.

En 2003, le taux d'alphabétisation des Mauriciens s'élevait à 85,6 % (21, 24).

### **1.1.5 Economie**

La monnaie mauricienne est la *Roupie (Rs)*. Une Roupie vaut 0,03 Euro environ.

Basée sur l'agriculture, l'industrie du textile, le tourisme, l'activité bancaire offshore et un port franc, l'économie mauricienne est l'une des plus compétitives de la zone africaine. En 2004, la croissance économique atteignait + 4,2 %, avec un *Produit Intérieur Brut*<sup>1</sup> s'élevant à 6,3 milliards de Dollars US. (celui de la France : 1648,4 milliards d'Euros en 2004).

Aujourd'hui, environ 90 % des terres arables sont consacrés à la culture de la canne à sucre qui représente 25 % des exportations. Etant durant de nombreuses années un pays à ressource unique, l'île Maurice a réussi à se diversifier avec les secteurs d'activités secondaires et tertiaires. Dans les années 80, l'industrie textile a en effet connu une expansion formidable et représente aujourd'hui une part importante des exportations. Quant au tourisme (de luxe), il est devenu le troisième pilier de l'économie. Ainsi, le secteur primaire représente 6,14 % des activités du pays, le secteur secondaire 30,56 % et le secteur tertiaire 63,30%.

Les principaux clients de la production industrielle mauricienne sont le Royaume Uni, la France (20 %), les Etats-Unis et Madagascar. Ses principaux fournisseurs sont l'Afrique du Sud, la Chine, l'Inde et la France (9 %).

L'île Maurice affiche aujourd'hui des ambitions élevées dans le secteur informatique. Le gouvernement souhaite faire de l'informatique un pilier supplémentaire de l'économie, et transformer le pays en « cyber-île ». Mais il risque de se heurter à plusieurs obstacles pour s'affirmer dans ce domaine au niveau mondial :

---

<sup>1</sup> *Le Produit Intérieur Brut ou PIB évalue la richesse d'un pays et le niveau de vie de ses habitants.*

une pénurie chronique de main d'œuvre, un manque de libéralisation des tarifs de télécommunications et des lacunes en termes de développement des logiciels et de leur certification (5, 21, 24, 31).

### **1.1.6 Chômage et indice de développement humain**

➤ ***Le chômage :***

Le taux de chômage s'élevait à Maurice à 10,8 % en 2004 (24).

➤ ***Indice de développement humain :***

Indice de Développement Humain<sup>1</sup> (IDH) : 0,785/1.0 (rang 64/177) (24).

### **1.1.7 Politique**

Le Premier Ministre, Navin Ramgoolam, est le Chef de l'Etat. Le Président, Anerood Jugnauth, n'a pas de pouvoir décisionnel, mais symbolise à l'étranger la République de Maurice. Il est élu pour une période de cinq ans par l'Assemblée Nationale. Le gouvernement est constitué d'une unique chambre. Des soixante-six membres de l'assemblée, soixante-deux sont élus directement par un scrutin populaire (dont deux représentants de Rodrigues), tandis que quatre sont désignés pour représenter les minorités ethniques. Le Parlement est dirigé par le Premier Ministre et un conseil des ministres.

---

<sup>1</sup> L'Indice de Développement Humain ou IDH prend en compte le caractère multidimensionnel du développement. Il se base sur trois éléments : espérance de vie, scolarisation et alphabétisation, et niveau de vie d'une population. Cet indicateur est utilisé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

**Figure 6 : Photos du Premier Ministre mauricien, Navin R:  
PAPIER**

QuickTime™ et un  
décodeur pour TIFF (non compressé)  
sont requis pour visionner cette image.

Depuis son indépendance, l'île a toujours connu un gouve le Parti Travailleiste de Sir Seewoosagur Ramgoolam, allié Démocrate (PMSD) ou au Mouvement Militant Mauricien (MM Social Mauricien (MSM).

## ***1.2 Histoire de l'île Maurice, de sa colonisation à nos jours***

### **1.2.1 La colonisation de l'île Maurice**

Les historiens pensent que les premiers visiteurs de l'île Maurice furent les navigateurs arrivant du Liban, vers 2000 avant JC. Les marins arabes visitèrent Maurice régulièrement à partir du 5<sup>e</sup> siècle et lui donnèrent le nom de *Dina Arobi*.

Ce n'est qu'au début du 16<sup>e</sup> siècle que des navigateurs portugais commencèrent à circuler dans la région. Des Portugais s'y installèrent pour la première fois en 1505. A partir

de 1598, l'île fut occupée puis colonisée par les Hollandais, qui la baptisèrent *Mauritius* en l'honneur de leur Prince Maurice de Nassau.

Les Français en prirent ensuite possession, en 1721, et lui donnèrent le nom d'*Isle de France*. L'île fut annexée à la Compagnie des Indes, constituant ainsi sur la longue route des Indes un abri sûr aux vaisseaux français pendant la saison des ouragans, ainsi qu'une escale de ravitaillement que la France n'avait pu se procurer ni en Afrique australe, ni à Madagascar. La France, puissance européenne, avait besoin d'un port de refuge, d'une escale pourvue d'eau, de vivres et de bois pour la réparation de ses navires. Ce furent donc des raisons d'ordre maritime qui amenèrent l'occupation de l'*Isle de France* (21).

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'essor du pays. La compagnie y débarquait quelques « aventuriers ». Les familles ne se formaient que difficilement, par manque de femmes, malgré les contingents d'orphelines, élevées chez les Sœurs de Charité en France, qui étaient expédiées dans la colonie en vue d'un mariage. Les soldats, soumis à de rudes conditions de service et au climat tropical, faillirent sombrer dans l'anarchie. Les marins, en escale ou en convalescence, tombaient souvent dans la débauche, provoquaient des troubles ou de l'agitation publique. Et en dépit des esclaves introduits dans l'île, la pénurie chronique de main d'œuvre paralysait le défrichage et la culture des terres (2, 21).

A la fin de l'année 1723, l'île abritait 160 blancs ; en 1725, 313, et vers 1730, un peu moins de 1000. La présence des esclaves gonflait la population. Depuis ses origines, le peuplement de l'île a toujours été associé à l'esclavage. La main d'œuvre servile apparaissait comme une « nécessité » incontournable. A partir de 1728, la Compagnie des Indes entrepris plusieurs « razzias » agressives et violentes en vue d'alimenter l'île en travailleurs noirs. Les esclaves étaient originaires de Madagascar, du Mozambique, de Guinée, du Sénégal et même de l'Inde. Aucune voix ne réprova ce trafic, et pire encore, la mentalité de l'époque estimait l'esclavage indispensable à la colonie, pour sa survie et son essor. De 1728 à 1731, les vaisseaux ramenèrent à Bourbon (l'actuelle île de la Réunion) et à l'Isle de France environ 3300 esclaves.

L'année 1735 marqua un tournant dans l'histoire de la jeune colonie. La Compagnie des Indes n'avait encore tiré aucun des profits escomptés. Aucune culture n'avait été entreprise, la

disette durait de manière presque continuelle, 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 La Bourdonnais. Nommé gouverneur général de l'île Bourbon et de l'Isle de France, il débarqua à Port-Louis le 4 juin 1735. 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'œuvre, le gouverneur développa la traite des esclaves. En 1745, la population francilienne s'élevait à plus de 18000, dont 3000 blancs et 15000 esclaves (1, 7, 15, 22).

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

Sous l'administration des successeurs de La Bourdonnais, 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 plantes dans son jardin de Pamplemousses (Figures 6, 7 et 8) (15, 21).

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (non compressé)  
sont requis pour visionner cette image.

**Figure 7 : Le Jardin de  
Pamplemousses**

**Figure 8 : Pierre Poivre : VOIR THESE PAPIER**



**Figure 9 : Photo du jardin de Pamplémousses**

Dans un autre domaine encore, Pierre Poivre réussit une initiative vainement tentée par La Bourdonnais : le recrutement de religieuses pour l'hôpital.

Les administrateurs royaux gouvernèrent la colonie avec fermeté, en comparaison avec la gestion désordonnée de la Compagnie des Indes, permettant ainsi une évolution de l'archipel des Mascareignes qui porta sur trois plans : *l'agriculture, le commerce et l'armée*.

En 1794 à Paris, la Convention, dans sa logique révolutionnaire, décréta l'abolition de l'esclavage, ce qui entraîna la rébellion des Mascareignes. L'esclavage apparaissait comme la base de l'existence des colonies.

Durant la dernière décennie du 18<sup>e</sup> siècle, la France, engagée dans la guerre avec l'Angleterre, ne maintenait plus de lien maritime avec sa colonie. L'Angleterre, en possession de l'Inde du nord et de l'Australie du sud, cherchait à renforcer sa maîtrise sur la mer des Indes. L'Isle de France, en raison de sa position stratégique, en était la véritable cible. Ainsi, de 1794 jusqu'à sa conquête en 1810, des vaisseaux anglais encerclaient épisodiquement l'île.

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.

Le règne français se termina en 1810 suite aux offensives répétées des Anglais qui en sortirent vainqueurs. Ils restituèrent alors à l'île son nom d'origine, *Mauritius*, et régnèrent sur l'île durant 158 ans. La colonisation britannique convertit l'île en « colonie de plantation », basée sur la culture de la canne à sucre.

En 1835, l'esclavage fut aboli et un grand nombre d'immigrés indiens et chinois (dans une moindre mesure) arrivèrent à Maurice par le biais de « l'engagisme », forme de travail qui succéda à l'esclavage, mais dont les conditions étaient à peine plus acceptables, afin de remplacer les esclaves dans les champs de canne à sucre.

En 1901, Maurice avait doublé sa population par rapport à 1850, comptant 371 023 habitants (1, 6, 7, 22, 29).

### **1.2.2 Sir Seewoosagur Ramgoolam, un Mauricien d'une singulière envergure**

Aujourd'hui, on ne peut évoquer le passé de l'île Maurice sans parler de Sir Seewoosagur Ramgoolam, un Mauricien qui fit beaucoup pour son pays et sans qui l'île ne serait devenue ce qu'elle est aujourd'hui.

Sir Seewoosagur Ramgoolam est né le 18 février 1906, à Belle Rive. Issu d'une modeste famille d'immigrés indiens, il eut la chance de suivre une scolarité, tout en aidant ses parents les champs de santé sociale. Peu à peu, la culture britannique et les traditions victoriennes influencèrent Ramgoolam. Il fréquenta longuement les milieux nationalistes indiens et la *Fabian Society*<sup>1</sup>. A cette époque, il rencontra Gandhi et Nehru. Puis le membre communiste du Parlement, Sharuzi Saklat Lava, introduisit Ramgoolam dans la branche londonienne de l'Indian National Congress qu'il présida en 1924 s'intéressait aux travailleurs et aux pays (26).  
 rencontrait les populations de toutes les classes. Il possédait un don remarquable pour se faire des amis, et créa de village en village un réseau de militants qui propageaient ses idées.

Le 23 février 1936, il annonça à la population et aux médias du monde entier la naissance du *Mauritius Labour Party*, Parti Travailleuse Mauricien. Il créa en 1940 le journal *Advance*, qui 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 (14, 20).

**Figure 11 : Annonce de la naissance du Parti Travailleuse : VOIR THESE PAPIER**

La même année, il fut nommé au Conseil Législatif, et commença sa longue lutte pour mener son pays vers l'indépendance. En 1946, il créa le *Consultative Constitutional Committee*, afin d'étudier les textes de la Constitution de la République. Ramgoolam apparaissait alors comme le leader du Parti Travailleiste.

En 1948, son Parti remporta les élections et une nouvelle Constitution fut mise en place, mieux adaptée à la situation de l'île Maurice. Désormais, le droit de vote était accordé à tous les adultes, hommes et femmes, sachant lire et écrire, y compris le créole.

Cette réforme constitutionnelle de 1948 ouvrit la voie à un avenir beaucoup plus libéral. En effet en 1957, l'Angleterre accorda à l'île Maurice le système ministériel, puis le suffrage universel en 1959. Les élections législatives furent remportées par le Parti Travailleiste de Ramgoolam qui fut nommé Premier Ministre et Ministre des Finances (14, 20, 27).

### **1.2.3 Pédagogie de la décolonisation**

L'Angleterre appliqua à la colonie un schéma original de décolonisation. Elle éduqua en effet les politiques mauriciens à gérer les étapes qui mèneraient le pays vers l'indépendance. D'une part, le leader de la majorité, Sir Seewoosagur Ramgoolam, d'abord *Chief Minister* (1962), puis *Premier* (1964), et *Prime Minister* (1968), dirigea la colonie, entouré d'une équipe de cinq *Liaison Officers*, nommés par la suite *Ministers*. D'autre part les principaux adversaires, le Parti Travailleiste et Le Parti Mauricien (*Social Democrate*) furent amenés à tester un gouvernement de coalition de 1964 à 1965.

En 1965, le principe d'accorder l'indépendance à Maurice fut admis, et l'Angleterre recommanda une Assemblée Législative avec soixante-deux députés représentant équitablement les différentes ethnies (21).

**Figure 12 : Mauriciens militant pour l'indépendance : VOIR THESE PAPIER**

Le 22 Août 1967, Ramgoolam présenta à l'Assemblée Législative la motion ayant pour objet l'indépendance du pays. La future Constitution, loi souveraine du pays, fut élaborée par les dirigeants britanniques. Mais fin 1967 et début 1968, des tensions sociales s'installèrent et des bagarres sanglantes éclatèrent entre créoles et musulmans. En dehors de quelques explications superficielles (rhum, proxénétisme), les raisons véritables de ces violences n'ont jamais été données. La coexistence des ethnies avait toujours constitué un problème au sein de la colonie ; à la suite de ces événements, l'harmonie raciale subit une réelle régression (21).

#### **1.2.4 L'accession à 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 (21).

**Figure 13 : Cérémonie d'ouverture du Conseil du Gouvernement, à Port-Louis : VOIR THESE PAPIER**

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

Sir Seewoosagur Ramgoolam dirigea le pays jusqu'en 1982, année de la défaite de son Parti Travailleux aux élections. Il décéda le 15 décembre 1985 (5, 21).

### **1.2.5 La République de Maurice**

Finalement, le pays adopta le statut de *République* le 12 mars 1992.

Il y a donc aujourd'hui à Maurice un Président de la République, qui choisit le Premier Ministre. Ce dernier est à la tête de l'Assemblée Nationale et détient tous les pouvoirs exécutifs (5, 21).

### **1.2.6 La progression économique**

Des années 1950 jusqu'au delà de l'indépendance, Seewoosagur Ramgoolam pilota l'île Maurice vers une progression économique et encouragea le développement des industries. La production sucrière, constituait le pilier de l'économie mauricienne. La fondation *Sugar Industry Labour Welfare Fund* vit le jour en 1948, afin de promouvoir le bien-être des travailleurs de l'industrie sucrière et des docks et d'améliorer la qualité de vie de leurs familles. La récolte sucrière passa de 533 341 tonnes en 1951 à 664 403 tonnes en 1965 et réalisa même une pointe de 706 839 tonnes en 1986. D'autre part, la seule autre culture à acquérir une certaine importance était celle du thé dont la production atteignait 1734 tonnes en 1965 (23).

Cette époque fut aussi celle de la création d'entreprises industrielles, produisant notamment des matériaux de construction. Ces entreprises avaient pour but la production de produits de substitution, afin d'approvisionner le marché mauricien et de réduire les importations (21).

**Figure 14 : Les docks de Port-Louis : VOIR THESE PAPIER**

### **1.2.7 La réglementation bancaire**

Durant la décennie menant à l'indépendance, plus d'une demi-douzaine de banques opéraient dans le pays. La doyenne était la *Mauritius Commercial Bank Ltd.* En 1966, le *Bank of Mauritius Act* donna naissance à la *Bank of Mauritius*, dorénavant la « banque des banques ». La législation octroya à la banque centrale du pays non seulement la responsabilité exclusive de l'émission de sa monnaie, mais aussi celle du maintien de la valeur de la Roupie Mauricienne et de sa convertibilité internationale. Elle lui octroya également le monopole de l'importation de l'or et de l'argent (21).

### **1.2.8 L'aviation**

L'événement essentiel dans le développement de l'aviation mauricienne fut la création de la compagnie nationale *Air Mauritius*, en juin 1967. Le gouvernement mauricien, *British Airways*, *Air France* et *Air India* participèrent à ce projet, épaulés par une firme mauricienne. Cette création eut un incroyable impact économique (21).

### **1.2.9 L'explosion démographique**

Sur le plan démographique, l'éradication du paludisme entre 1948 et 1950 grâce à la vaporisation de D.D.T (un pesticide organochloré) dans toutes les maisons de l'île eut un impact très important. En 1952, l'Organisation Mondiale de la Santé rangea l'île Maurice parmi les régions complètement désimpaludées. La Colonie connut alors une explosion démographique jusque là sans précédent. Le taux de natalité s'élevait à 35 naissances par an pour 1000 habitants. De plus, l'espérance de vie des habitants s'allongeait de plus en plus. De décembre 1950 à juin 1960 la population passa de 475 000 à 632 000 habitants. Elle se chiffrait à 826 199 en 1972 et à 966 863 en 1983. Le tableau suivant montre qu'en 1990 elle avait déjà franchi le cap du million d'habitants (3, 8, 20).

<i>ANNÉE</i>	<i>POPULATION TOTALE</i>
1901	371 023
1911	368 791
1921	376 485
1931	393 238
1944	419 185
1952	501 415
1962	681 619
1972	826 199
1983	966 863
1990	1 022 546

**Tableau III : Population mauricienne – 1901-1990**

Cette forte natalité en même temps qu'une longévité accrue fit surgir très vite un grand nombre de problèmes. Depuis 1953, le rapport *Herchenroder* avait attiré l'attention du public sur la grave explosion démographique en cours. En 1956, le *taux d'accroissement naturel*<sup>1</sup> s'élevait à 31,6 pour 1000.

Une telle situation ne pouvait qu'inquiéter l'administration coloniale. Au début des années 60, avec une densité de 365 habitants par kilomètre carré, la population allait affronter un problème social et économique très asphyxiant, à moins d'une baisse draconienne de la natalité (20).

<sup>1</sup>Taux auquel une population augmente durant une année en raison d'un excédent de naissances par rapport aux décès, exprimé en pourcentage de la population.

Le 24 février 1961, furent publiés les rapports très précis de deux experts venus étudier la situation sur place, les professeurs Richard Titmuss, démographe à la *London School of Economics*, et James E. Meade, économiste à Cambridge. Le rapport du professeur Titmuss mis en évidence les problèmes posés par la surpopulation et définit la politique sociale à suivre. Deux conditions s'imposaient : d'une part, la création d'un service national de contrôle des naissances ; d'autre part, un élargissement du domaine de l'emploi. Le rapport du professeur Meade analysa la structure économique et sociale du pays, et fit des recommandations visant à assurer le développement et la stabilité de l'île. Bien évidemment le pays devait freiner son surpeuplement. Les recommandations englobaient le développement de l'agriculture et de l'élevage, le réaménagement de la structure de l'éducation, mais surtout le lancement de l'industrialisation.

Parallèlement, une stratégie nationale, mise en place par Ramgoolam, permit de réduire le taux de natalité. Les pouvoirs publics financèrent les programmes de deux agences privées : la *Mauritius Family Planning Association* et l'*Action Familiale*. La première mit en avant les moyens de contraception. La seconde misa sur « l'éducation des couples à l'amour », en leur proposant une « philosophie » de la vie. Elle éduquait les couples sur les méthodes de maîtrise de la fécondité, conformes à la loi naturelle et donc en harmonie avec l'enseignement de l'Eglise Catholique. Rapidement le concept de « parenté responsable » entra dans les mœurs.

Le pays connu de vastes campagnes d'information et d'éducation en vue de sensibiliser les couples aux dangers d'une telle explosion démographique et à l'urgente nécessité de contrôler les naissances (3, 28, 30).

En 1972, le Ministère de la Santé créa son propre service de planning familial (*Family Planning, Maternal and Child Health Services*), ce qui permit d'intensifier cette campagne de régulation des naissances.

En 25 ans, le pays a connu une décroissance importante de la fécondité, comme le montre le tableau suivant (20) :

<i>ANNÉE</i>	<i>TAUX D'ACCROISSEMENT NATUREL</i>
1956	31,6 pour 1000
1965	27,1 pour 1000
1981	18,4 pour 1000
1986	11,7 pour 1000

**Tableau IV : Taux d'accroissement naturel de 1956 à 1986**

L'île Maurice aura été l'un des premiers pays au monde à mettre en place une politique de contraception. Malgré la difficulté à faire évoluer les mœurs, la religion étant très implantée dans la culture mauricienne, cette initiative fut un succès sans lequel la population du pays s'élèverait aujourd'hui à environ 2,5 millions d'habitants.

En 1990, la *Mauritius Family Planning Association* et l'*Action Familiale* reçurent le prix des Nations Unies pour leur travail dans le domaine de la régulation des naissances. L'expérience mauricienne de la « parenté responsable » est un enseignement positif à offrir à bien d'autres pays (20).

**- 2 -**

**LE SYSTÈME DE SANTÉ À**  
**L'ÎLE MAURICE :**

**Organisation du système de santé, offre de**  
**soins et état de santé de la population**

***2.1 Organisation du système de santé à l'île***  
***Maurice***

***2.1.1 Généralités***

Le système de santé mauricien est divisé en deux secteurs : le *public* et le *privé*. Il est régi par le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie.

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 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** (16).

### **2.1.2 Le secteur public de la santé**

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.

On distingue dans le secteur public la médecine *préventive* de la médecine *curative*. La médecine préventive consiste à diffuser auprès des Mauriciens des informations sur les pathologies et leur prévention, à les éduquer sur l'hygiène de vie à adopter afin de rester en bonne santé, et à effectuer des dépistages. Elle est réalisée dans les hôpitaux, les dispensaires et les cinq « caravanes de santé » qui sillonnent l'île.

L'île Maurice 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 (au Nord) : ***Sir Seewoosagur Ramgoolam National Hospital (SSRNH)***
- Health Region 3 : Moka / Flacq (à l'Est) : ***Flacq Hospital***
- Health Region 4 : Grand Port / Savanne (au Sud) : ***J.Nehru Hospital***
- Health Region 5 : Plaine Wilhems / Black River (au centre) : ***Victoria Hospital***

De nombreuses structures publiques dépendent de ces hôpitaux :

- Deux hôpitaux de district,
- Un hôpital psychiatrique,
- Un hôpital spécialisé dans les pathologies oculaires,
- Un hôpital spécialisé dans les pathologies ORL,
- Un hôpital spécialisé dans les pathologies pulmonaires,
- Un centre cardio-thoracique,

- Deux hôpitaux communautaires,
- Vingt-deux dispensaires (*Area Health Centres*)
- Cent neuf centres de santé communautaires (*Community Health Centres*), qui sont des structures plus petites que les dispensaires,
- Cent quarante et un centres de santé pour mères et enfants,
- Cent quarante centres de Planning Familial,
- Trois centres de « Santé Familiale »,
- Cent cinquante-sept centres de vaccination,
- Quarante et un centres de santé bucco-dentaire,
- Dix-huit dispensaires de l'industrie sucrière,
- Cinq « caravanes de santé ».

Le gouvernement a créé ces structures hospitalières annexes dans le but de répartir équitablement l'offre de soins et de l'adapter aux besoins de santé de la population. Malgré cela, la capacité du secteur public, en terme de nombre de lits, est aujourd'hui insuffisante. En effet, fin décembre 2004, le nombre total de lits dans le domaine public ne s'élevait qu'à 3547, dont 2420 pour l'ensemble des cinq hôpitaux régionaux (16, 17).

L'Etat se heurte également à une pénurie de personnel spécialisé capable de faire face à l'émergence des nouvelles maladies et à leurs complications, telles que le diabète et les pathologies cardiovasculaires, très répandus au sein de la population mauricienne.

Fin 2004, on dénombrait à Maurice, secteurs public et privé confondus, 1303 médecins (contre 960 en 1995), soit un médecin pour 950 habitants. 59,5 % de ces médecins, soit 775, exerçaient dans le domaine public (contre 56,5 % soit 542 en 1995). L'île comptait également 167 dentistes, dont 58 dans le domaine public, et 286 pharmaciens, dont 20 dans le public, ainsi que 2774 infirmières dans le public. En 2004, 65 % du budget « santé » fut alloué aux hôpitaux.

Le nombre total d'admissions dans les hôpitaux publics et structures annexes s'élevait fin 2004 à 191 142, dont 171 146 dans les cinq hôpitaux régionaux (soit 89,5 % des admissions).

Le tableau suivant montre l'évolution du nombre total d'admissions de patients dans le public depuis 1995 (16, 17) :

<i>ANNÉE</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2004</i>
<i>NOMBRE D'ADMISSIONS</i>	168 835	204 673	191 142

**Tableau V : Evolution du nombre d'admissions de patients dans les structures publiques, de 1995 à 2004**

### **2.1.2.1 Un exemple de structure hospitalière à Maurice : le Sir Seewoosagur Ramgoolam National Hospital (SSRN Hospital)**

Mon stage s'est principalement déroulé au sein du *SSRN Hospital*, situé à Pamplemousses, dans le nord de l'île. Ce fut le premier hôpital construit à Maurice après l'indépendance, au début des années 1970. C'est dans cet hôpital que fut pratiquée la première opération à « coeur ouvert » sur l'île, en 1984.

En 2004, l'établissement couvrait 192 900 habitants, avec une capacité de 524 lits. Comme nous l'avons vu précédemment, à chacun des cinq hôpitaux régionaux de l'île sont rattachées plusieurs structures hospitalières. Elles sont plus petites et offrent des soins plus spécifiques, permettant de diminuer l'afflux de patients au sein des hôpitaux régionaux. Celles qui dépendent du *SSRN Hospital* sont :

- *Poudre d'Or Hospital*, spécialisé dans le traitement des affections pulmonaires,
- *Long Mountain Hospital*,
- *Trois Dispensaires* : à Triolet, Goodlands et Rivière du Rempart,

➤ *Vingt-trois Centres de Santé Communautaires.*

Les différents services ou *wards* du *SSRN Hospital* sont :

- Gynécologie et obstétrique,
- Orthopédie,
- Chirurgie,
- Pédiatrie,
- Soins intensifs,
- Neurochirurgie,
- Urgences.

Un même service est divisé en unités. Par exemple, le service d'orthopédie est divisé en une unité de consultation, pour les patients extérieurs (*out-patients*), et en une unité d'hospitalisation, pour les *in-patients*. De plus, chaque unité d'hospitalisation est doublée, c'est à dire qu'il en existe une pour les femmes (*female orthopaedic*), et une pour les hommes (*male orthopaedic*).

Il faut noter que le confort est minimum pour les patients hospitalisés dans le public. Il n'y a aucune chambre, tous les lits d'une unité sont disposés les uns à côté des autres, parfois séparés par un rideau. Le repos des patients est difficile car l'isolement est impossible, notamment durant les heures de visite.

On ne retrouve pas les mêmes services d'un hôpital à un autre. Ainsi, le service des Grands Brûlés se trouve dans l'enceinte du *Victoria Hospital*, dans le sud de l'île (16).

#### **2.1.2.1.1 *Le Centre Cardio-thoracique du SSRN Hospital***

Le *SSRN Hospital* dispose du seul Centre Cardio-thoracique de l'île. Il s'agit d'un bâtiment récent, comprenant une unité réservée aux consultations, une unité pour les hospitalisations, et deux salles d'opération accolées à l'unité de soins intensifs dans laquelle il n'y a aucune cloison ; tous les patients se trouvent les uns à côté des autres, quels que soient leur état et les soins dispensés. En revanche, les opérations pratiquées et le matériel utilisé sont très au point et lorsqu'un cas nécessite un médecin plus spécialisé, l'hôpital fait appel à

des médecins étrangers. Les actes les plus souvent pratiqués sont l'angiographie et l'angioplastie, les pontages coronariens, les changements de valve...

Le Centre Cardio-thoracique ne dispose que de soixante-deux lits, dont onze dans l'unité de soins intensifs. Ce nombre est bien trop insuffisant lorsque l'on sait que presque la moitié des décès survenus à Maurice en 2004 étaient dus aux pathologies cardiovasculaires (cardiopathies, diabète, hypertension...) (16, 17).

Ce centre est également muni de sa propre pharmacie hospitalière où l'on trouve principalement les médicaments traitant les pathologies cardiovasculaires. Les molécules prescrites par les cardiologues sont :

- La trinitrine,
- Le mononitrate d'isosorbide,
- La digoxine,
- La cordarone,
- L'acide acétylsalicylique,
- Le clopidogrel,
- La warfarine,
- L'énalapril,
- L'amlodipine,
- L'aténolol,
- Le carvedilol,
- Le furosémide,
- Ainsi que certains antidiabétiques oraux, hypocholestérolémiants et hypolipémiants.

#### ***2.1.2.1.2 Le Centre d'Hémodialyse du SSRN Hospital***

La deuxième particularité du *SSRN Hospital* est la présence d'un Centre d'Hémodialyse. Ce fut le premier construit sur l'île, en juin 1991. Aujourd'hui ils sont au nombre de cinq dans le domaine public et six dans le domaine privé, pour un nombre de

patients hémodialysés qui s'élevait en Juillet 2005 à 503 dans les centres publics et 233 dans les centres privés.

Le centre d'hémodialyse du *SSRN Hospital* fait partie des plus importants de l'île, avec 19 lits et 113 patients recensés au mois de Juillet 2005. Il est ouvert tous les jours sauf le Dimanche.

Les patients viennent trois fois par semaine (lundi-mercredi-vendredi ou mardi-jeudi-samedi) pour effectuer une séance d'hémodialyse qui dure environ quatre heures.

L'insuffisance rénale est une conséquence habituelle chez les diabétiques, qui sont une majorité des hémodialysés de ce centre. Il y a également d'autres causes telles que la polykystose des reins, les pyélonéphrites à répétition...(16)

### Le principe de l'hémodialyse :

L'eau du robinet est filtrée (filtres de 10 puis 5  $\mu\text{m}$ ), puis adoucie grâce à des résines retenant cations et anions mais laissant circuler le sodium. Elle passe ensuite sur du charbon actif qui retient le chlore et les substances pyrogènes, puis est de nouveau filtrée (filtres de 1 et 0.5  $\mu\text{m}$ ). Un osmoseur mesure la qualité de l'eau obtenue, puis elle subit une dernière filtration (0.2  $\mu\text{m}$ ). On obtient alors de l'eau osmosée qui ne contient que du sodium.

Cette eau est ensuite envoyée dans l'hémodialyseur. Sa température et sa conductivité sont adaptées en fonction de celle du plasma du patient, puis elle est mélangée avec une solution d'acétates ou de bicarbonates (les acétates sont transformés en bicarbonates par le foie), dont la composition est équivalente à celle du plasma. Le sang du patient est prélevé depuis une fistule artério-veineuse, et passe dans les tubulures jusqu'à l'hémodialyseur.

Ce mélange passe dans le rein artificiel (il s'agit d'un ensemble de membranes) dans lequel il se produit un processus d'osmose inverse entre le sang du patient et la solution de dialysat. L'eau usagée est alors rejetée. Ainsi, après son passage dans le rein artificiel, le sang du patient ne contient plus que 5 mmol/L d'urée contre 30 mmol/L avant son passage.

L'hémodialyseur permet également de réajuster le volume plasmatique du patient lorsque celui-ci souffre de rétention d'eau. Le volume plasmatique normal est calculé en fonction du poids sec du patient.

### Les effets indésirables de l'hémodialyse

- Des tremblements, de la fièvre, de la fatigue,
- Une anémie, car le rein affaibli ne produit plus assez d'érythropoïétine, précurseur des globules rouges. Pour compenser ce phénomène il existe deux alternatives : l'administration d'Erythropoïétine (EPO) Recombinante (*Recormon®*, *Eprex®*), ou la transfusion sanguine une fois par mois. C'est cette deuxième pratique qui est la plus courante à Maurice car la moins onéreuse, même si elle peut être à l'origine de la transmission des virus de l'hépatite B et C (risque beaucoup moins présent de nos jours). Du fer est également prescrit aux patients.
- Une carence en calcium, évitée grâce à la prise de calcium sous forme de comprimés à sucer (34, 37).

#### **2.1.2.1.3 Fonctionnement de la pharmacie hospitalière du SSRN Hospital**

##### *2.1.2.1.3.1 Les locaux et le personnel*

La pharmacie hospitalière du *SSRN Hospital* est sous la responsabilité de deux pharmaciens. Comme celle des autres hôpitaux régionaux de l'île, elle est divisée en trois parties principales :

- Le **STORE** : il s'agit d'une grande pièce climatisée où sont stockées les réserves de médicaments de l'hôpital, par ordre alphabétique et par forme galénique. La gestion du Store est effectuée par le *Principal Pharmacy Dispenser* et les trois *Senior Pharmacy Dispensers*.
- La zone de dispensation des médicaments aux patients ou **DISPENSING AREA** : les médicaments y sont délivrés par les vingt-quatre *Pharmacy Dispensers*.
- La **COMPOUNDING SECTION** : il s'agit du préparatoire.

#### 2.1.2.1.3.2 *Les responsabilités du pharmacien hospitalier*

Elles sont nombreuses et variées :

- Il vérifie les commandes de médicaments destinées aux différents services de l'hôpital, préparées par les *Pharmacy Dispensers*,
- Il surveille la délivrance des médicaments aux patients, effectuée par les *Pharmacy Dispensers*, et surveille la réalisation des préparations,
- Il effectue l'inspection des armoires à pharmacie des services hospitaliers,
- Il suit la consommation des médicaments et la gestion du stock, afin de s'assurer que les médicaments sont en quantité suffisante, et prépare la commande annuelle de médicaments pour l'année suivante,
- Il effectue la demande de nouveaux effectifs et équipements pour la pharmacie hospitalière,

- Il s'occupe de la diffusion d'informations concernant les médicaments auprès des services de l'hôpital et des patients,
- Il est responsable de l'inspection des pharmacies privées,
- Il est responsable des pharmacies des autres structures hospitalières dépendant de l'hôpital régional.

#### 2.1.2.1.3.3 *Les Pharmacy Dispensers*

Les étudiants, appelés *Students Pharmacy Dispensers*, suivent une formation de deux ans, avec des cours trois fois par semaine en alternance avec leur apprentissage en pharmacie hospitalière. Ils deviennent alors *Pharmacy Dispensers*, l'équivalent des préparateurs en pharmacie en France.

Il existe une hiérarchie au sein des *Dispensers*, qui dépend de leur ancienneté dans le métier.

#### 2.1.2.1.3.4 *Dispensation des médicaments aux patients*

Cette dispensation se fait au niveau des cinq guichets de la pharmacie du *SSRN Hospital*. Une vitre sépare le patient du *Dispenser*, rendant la communication difficile.



**Figure 15 : Patients attendant devant les guichets de la pharmacie du SSRN Hospital**



**Figure 16 : Pharmacy Dispenser délivrant les médicaments aux patients**

Plus de mille patients viennent chaque jour à la pharmacie hospitalière ; le temps accordé à chaque patient est donc très court (une à deux minutes) et le *Dispenser* n'explique que très brièvement le but et la posologie du traitement, mais le patient comprend souvent mal les explications données. Par ailleurs, les patients attendent tous les uns à côté des autres, sans respecter une certaine confidentialité, et sont bien souvent impatients lorsque l'attente se fait longue.

Les *Dispensers* vérifient la validité de l'ordonnance et donnent la quantité exacte de médicaments pour la durée du traitement (délivrance pour un mois maximum). Beaucoup de comprimés sont déconditionnés. Ils sont reçus en vrac des laboratoires pharmaceutiques, pour des raison de coût moins élevé, et sont délivrés aux patients dans de petits sachets sur lesquels sont inscrits le nom et la posologie du traitement.



**Figure 17 : Les comprimés, reçus en vrac**

Un des problèmes rencontrés lors de la dispensation des médicaments est le mode de prescription des médecins qui utilisent beaucoup d'abréviations, parfois difficiles à lire et à comprendre, et donc source d'erreurs lors de la délivrance du traitement. Voici quelques-unes de ces abréviations :

- OD : une fois/jour
- BD : deux fois/jour
- TDS : trois fois/jour
- 5/7 : pendant cinq jours
- 2/52 : pendant deux semaines
- 1/12 : pendant 1 mois

- PCM : paracétamol
- MF : metformine...

### **2.1.2.2 Les dispensaires, ou *Area Health Centres***

Ils font partie, avec les centres de santé communautaires et les deux hôpitaux communautaires, de ce qui est appelé à l'île Maurice « structures primaires de santé ». Leur but est de permettre une équité et une facilité en termes d'accès aux services de santé, en créant un réseau de proximité pour les patients vivant loin des hôpitaux régionaux. L'objectif est également de diminuer l'afflux des patients à l'hôpital. L'idéal, dans un avenir proche, serait que la démarche de consulter un médecin dans ces « structures primaires de santé » devienne un réflexe lorsqu'il s'agit de pathologies peu importantes. Pour essayer de faire progresser cette idée dans la mentalité de la population mauricienne, ces structures primaires ont prolongé depuis peu leurs horaires d'ouverture.

Ces structures disposent en général de :

- Un à trois médecins généralistes,
- Une infirmerie,
- Un service de suivi des femmes enceintes, dont le but est d'éduquer les patientes sur leur alimentation, les soins du nourrisson...
- Un gynécologue et un pédiatre, présents une fois par semaine,
- Un dentiste, présent trois jours par semaine environ,
- Une pharmacie, au stock très restreint, disposant de médicaments destinés à traiter les pathologies les plus courantes telles que diabète, hypertension artérielle, rhumatismes, rhume, grippe, douleurs dentaires...(16)

### **2.1.2.3 Le Ministère de la Santé et de La Qualité de La Vie**

### **2.1.2.3.1 Ses activités**

Elles sont nombreuses et variées :

- Il gère le budget national alloué au domaine de la santé, en le répartissant de façon équitable en fonction des besoins,
- Il s'occupe de l'importation des médicaments sur l'île, et l'approvisionnement des structures hospitalières,
- Il gère le recrutement et la répartition du personnel de santé dans le domaine public,
- Il surveille l'évolution et l'ampleur des pathologies au sein de la population, ainsi que l'émergence de nouvelles maladies ou épidémies,
- Il sensibilise la population sur les pathologies et leurs traitements à travers des campagnes d'information, et organise les programmes de vaccination,
- Il contrôle la salubrité des structures publiques de santé,
- Il surveille l'hygiène et les habitudes alimentaires de la population,
- Il s'assure de la bonne qualité des eaux potables et des aliments,

Il doit en permanence être à l'écoute de l'état de santé de la population et s'adapter afin de fournir un système de santé de le plus efficient possible. Il est divisé en plusieurs sections, ayant chacune un rôle bien défini.

### **2.1.2.3.2 Commande et importation des médicaments étrangers**

La section du Ministère concernant l'importation des médicaments et leur distribution dans les structures hospitalières est la « Section des Achats et Commandes ». Son activité est organisée chaque année selon un calendrier très précis.

Afin d'approvisionner les hôpitaux en médicaments adaptés et en quantité suffisante, le Ministère doit évaluer une fois par an les consommations médicamenteuses des patients, les

pratiques des médecins prescripteurs, l'évolution des pathologies au sein de la population et l'émergence de nouvelles maladies.

En juin, il diffuse au sein des structures hospitalières la liste des médicaments qui seront importés l'année suivante. Les pharmaciens hospitaliers ont alors deux mois (juillet et août) pour préparer leur « *Annual Drug Requirement* », c'est à dire leur consommation prévisionnelle de médicaments pour l'année suivante. Ces estimations sont basées sur plusieurs données pour chaque médicament :

- les quantités reçues l'année précédente et le stock restant,
- la consommation mensuelle,
- les éventuelles ruptures de stock.

Toutes les structures hospitalières font parvenir leurs estimations au Ministère avant fin août, afin que celui-ci les compile. Il propose alors au *Central Supplies Division (CSD)* une ébauche de commande. Le *CSD* est la Section chargée du Stockage et de la Distribution de la totalité des médicaments destinés au secteur public.

Le *CSD* étudie donc la liste de ces estimations et y apporte quelques modifications qu'il soumet au Pharmacien Chef du Ministère en octobre.

En Novembre, la Section des Achats lance les appels d'offre auprès des laboratoires pharmaceutiques étrangers. Cette phase dure environ deux mois, de fin décembre à février. Les laboratoires sont le plus souvent français, indiens, sud-africains, espagnols et belges.

En mars, est éditée la liste des laboratoires ayant répondu aux appels d'offre, puis de jusqu'à fin avril, le Ministère évalue l'aptitude de chaque laboratoire à répondre au mieux à ses attentes. L'offre de chaque laboratoire est évaluée pour chaque spécialité, en fonction de plusieurs critères tels que la qualité et la présentation du médicament, les prix proposés, le pays d'origine, le délai de livraison...

De juin à juillet, une commission se réunit afin de soumettre un choix des laboratoires retenus, puis en août une décision définitive est prise et les commandes sont envoyées aux laboratoires.

L'ensemble de ces démarches demande une année environ. Ainsi, l'« *Annual Drug Requirement* » pour l'année 2006-2007 a débuté en juin 2005.

#### **2.1.2.3.3 Suivi des commandes et réapprovisionnement**

En permanence il faut s'assurer que les délais de livraison, les quantités et la qualité des médicaments sont respectés par les laboratoires. En effet les commandes arrivent sur l'île de manière fractionnée, par période de trois mois, afin de ne pas saturer l'espace de stockage disponible.

Prévoir les justes consommations de médicaments pour une année et un pays entier est une tâche difficile. Afin d'être le plus juste possible, une formule est utilisée, faisant intervenir plusieurs facteurs :

$$Q = C_a \times (P_p + L_t) + S_s - (Q_0 + Q_1)$$

- Q : quantité à acheter
- C<sub>a</sub> : consommation mensuelle actuelle
- P<sub>p</sub> : période à couvrir
- L<sub>t</sub> : délai de livraison
- S<sub>s</sub> : stock minimum de sécurité
- Q<sub>0</sub> : stock de médicaments le jour de l'inventaire
- Q<sub>1</sub> : médicaments en commande mais non encore livrés.

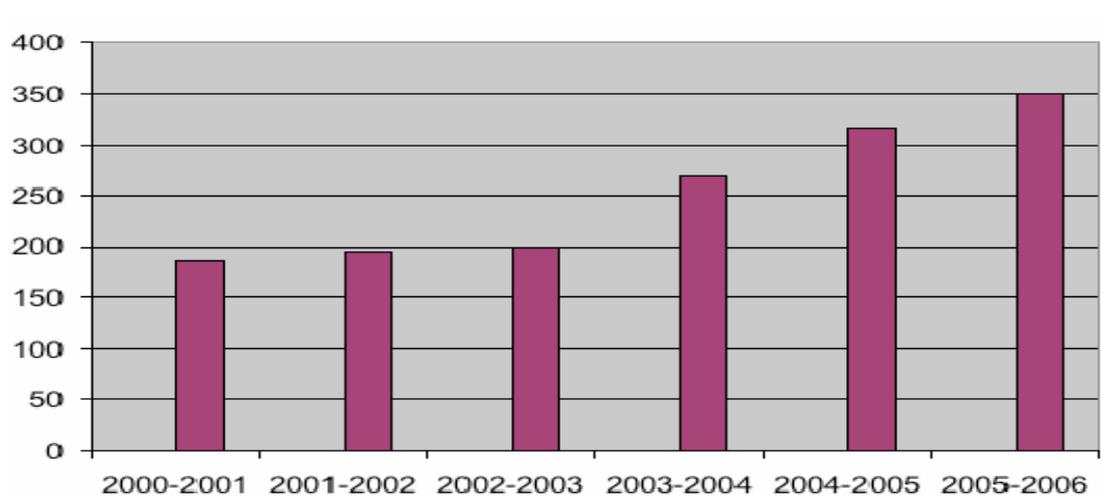
Mais certains facteurs tels qu'une augmentation non prévisible de la consommation des médicaments au cours de l'année, une modification des pratiques des médecins prescripteurs, ou une erreur dans l'inventaire du CSD peuvent être à l'origine de la rupture de stock de certaines spécialités. Le Ministère de la Santé effectue alors un réapprovisionnement en passant une commande complémentaire aux laboratoires.

#### **2.1.2.3.4 Le budget national de santé**

L'île Maurice respecte les recommandations de l'OMS en ce qui concerne l'instauration du **budget réservé à la santé** : celui-ci représente environ 10 à 15 % du budget national.

Pour l'année 2005-2006, le Ministère a accordé un budget de 350 millions de Roupies pour l'achat des médicaments, soit 10,5 millions d'Euros.

Le graphique suivant montre l'évolution du budget réservé à l'achat des médicaments depuis 2000 (17).



**Figure 18 : Evolution du budget réservé à l'achat des médicaments, en millions de Roupies**

### **2.1.3 Le secteur privé de la santé**

Les principaux intervenants de ce système sont :

- Les cliniques privées,
- Les officines,
- Les grossistes répartiteurs.

Tous ont un but lucratif. Les coûts des soins et des médicaments étant beaucoup plus élevés, les cliniques et officines visent principalement les classes les plus aisées de la population mauricienne, c'est à dire les blancs mauriciens, et les touristes.

### **2.1.3.1 Les Cliniques privées**

Fin 2004, on dénombrait sur l'île douze cliniques privées, totalisant 543 lits. Le nombre total de lits, secteurs privé et public confondus, s'élevait à 4073, soit 3,4 lits pour 1000 habitants (contre 3,2 en 1995).

Ces cliniques offrent aux patients des soins et un suivi d'une qualité incomparable par rapport aux structures publiques, grâce à des équipes soignantes beaucoup plus disponibles, des équipements plus modernes et performants, et un bien meilleur confort (16, 17).

### **2.1.3.2 Les pharmacies privées**

Aujourd'hui, on compte un peu plus de 200 pharmacies privées à l'île Maurice. Le tableau suivant montre l'évolution du nombre de pharmaciens travaillant dans le domaine privé depuis 1998 (17).

	<i>1998</i>	<i>2002</i>	<i>2005</i>
<b>Nombre de pharmaciens</b>	241	233	259
<b>Nombre d'habitants pour un pharmacien</b>	4842	5221	4557

**Tableau VI : Evolution du nombre de pharmaciens travaillant dans le domaine privé depuis 1998**

### ***2.1.3.2.1 Conditions d'ouverture d'une pharmacie privée à l'île Maurice***

Tout mauricien, **pharmacien ou non**, peut être titulaire d'une officine. Si le titulaire n'est pas pharmacien, il doit impérativement employer un pharmacien qui doit toujours être présent dans l'officine. Si le pharmacien s'absente plusieurs jours, il doit être remplacé. Selon l'activité de l'officine, le pharmacien est assisté par des *Dispensers*, équivalant aux Préparateurs en pharmacie, mais n'ayant pas suivi de formation particulière (ils apprennent directement le métier sur le terrain, en lisant la notice des médicaments). Le pharmacien doit en revanche être diplômé.

Tous les trois mois, le titulaire d'une officine doit verser une taxe au Ministère afin de renouveler sa licence d'exploitation.

Les demandes d'ouverture d'une pharmacie privée sont étudiées au Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie. Ce dernier tient compte de différents critères :

- La nécessité de l'ouverture d'une pharmacie à cet emplacement,
- Le nombre d'habitants et le nombre de médecins prescripteurs dans les environs,
- Les conditions de travail des employés (contrat de travail, horaires...),
- Le mode de financement de la pharmacie.

La pharmacie est alors inspectée par les membres du Ministère avant son ouverture, puis après, afin de s'assurer que tout est conforme aux spécifications (stocks, zone de dispensation...).

Durant l'année, la pharmacie sera de nouveau inspectée une ou deux fois par un pharmacien hospitalier.

### ***2.1.3.2.2 Fonctionnement d'une pharmacie privée***

La gestion du stock est informatisée dans certaines officines, ce qui permet de passer directement les commandes aux grossistes.

La majorité des patients viennent se procurer des médicaments prescrits par un médecin de ville. Certains sont envoyés par une pharmacie hospitalière, lorsqu'un médicament n'y est pas disponible.

Une des particularités par rapport aux officines françaises est le déconditionnement des médicaments qui sont parfois vendus à l'unité. Par exemple, le patient peut n'acheter qu'un seul comprimé de paracétamol s'il le souhaite, ceci dans l'unique but d'éviter le gaspillage des médicaments et de s'adapter au budget parfois restreint des patients.

En ce qui concerne les stupéfiants, très peu de pharmacies privées en délivrent car leur vente est très contrôlée et les formalités demandent beaucoup de temps au pharmacien. Les patients doivent donc s'adresser aux pharmacies des cliniques privées et des hôpitaux publics.

En ce qui concerne la parapharmacie, on retrouve majoritairement des marques françaises.

L'éventail des spécialités pharmaceutiques et produits de parapharmacie trouvés dans ces officines est varié mais en quantité limitée. La marge effectuée sur les médicaments est de 22%, et de 35% environ pour la parapharmacie. Dans les deux cas cette marge est fixée par le grossiste et est identique dans toutes les pharmacies privées afin de limiter la concurrence.

D'autre part, les pharmacies privées ne commandent jamais directement aux laboratoires mais passent toujours par l'intermédiaire des grossistes.

### ***2.1.3.2.3 Remboursement des médicaments***

Il n'existe pas à Maurice le système de tiers-payant. Certains patients souscrivent une assurance privée qui leur permet le remboursement d'une partie des frais dus à l'achat de médicaments ou dus aux soins dispensés dans une clinique privée.

### 2.1.3.3 Les grossistes répartiteurs

On dénombre aujourd'hui à Maurice vingt-neuf grossistes-répartiteurs, entre lesquels la concurrence est très présente. Ils approvisionnent en médicaments les officines de ville, les cliniques privées, les dispensaires de l'industrie sucrière, et parfois les hôpitaux publics lorsque ceux-ci requièrent une spécialité non disponible au *CSD* (17).

Les grossistes importent les médicaments de laboratoires majoritairement français, mais aussi indiens, sud-africains, espagnols et belges. Les laboratoires ne négocient pas leurs prix qui sont les mêmes pour tous les grossistes de l'île. Le grossiste choisit les laboratoires en fonction des besoins, de la qualité des produits et de leur réputation mondiale. Un contrat est alors établi entre le laboratoire et le grossiste et peut durer plusieurs années. La concurrence entre les différents grossistes de l'île est importante car un laboratoire peut choisir de travailler avec un seul grossiste (exclusivité), et peut également rompre le contrat qui les lie.

La quantité de médicaments à commander est calculée en fonction d'une moyenne des ventes réalisées sur les derniers mois.

Le grossiste doit toujours avoir un stock suffisant capable de couvrir trois mois de ventes, tout en tenant compte du délai nécessaire pour la livraison des commandes (un à deux mois par bateau, un mois par avion). Le grossiste doit également s'adapter au délai d'obtention de **la licence d'importation**, qui est d'un mois environ.

Les prix des médicaments sont très contrôlés : la marge du grossiste est de 11 % et celle d'un détaillant de 22 %. Le prix de vente public est étiqueté chez le grossiste et ne doit pas être modifié par le détaillant (des contrôles sont effectués par des inspecteurs dans les pharmacies privées).

Un grossiste peut travailler avec toutes les pharmacies privées de l'île. Celles-ci passent une commande tous les jours ou un jour sur deux, et sont livrées le jour même ou le lendemain en fonction de la région où se trouve la pharmacie.

## 2.2 *Etat de santé de la population*

### 2.2.1 *Généralités*

On distingue à Maurice deux grandes classes de pathologies :

- **Les « maladies non-transmissibles »** ou « *non communicable diseases* ». Il s'agit essentiellement, du diabète, de l'obésité, des pathologies cardiovasculaires et de l'hypertension, des pathologies cérébrales vasculaires, des cancers, et de l'alcoolisme.
- **Les « maladies transmissibles »** ou « *communicable diseases* » telles que le Sida, les maladies transmises par un vecteur comme la Dengue, la grippe...

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 (17).

### 2.2.2 *Les principales causes de décès*

Comme nous le constatons grâce au tableau suivant, les cardiopathies furent, en 2004, la première cause de décès à Maurice, avec 2558 décès soit 31 %. Les accidents vasculaires cérébraux furent la deuxième cause avec 1244 décès, soit 15,1 % et le diabète la troisième cause, avec 510 décès, soit 6,2 % (17).

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 et 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 des poumons	88	34	122	1.5
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
Pathologies pulmonaires et circulatoires	68	47	115	1.4
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, 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 VII : Classification des principales causes de décès enregistré à Maurice en 2004

## 2.2.2 Les grandes pathologies et leur prévention

### 2.2.2.1 Le diabète

Maurice détient un triste record, en terme de pourcentage de diabétiques dans la population, qui est le plus élevé au monde. Le bilan est alarmant :

- 25 % des Mauriciens sont atteints de diabète,
- 50 % du budget dépensé pour soigner la maladie est consacré aux complications qui lui sont liées et qui ne cessent de se multiplier (pathologies cardio-vasculaires, cécité, insuffisance rénale, infections et gangrènes),
- les diabétiques sont de plus en plus jeunes,
- le nombre de décès liés à cette maladie et ses complications ne cessent 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. Le *Dr Vassen Pauvaday*, conseiller du Ministre de la Santé, reconnaît que la réalité mauricienne concernant le diabète est catastrophique.

L'Europe, particulièrement la Grande-Bretagne, a connu un problème identique dans le passé. Les Britanniques ont donc mis en place un programme, le « *National Service Framework for Diabetes Care* », avec des objectifs bien précis et un grand succès. L'objectif est de réduire d'un tiers les cas de cécités et de déficiences rénales causées par le diabète, de moitié les amputations des jambes, et de diminuer la mortalité liée au diabète. □□

Ce plan comprend la création d'un **registre national des diabétiques** : tous les diabétiques du pays sont recensés dans ce registre qui donne des indications sur leur diabète, les régions qu'ils habitent, les facilités de proximité dont ils disposent pour leur suivi, leur encadrement par les médecins, infirmiers, psychologues, podologues, et les capacités dont ils disposent pour effectuer des exercices physiques. Le contrôle de leur glycémie doit être beaucoup plus régulier et autonome c'est à dire qu'ils peuvent désormais contrôler leur glycémie eux-mêmes, afin de pouvoir ajuster leurs injections quotidiennes d'insuline en

fonction de leur alimentation et de leurs exercices physiques. □ □

Par ailleurs, le dosage de l'hémoglobine glyquée HbA1c, qui reflète la glycémie du patient sur les deux mois précédents, est désormais utilisé à grande échelle. Il permet ainsi d'évaluer les bénéfices des médicaments antidiabétiques, du régime et des exercices physiques prescrits. Ce dosage permet également de connaître l'observance du traitement par le patient. Il est donc d'une importance capitale dans le contexte mauricien. □

Le diabète donnant lieu à des complications oculaires, rénales et cardiaques, le programme britannique prévoit la création de centres de dépistage précoce de ces dernières. □

S'inspirant du modèle britannique, le *Dr Vassen Pauvaday* envisage la création de cliniques spécialisées similaires, mais il se heurte au faible nombre de médecins spécialisés dans le traitement du diabète et de ses complications.

Il faudrait également que tous les malades prennent conscience que médicaments, régimes et exercices sont nécessaires pour éviter que le diabète ne donne lieu à des amputations, des cécités, des problèmes cardiaques et des déficiences rénales (13, 19).

### ***Pourquoi autant de diabétiques à Maurice ?***

En 1987, 14,3 % de la population mauricienne était diabétique ; en 2004, on avoisinait les 20 %, soit un Mauricien sur cinq, âgé de plus de 30 ans. Différents facteurs sont responsables de ce triste bilan :

- Les Mauriciens ont une mauvaise hygiène alimentaire et abusent largement des graisses alimentaires, mais ne sont pas friands de poisson, légumes ou fruits. De plus, un Mauricien sur cinq consomme trop d'alcool, surtout les jeunes. Au cours de ces vingt dernières années, avec l'industrialisation du pays, la population a changé ses habitudes alimentaires. Les fast-food, mais aussi les marchands de *dholl puri*, *briyani*, *mines* et autres aliments riches en graisses ont proliféré.
- S'ajoute également le manque d'activité physique chez les Mauriciens sont en général

assez peu sportifs. Moins de 30 % de la population âgée de 35 à 54 ans exerce un sport. Il suffit de se rendre à la plage le week-end pour se rendre compte que les habitudes de la population devraient être remises en question. Le « sport favori » des Mauriciens est en effet la nourriture riche en corps gras et les boissons alcoolisées sous un filao. Le pique-nique prend fin dans l'après-midi sans que personne n'ait nagé ou effectué une marche à pied. □□□

- D'autre part, les diabétiques ne prennent presque jamais leur traitement, manquant de volonté et de prise de conscience. En revanche ils accourent à l'hôpital lorsque la situation a soudainement empiré. Il apparaît également que 60 % d'entre eux sont mal suivis.
- Les prédispositions génétiques et l'hérédité sont également mises en cause (12, 17).

### ***L'ampleur des amputations liées au diabète :***

Le nombre total d'amputations en 2004 s'élevait à 405, dont 331 chez des diabétiques, certains ayant déjà subi deux ou trois amputations. La possibilité qu'un diabétique perde une jambe est vingt-cinq fois plus élevée que pour une personne saine. Les chiffres révèlent que dans le monde, toutes les trente secondes, une jambe est amputée à cause du diabète.

Le constat du ministre de la Santé, *Satish Faugoo*, portant sur les décès liés aux amputations n'est guère positif. Il rappelle que 10 % des diabétiques meurent au moment des amputations. Il a été également remarqué que 30 % de ceux qui subissent une amputation meurent une année après, alors que 50 % décèdent trois ans après.

De plus, la plupart des patients diabétiques mauriciens ne s'inquiètent guère de l'évolution de leur plaie lorsqu'ils se blessent, et ne consultent un médecin que lorsqu'elle a atteint un stade avancé.

La clé demeure donc la prévention des plaies chez le diabétique. La présidente de la « *Mauritius Diabetes Association* », *Veenoo Basant Roi*, déplore qu'il n'y ait 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 (13, 17).

### **2.2.2.2 Les pathologies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle**

52% de la population mauricienne souffre de problèmes cardio-vasculaires, soit un Mauricien sur deux, alors qu'aux Etats-Unis, pays de la « mal bouffe », les maladies cardiovasculaires ne représentent que 31% de la population.

Les maladies cardiovasculaires ont des multiples causes : l'âge, le sexe et l'hérédité, l'hygiène de vie, le stress, le tabac... La population d'un âge plus avancé est la plus susceptible d'être concernée. La femme est moins affectée par les problèmes cardiovasculaires tant qu'elle est en activité hormonale. L'hérédité intervient également, une personne ayant dans sa famille des personnes souffrant de problèmes cardiovasculaires est prédisposée à en souffrir aussi. Ce sont là des facteurs contre lesquels on ne peut rien contrairement à l'hygiène de vie, le stress, le tabac (17).

#### ***L'hypertension et les pathologies cardio-vasculaires à l'île Maurice* □□**

Les chiffres sont alarmants et ce problème risque d'avoir des conséquences très graves à l'avenir. A Maurice, l'hypertension est liée à une forte prévalence du diabète ainsi qu'aux dyslipidémies ; ceci remet donc en cause la mauvaise alimentation et la mauvaise hygiène de vie de la population.

Analysant la situation, le *Dr Sunil Gunness* affirme, entre autres, 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 parties

intégrantes de cette nouvelle culture. Avec l'accroissement du pouvoir d'achat, l'alimentation, déjà riche en graisses dans le passé, est devenue plus riche et le fast-food est arrivé, de même que l'alcool et le tabac, avec un fort pourcentage de femmes qui restent au foyer. □□□

Ces dernières années, il a été observé que les Mauriciennes sont aujourd'hui sur le tableau du record mondial en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires. La particularité est que les femmes cardiaques du pays ont un point commun : elles sont relativement jeunes, tandis qu'ailleurs, la maladie frappe les femmes ménopausées, de plus de 70 ans le plus souvent. Selon le *Dr Sunil Gunness*, directeur du Centre Cardio-thoracique de Pamplemousses, l'île Maurice compte 40 % de femmes parmi la totalité des patients cardiaques du pays, alors qu'en Europe, par exemple, elles ne représentent qu'un grand maximum de 10 % contre 90 % d'hommes. Dans ce centre, des pontages ou des dilatations des coronaires sont réalisés 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 des descendants des immigrants venus de l'Inde et de la Chine sont hypertendus, diabétiques ou cardiaques. Ce phénomène a été observé en Israël également (12, 17).

### ***Qu'est ce que l'hypertension artérielle ?*** □

L'hypertension est définie aujourd'hui comme une tension supérieure à 15/9 mmHg. On peut distinguer deux causes différentes. Dans 95 % des cas, lorsqu'elle survient sans aucune cause retracée, on parle d'hypertension essentielle ou primaire. Il y a tout de même certains facteurs associés à l'hypertension qui peuvent provoquer des complications au niveau cardiovasculaire. Ces facteurs sont le diabète, la sédentarité, l'obésité, le tabagisme et le cholestérol. Par ailleurs, dans 5 % des cas, les causes d'hypertension peuvent être dues à des maladies hormonales ou à des prises de médicaments (34, 37).

### *Quels sont les symptômes de l'hypertension artérielle ?* □□

Un patient peut rester asymptomatique jusqu'à une découverte fortuite lors d'une visite chez le médecin. Si cette hypertension n'est pas traitée, elle peut entraîner des complications telles qu'un accident vasculaire cérébral ou une insuffisance cardiaque (34, 37).

### *Comment peut-on prévenir l'hypertension et comment peut-on en guérir ?* □□

Cette prévention passe obligatoirement par un apprentissage des règles hygiéno-diététiques élémentaires tel qu'un repas équilibré, à une heure fixe, pauvre en graisses mais riche en graisses poly-insaturées. Ces « bonnes graisses » sont contenues dans le poisson et les huiles végétales. L'activité physique régulière permet, quant à elle, de conserver une forme physique à tout âge. Une fois que l'hypertension est apparue, le régime alimentaire désodé associé aux mesures hygiéno-diététiques seront toujours à appliquer avec rigueur. Il faut savoir que l'hypertension peut être un état passager, à l'occasion d'une poussée de stress, par exemple. Elle peut dans certains cas régresser si le régime est bien observé par le patient. Si ces règles d'hygiène et de diététique ne suffisent pas, le médecin prescrira un traitement médicamenteux (34, 37).

Le patient hypertendu nécessite un suivi médical régulier. Le médecin doit vérifier la tension à chaque consultation et modifier le traitement si besoin. Le médecin doit également toujours rappeler au patient les mesures d'hygiène et de diététique qui permettront de ne pas développer de complications ultérieures.

A l'île Maurice, le gros problème est le **manque d'observance** du traitement par le patient, c'est à dire le manque de régularité dans la prise de ses médicaments. Les complications surviennent en général lors de l'arrêt du traitement par le patient. Cette attitude

peut être volontaire, lorsque le patient agit par lassitude, ou elle peut être involontaire, lorsque le patient oublie de prendre ses médicaments. Dans tous les cas, elle reflète le manque d'implication du patient. Le rôle du médecin est donc avant tout d'expliquer au patient les risques qu'il encourt et de lui faire prendre conscience de la gravité de cette maladie (12, 34, 37).

### *La lutte contre les pathologies cardiovasculaires à Maurice*

La seule arme dont disposent aujourd'hui les autorités mauriciennes est la sensibilisation de la population. Mais personne ne semble prêt à changer son mode de vie.

Le Centre Cardio-thoracique de Pamplemousses, qui a un budget annuel de 80 millions de Roupies, se prépare à affronter l'avenir avec une extension de sa structure. 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 le centre n'est pas une solution en soi. C'est en amont qu'il faut traiter le problème pour obtenir des résultats plus positifs, à savoir mettre en place des actions préventives et inciter à un changement du mode de vie des Mauriciens (10).

#### **2.2.2.3 Les accidents vasculaires cérébraux**

Avec une population de plus de 1,2 millions d'habitants et 15,1 % des décès dus aux accidents vasculaires cérébraux, l'île Maurice aurait besoin de plusieurs structures qui regrouperaient des services de neurologie, de neurochirurgie, de neuroradiologie, de réanimation spécialisée et de rééducation fonctionnelle.

La raison de cette nécessité sont les urgences traumatologiques causées par les accidents de la route et l'importance du nombre d'accidents vasculaires cérébraux. Maurice a en effet un fort taux d'hypertendus et trois quarts des accidents vasculaires cérébraux sont liés à l'hypertension artérielle.

Il ne faut pas laisser s'écouler plus de six heures entre un accident vasculaire cérébral et l'hospitalisation (certains neurologues préconisent même trois heures). Tout retard réduit les chances d'empêcher la paralysie, le coma et la mort. Ceux qui se retrouvent hémiparétiques ont besoin d'une rééducation afin de retrouver l'utilisation de leurs membres et la parole, d'où la nécessité de développer à Maurice les services de neurochirurgie et des centres de réadaptation fonctionnelle (11).

#### **2.2.2.4 Les maladies transmises par un vecteur : la Dengue et le Chikungunya**

La Dengue sévit en ce moment en Inde, mais aussi en Malaisie, à Singapour, et en Thaïlande, pays très fréquentés par les Mauriciens, avec des connexions aériennes quasi-hebdomadaires. Quelques cas ont également été observés à Madagascar début 2006. Une épidémie serait donc possible à Maurice, comme cela a été le cas en 1978. Quand au Chikungunya, il a fait la une des actualités mauriciennes au cours de ces derniers mois (9).

#### ***Définitions de la Dengue et du Chikungunya ?***

La Dengue et le Chikungunya sont transmis par un même moustique, du genre *Aedes*. Lorsque la femelle effectue son repas sanguin, elle inocule le virus responsable dans l'organisme.

Contrairement au Chikungunya, dû à un seul virus, la Dengue est générée par quatre types de virus différents. Il y a donc quatre différents types de Dengue et l'organisme qui est immunisé contre la souche A ne le sera pas contre la souche B par exemple.

Les symptômes sont similaires : les malades sont victimes de fortes fièvres persistantes, précédées de frissons, de maux de tête, de courbatures et de vives douleurs osseuses et articulaires (le mot Chikungunya signifie « marcher recourbé »). Certains présentent des syndromes pseudo-paralytiques des membres, alors que d'autres présentent des troubles vasomoteurs et des éruptions cutanées. Ces symptômes obligent les victimes à rester

alitées pendant au moins trois jours mais l'état de faiblesse et les douleurs osseuses et articulaires persistent pendant plusieurs jours. Lorsqu'une épidémie de Chikungunya avait débuté aux Comores en 2004, les autorités sanitaires avaient en premier lieu pensé qu'il s'agissait d'une épidémie de Dengue.

La Dengue se différencie du Chikungunya par une forme hémorragique qui peut être fatale si elle n'est pas soignée à temps. Un des virus de la Dengue provoque en fait une diminution des plaquettes, entraînant des troubles de la coagulation. Les patients atteints d'une Dengue non diagnostiquée prennent parfois aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens pour calmer leurs courbatures et maux de tête qui ne sont pas soulagés par le paracétamol. Le risque hémorragique est alors multiplié chez ces patients (34, 37).

### *Quelques chiffres*

Avec un bilan officiel estimé à 6 000 cas suspects de Chikungunya, dont 1 200 confirmés au mois de mars 2006, la population mauricienne aura été moins exposée que les Réunionnais, même si l'observation des premiers symptômes sur les malades a débuté à peu près au même moment pour les deux îles, soit vers le début de l'année 2005 (37).

### *Les précautions à prendre pour limiter la propagation de ces maladies*

Ces précautions consistent en l'éradication de tous les endroits où les moustiques prolifèrent, en évitant toute accumulation d'eau stagnante, sur les toits, dans les pneus usés, dans les pots de fleurs, et en utilisant moustiquaires et produits anti-moustiques. □□

Lors de l'épidémie de Chikungunya qui a sévi à Maurice ces derniers mois, le gouvernement a organisé des pulvérisation régulières d'insecticide dans les villes les plus touchées.

Il n'a pas encore été développé de vaccin contre les virus de la Dengue et du Chikungunya. La seule prévention consiste alors à préparer l'organisme à s'immuniser

rapidement en cas d'atteinte. Tous les stimulants du système immunitaire sont à conseiller, à commencer par la vitamine C. En cas de symptômes, il faut éviter l'automédication et consulter immédiatement un médecin (9, 34, 37).

#### **2.2.2.4 SIDA et VIH**

Le premier cas de Sida fut signalé à Maurice en Octobre 1987. Fin 2004, le nombre de personnes atteintes s'élevait à 1233, dont 1124 Mauriciens (869 hommes, 255 femmes). 120 patients en sont morts cette même année.

En 2004, sur les 84 981 personnes ayant effectué le dépistage du VIH, 535 étaient séropositives. 87 % de ces 535 nouveaux cas étaient des usagers de drogue. 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 1987 (17, 18, 31) :

<i><b>PÉRIODE</b></i>	<i><b>HOMMES</b></i>	<i><b>FEMMES</b></i>	<i><b>TOTAL</b></i>
<i><b>1987-1994</b></i>	67	23	90
<i><b>1995</b></i>	20	7	27
<i><b>1996</b></i>	14	9	23
<i><b>1997</b></i>	22	6	28
<i><b>1998</b></i>	18	11	29
<i><b>1999</b></i>	21	12	33
<i><b>2000</b></i>	35	22	57
<i><b>2001</b></i>	46	23	69
<i><b>2002</b></i>	62	40	102
<i><b>2003</b></i>	179	61	240
<i><b>2004</b></i>	472	63	535
<i><b>TOTAL</b></i>	<b>956</b>	<b>277</b>	<b><u>1233</u></b>

**Tableau VIII : Nombre de nouveaux cas de VIH à Maurice de 1987 à 2004, Mauriciens et non Mauriciens confondus**

**- 3 -**

## **LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ**

### **MAURICIEN :**

#### **Les améliorations à apporter**

### ***3.1 Généralités***

En décembre 2002, le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie a publié un rapport concernant les dysfonctionnements du système de santé mauricien. En mai 2004, faisant suite à cette étude, le Ministère a alors élaboré un programme de réformes qui seront mises en place jusqu'à fin 2007, afin de résoudre ces dysfonctionnements et d'améliorer les performances du système de santé.

Le budget accordé au Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie pour la mise en place de ce programme s'élevait à 4 milliards de Roupies pour l'année 2004/2005, à 4,3 milliards de Roupies pour l'année 2005/2006, et à 4,9 milliards de Roupies pour l'année en cours 2006/2007 (19).

#### ***3.1.1 La Banque Mondiale***

L'île Maurice a obtenu une partie de ce budget auprès de La Banque Mondiale (*World Bank*). Cette dernière 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 développement à financer la construction d'écoles et de centres de santé, l'accès à l'eau et à l'électricité, la lutte contre les maladies et la protection de l'environnement. Elle compte aujourd'hui cent quatre-vingt quatre pays membres et son fonctionnement est assuré par le versement d'une cotisation par les Etats membres les plus riches.

La Banque Mondiale fut créée en 1945, sous le nom de *Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD)*, dans le but d'aider à la reconstruction de l'Europe et du Japon au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Aujourd'hui, son action est principalement orientée vers les Pays en voie de développement, sur des axes comme l'éducation, la santé, l'agriculture, l'industrie...

La Banque Mondiale regroupe aujourd'hui la *BIRD* et l'*Association Internationale pour le Développement (AID)*. 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. Les prêts de la Banque Mondiale ont 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 de l'île Maurice une trentaine de fois. Dans le passé, l'une de ses plus grandes interventions au sein du pays a concerné le développement de l'éducation, afin de la rendre accessible à tous. Car l'accessibilité à l'éducation pour l'ensemble de la population est la clef d'une harmonie sociale, d'une augmentation du niveau de vie et d'une orientation de l'économie vers les nouvelles technologies. Le deuxième investissement important de la Banque Mondiale concerne aujourd'hui le système de santé Mauricien, actuellement en danger (19, 25).

### **3.1.2 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**

L'OMS, rassemble aujourd' hui cent quatre-vingt douze Etats membres. Il s'agit d'une institution dont le but est de promouvoir une coopération entre les pays et institutions, afin d'améliorer et protéger la santé de tous, et d'atteindre un niveau de santé le plus élevé possible au sein de l'ensemble des populations. Elle coopère avec les gouvernements afin de planifier et évaluer des programmes de santé nationaux.

L'OMS apporte, elle aussi, son soutien au gouvernement mauricien. Elle intervient notamment dans l'étude et la surveillance des « *maladies non transmissibles* » très présentes à Maurice. Elle aide également l'Etat à planifier ses actions dans le domaine de la santé, et accorde une importance particulière aux campagnes de prévention concernant les différentes pathologies (19, 31).

## ***3.2 Les réformes prévues par le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie***

### **3.2.1 Concernant les hôpitaux**

L'objectif principal des modifications et des réformes dans le domaine hospitalier mauricien est une **meilleure qualité** de l'offre globale de soins, avec une prise en charge plus performante des patients et un meilleur suivi.

Pour cela, le gouvernement envisage de :

- Développer et renforcer les services hospitaliers existants, et introduire de nouveaux services, afin de s'adapter à l'évolution croissante des « *maladies non transmissibles* » et d'améliorer le traitement des pathologies lourdes (cancers...),
- Construire de nouveaux hôpitaux, afin de favoriser une équité dans l'accessibilité aux soins,
- Développer les services d'Urgences et améliorer la coordination entre les différents services hospitaliers afin de faire face à l'augmentation du nombre d'admissions en urgence,
- Favoriser le partenariat entre établissements publics et privés afin d'accéder à certains services disponibles dans le privé.

En ce qui concerne l'évolution alarmante des «maladies non transmissibles», le Ministère de la Santé envisage plusieurs mesures :

- Développer et multiplier les Centres d'Hémodialyse à travers l'île, et se munir de quarante-cinq hémodialyseurs supplémentaires,
- Développer et multiplier les services de cardiologie, en implantant un service de cardiologie au sein de chaque hôpital régional, augmenter le nombre de lits du Centre Cardio-thoracique de Pamplémousses et le munir d'équipements plus performants,
- Consolider la collaboration avec les équipes étrangères de chirurgie cardiaque, notamment avec l'association humanitaire « *Un cœur pour tous* », basée à Genève (19).

### **3.2.2 Concernant le service primaire de santé**

En ce qui concerne les dispensaires et centres de santé communautaires, le gouvernement souhaite mettre en avant leur rôle social d'éducation des patients. Pour cela, il envisage de :

- Favoriser l'accès à ces établissements, en en construisant un plus grand nombre,
- Augmenter leurs horaires d'ouverture et créer un service de garde 24h/24,
- Multiplier le nombre de « Caravanes de Santé » à travers l'île,
- Recruter et former plus de personnel, médecins et infirmières.

Les patients se plaignent bien trop souvent du manque de communication avec les médecins. Pourtant, le rôle social de ces structures est essentiel et doit donc être amélioré. Le gouvernement y attache beaucoup d'importance et a pour cela entrepris la formation du personnel y travaillant. Le Ministère souhaite en effet développer l'éducation des patients au sein de ces centres, en ce qui concerne la prévention, le traitement, et le suivi des pathologies, et notamment le diabète, l'hypertension artérielle et les autres pathologies cardio-vasculaires.

Il est urgent aujourd'hui de modifier l'attitude des patients face à leur état de santé. Lorsque l'on observe l'attitude des patients faisant la queue devant les guichets de la pharmacie d'un dispensaire ou d'un hôpital, on comprend leur manque de prise de conscience concernant l'importance du traitement de leur pathologie. On en vient même à croire qu'ils viennent y faire de simples courses, et que ce ne sont pas des produits de santé qu'ils viennent chercher. Ce regard extérieur m'a permis de réaliser leur manque d'implication, de volonté, de responsabilité et d'observance vis à vis de leur pathologie et de leur traitement médicamenteux. Les Mauriciens ne semblent pas encore prêts à s'investir et à se responsabiliser, malgré tous les efforts du gouvernement et les campagnes de prévention entreprises. Le Ministère de la Santé, quant à lui, persévère et compte bien améliorer l'éducation des patients grâce à ces établissements de santé de proximité (19).

### **3.2.3      *Concernant le personnel de santé***

En 2004, le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie employait environ 13 000 personnes, dont 700 médecins, 2800 infirmières et 9000 autres acteurs de santé et personnel paramédical.

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. Cela comprend :

- La formation du personnel de santé (infirmières, médecins, pharmaciens), notamment sur les maladies en progression à Maurice : diabète, hypertension, pathologies cardiovasculaires et leurs complications, Sida...
- Le développement de la capacité du personnel à faire face rapidement à une situation d'urgence telle qu'une épidémie,
- Former une équipe dont le rôle sera l'évaluation et la surveillance de l'application des mesures mises en œuvre au cours de cette réforme, ainsi que le suivi des résultats obtenus.

En ce qui concerne la qualification des médecins et pharmaciens, le gouvernement envisage aujourd'hui d'être beaucoup plus strict. Il n'y a pas de Faculté de médecine et de pharmacie à Maurice. Ces études doivent être suivies à l'étranger (le plus souvent en Inde, Russie, Grande-Bretagne). Mais il y a quelques années encore, des Mauriciens n'ayant pas leur baccalauréat partaient en Ukraine « acheter » leur diplôme de médecin ou pharmacien, puis revenaient exercer à Maurice. Le gouvernement doit donc faire face aujourd'hui à l'incompétence de certains de ses acteurs de santé. Il envisage donc de faire passer aux étudiants ayant validé leur diplôme à l'étranger un « examen d'aptitudes » à leur retour à Maurice, ainsi qu'un stage dans le milieu hospitalier mauricien, suivi d'un examen (19).

### **3.2.4      *Concernant les « maladies non transmissibles »***

Aujourd'hui à Maurice, 20 % de la population de plus de 30 ans est diabétique, 30 % de cette même tranche de population souffre d'hypertension, et 40 % souffre d'obésité. Le gouvernement doit donc poursuivre son programme de lutte contre les « maladies non transmissibles », mais doit également l'améliorer et le renforcer. Pour cela, il envisage :

- D'établir un registre national des « *maladies non transmissibles* », afin de mieux suivre leur évolution au sein de la population,
- Multiplier les campagnes de dépistage à travers le pays,
- Réduire le nombre de cas de dépendance à l'alcool et au tabac, et renforcer les campagnes mettant en avant l'hygiène alimentaire et l'hygiène de vie,
- Renforcer l'éducation des patients sur les pathologies et leurs traitements,
- Créer un service destiné uniquement au dépistage, au traitement et au suivi des « *maladies non transmissibles* » au sein de chaque établissement public de santé (19).

## **3.3 *La gratuité du système public à revoir...***

### **3.3.1 *La situation actuelle***

Comme nous l'avons dit 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 médicaments dispensés sont financés par l'Etat, grâce à des taxes et impôts payés par la population mauricienne. Le budget du gouvernement couvrait autrefois sans problème les dépenses de santé annuelles des Mauriciens. Mais depuis plusieurs années, l'émergence et l'ampleur des

nouvelles maladies, notamment les pathologies cardio-vasculaires 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 cette gratuité pour l'instant. En effet, elle avait été instaurée dans un souci d'équité et d'aide sociale, par Sir Seewoosagur Ramgoolam, le Père de la Nation. Aucun Premier Ministre n'a jusqu'à présent osé supprimer cette gratuité, par peur des représailles. Et pour cause...la population mauricienne estime en effet que la gratuité de la santé est un dû, et en use et abuse très largement parfois. Il est inconcevable pour elle de payer ne serait ce qu'une Roupie lorsqu'elle va à l'hôpital.

Certes, l'instauration de la gratuité du système de santé à l'île Maurice a eu des conséquences positives, car en permettant à toutes les classes sociales l'accessibilité aux soins et aux traitements, elle a permis l'amélioration de l'état de santé de la population et l'augmentation de 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, ayant changé les habitudes alimentaires des mauriciens, la sédentarisation, associées à des facteurs génétiques prédisposants, ont engendré l'émergence de nouvelles pathologies, donc un budget alloué à la santé de plus en plus élevé, que l'économie mauricienne ne permet plus d'assumer aujourd'hui.

### **3.3.2 *Quelle solution proposer ?***

Cette solution pourrait s'articuler autour de deux axes principaux : le premier concernant la mise en place de mesures visant à maîtriser les dépenses de santé à l'île Maurice, le deuxième concernant la mise en place d'un système de recouvrement des coûts qui permettrait le financement du système de santé tout en responsabilisant les patients.

#### **3.3.2.1 La maîtrise des dépenses de santé**

La maîtrise des dépenses de santé pourrait être réalisée grâce à deux mesures principales :

➤ **L'évaluation des pratiques professionnelles :**

Elle est nécessaire afin de limiter les soins et les prescriptions inutiles. En effet, du fait de la gratuité du système, les patients multiplient aujourd'hui les consultations chez le médecin, se rendant plusieurs fois par semaine à l'hôpital pour des maux bénins, puis vont à la pharmacie chercher un traitement qu'ils ne suivront pas. Les médecins restent trop passifs face à cette situation, c'est pourquoi il est nécessaire aujourd'hui d'évaluer leurs pratiques professionnelles. En mettant en place un système d'intéressement pour les médecins, l'Etat les inciterait à exercer et à prescrire de façon plus responsable, dans une nouvelle logique de diminution des dépenses de santé inutiles. Cela les motiverait également à s'investir plus dans leur rôle de prévention et de conseil auprès des patients.

➤ **Le renforcement des campagnes de prévention :**

Des campagnes de prévention ont déjà été lancées à travers l'île, mais il est nécessaire que le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie les maintienne et les renforce. Il est par ailleurs important que le Ministère prenne bien la mesure de l'état de santé de la population, afin de ne pas refaire les mêmes erreurs que par le passé, c'est à dire attendre que la situation s'aggrave pour mettre en place ces campagnes de prévention.

### **3.3.2.2 La mise en place d'un système de recouvrement des coûts**

Afin de réaliser la mise en place d'un système de recouvrement des coûts, l'île Maurice pourrait s'inspirer de l'Initiative de Bamako. Instaurée en 1987, cette dernière fut inscrite dans une politique de relance de la stratégie des soins de santé primaire, et proposa une approche pragmatique pour apporter un plus de « soins » aux pays pauvres. Partant du constat que les soins ne coûtent pas trop cher si on utilise des médicaments essentiels et si on assure leur prescription rationnelle, l'initiative de Bamako se basait essentiellement sur une

participation communautaire pour payer les soins de santé, générant ainsi des ressources de façon constante pour financer le fonctionnement de la structure sanitaire et les activités de santé. Mais l'expérience a montré que la participation communautaire est devenue plus un moyen qu'une finalité, car souvent la notion de « participation communautaire » s'est limitée à une notion économique : « la population doit payer », sans évoluer vers une responsabilisation des patients et acteurs de santé (32, 33).

Selon l'Initiative de Bamako, il pourrait exister à l'île Maurice plusieurs systèmes de paiement des soins dans le secteur public (35, 36) :

- Le paiement unique forfaitaire,
- Le paiement à l'acte et/ou des médicaments,
- Un système d'assurance maladie (cotisations) qui rembourserait aux patients une partie de leurs dépenses de santé.

□ Cette participation financière serait symbolique pour les patients mauriciens. Mais quel que soit le système de paiement, il faudrait tenir compte de leurs revenus, afin de ne pas exclure la population la plus pauvre et de conserver l'équité de l'accessibilité aux soins. De plus, le recouvrement des coûts est un processus dynamique qui doit s'adapter aux fluctuations du marché pour les produits et les services proposés (prix du médicament, prix des ressources matérielles, personnel, coût du transport...) (35).

Par ailleurs, comme dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la vaccination et certaines consultations, comme celles destinées au suivi des femmes enceintes, pourraient être maintenues gratuites (36).

La mise en place d'un tel système de recouvrement des coûts permettrait donc, en plus du financement des activités de santé, la responsabilisation de la population mauricienne. Cela réduirait le nombre de « consultations abusives » et donc l'afflux de malades à l'hôpital, ce qui permettrait aux médecins d'avoir plus de temps à consacrer aux patients ayant des pathologies lourdes, pour un meilleur suivi et un meilleur traitement.

En revanche, 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 de recouvrement des fonds, afin qu'elle y adhère et ne renonce pas à son suivi médical et thérapeutique.

## **Conclusion**

Suivant l'adage bien connu, la santé n'a pas de prix mais elle a un coût. L'île Maurice en fait aujourd'hui la douloureuse expérience. 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 et traitements dans le domaine public de la santé. Le gouvernement mauricien a donc commencé à mettre en œuvre les mesures qui lui permettront peut-être, à force de persévérance, 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 la gratuité des soins et traitements dans le domaine public devra très rapidement être remise en question.

En partant effectuer ce stage à l'île Maurice, je m'attendais à découvrir une île plutôt qu'un pays à part entière, avec moins de contraintes et un système de santé beaucoup plus simple, comprenant moins d'intervenants et moins de structures. J'ai en réalité découvert un pays en pleine industrialisation et expansion économique, avec son effervescence quotidienne qui fait son charme, ainsi qu'un système de santé en plein essor, avec une organisation complexe, ses particularités et ses défauts. J'ai également pris conscience de la situation concernant l'état de santé de la population mauricienne et des enjeux actuels pour le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie.

# **LISTE DES FIGURES**

FIGURE 1 : Carte de l'archipel des Mascareignes.....	5
FIGURE 2 : Carte de l'île Maurice.....	6
FIGURE 3 : Drapeau mauricien.....	6
FIGURE 4 : Les districts de l'île Maurice.....	7
FIGURE 5 : Carte de Rodrigues.....	7
FIGURE 6 : Photos du Premier Ministre mauricien, Navin Ramgoolam.....	14
FIGURE 7 : Le Jardin de Pamplemousses.....	16
FIGURE 8 : Pierre Poivre.....	17
FIGURE 9 : Photo du jardin de Pamplemousses.....	17
FIGURE 10 : Sir Seewoosagur Ramgoolam.....	19
FIGURE 11 : Annonce de la naissance du Parti Travailleiste.....	20
FIGURE 12 : Mauriciens militant pour l'indépendance.....	22
FIGURE 13 : Cérémonie d'ouverture du Conseil du Gouvernement, à Port-Louis.....	23
FIGURE 14 : Les docks de Port-Louis.....	24
FIGURE 15 : Patients attendant devant les guichets de la pharmacie du <i>SSRN Hospital</i> .....	39
FIGURE 16 : Pharmacy Dispenser délivrant les médicaments aux patients.....	39
FIGURE 17 : Les comprimés, reçus en vrac.....	40
FIGURE 18 : Evolution du budget réservé à l'achat des médicaments, en millions de Roupies....	45

## **LISTE DES TABLEAUX**

TABLEAU I : Comparaison des tranches d'âges de la population entre juillet 1995 et juillet 2004.....	8
TABLEAU II : Evolution de l'espérance de vie des Mauriciens de 1983 à 2004.....	9
TABLEAU III : Population mauricienne – 1901-1990.....	26
TABLEAU IV : Taux d'accroissement naturel de 1956 à 1986.....	28
TABLEAU V : Evolution du nombre d'admissions de patients dans les structures publiques, de 1995 à 2004.....	32
TABLEAU VI : Evolution du nombre de pharmaciens travaillant dans le domaine privé depuis 1998 .....	47
TABLEAU VII : Classification des principales causes de décès enregistré à Maurice en 2004.....	52
TABLEAU VIII : Nombre de nouveaux cas de VIH à Maurice de 1987 à 2004, Mauriciens et non Mauriciens confondus.....	63

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. **Adolphe H.**  
Les archives démographiques de l'île Maurice (1721-1810)  
Mauritius Archives Publications, No. 9, Port-Louis, 1996
2. **Austen H.**  
Sea fights and Corsairs of the Indian Ocean  
Port-Louis, 1934
3. **Brouard N.R**  
Population and Family Planning in Mauritius : a historical review  
1970
4. **Cabon M.**  
Biographie de Ramgoolam  
Ed. Mauriciennes, Port-Louis, 1963
5. **Dictionnaire de Biographie Mauricienne**  
Ed. Société de l'Histoire de l'Île Maurice, 1941-1995
6. **Duclos J.**  
L'évolution nationale mauricienne  
Jouve & Cie, Paris, 1924
7. **Fillot J.M.**  
La traite des esclaves vers les Mascareignes au 17<sup>e</sup> siècle  
Orstom, Paris, 1974
8. **Guy F., Guy M.**  
Île Maurice, Régulation des naissances et Action Familiale  
Xavier Mapus, Lyon, 1968
9. **Jugernauth R.**  
Journal L'Express  
Port-Louis, 19 août 2004
10. **Jugernauth R.**

Journal L'Express  
Port-Louis, 2 octobre 2004

- 11. Jugernauth R.**  
Journal L'Express, interview de Robert Labauge, professeur de neurologie  
Port-Louis, 25 novembre 2005
- 12. Jugernauth R.**  
Journal L'Express  
Port-Louis, 5 février 2006
- 13. Jugernauth R.**  
Journal L'Express,  
Port-Louis, 12 août 2006
- 14. Lemerle A.**  
Précis d'histoire de l'Ile Maurice,  
Nouvelle Imprimerie Coopérative, Port-Louis, 1950
- 15. Lougnon A.**  
Mémoire des Isles de France et de Bourbon  
Ed. Mahé de La Bourdonnais, Paris, 1937
- 16. Ministry of Health and Quality of Life**  
Achievements September 2000 - June 2005  
Port-Louis, Juillet 2005
- 17. Ministry of Health and Quality of Life, Health Statistics Unit**  
Health Statistics Annual, Island of Mauritius,  
Port-Louis, 2004
- 18. Ministry of Health and Quality of Life**  
HIV/AIDS Reports,  
Port-Louis, Septembre 2004
- 19. Ministry of Health and Quality of Life**  
Implementation Plan, Health Sector Development and Reform  
Port-Louis, Mai 2004
- 20. Mulloo A.**  
The story of Mauritius 1900 – 2000, Father of the Nation  
Septembre 2000
- 21. Nagapen A.**  
Histoire de la Colonie Isle de France – Ile Maurice 1721 – 1968

Diocèse de Port-Louis, 1996

- 22. Noël K.**  
L'esclavage à l'Isle de France (Ile Maurice) de 1715 à 1810  
Ed. Two Cities, Paris, 1991
- 23. North-Coombes A.**  
A History of Sugar Production in Mauritius,  
Floréal, Mauritius, 1993
- 24. PNUD 2004**  
Programme des Nations Unies pour le Développement  
2004
- 25. Robertson H. & Government of Mauritius**  
Study for the development of an insurance based on health care scheme  
Port-Louis, Avril 1996
- 26. Seegoolam D.**  
The life and works of Sir Seewoosagur Ramgoolam,  
Août 1972
- 27. Selvon S.**  
Ramgoolam,  
Ed. de l'Océan Indien, Ile Maurice, 1986
- 28. Titmuss R.**  
Social Policies and Population Growth in Mauritius  
Frank Cass & Co. LTD, London, 1968
- 29. Varma M.N**  
Indian immigrants and their descendants in Mauritius, Vol. I.  
1973
- 30. Varma M.N**  
The struggle of Ramgoolam  
1975
- 31. World Health Organization**  
The World Health Report 2004, Changing History  
2004
- 32. [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)**

**33. [www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr)**

**34. [www.doctissimo.fr](http://www.doctissimo.fr)**

**35. [www.remed.org](http://www.remed.org)**

**36. [www.who.int/fr/](http://www.who.int/fr/)**

**37. [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)**

**Nom – Prénom : LACHAUD Ombeline**

**Titre de la Thèse : LE SYSTEME DE SANTE A L'ILE MAURICE :  
ETAT DE SANTE DE LA POPULATION ET EVOLUTION DE  
L'OFFRE DE SOINS**

---

## **Résumé de la Thèse :**

Depuis son indépendance, déclarée le 12 mars 1968, l'île Maurice a su élaborer un système de santé structuré, permettant une offre de soins accessible à tous, basée sur l'équité sociale et la gratuité des soins dans le domaine public. Mais le pays, en plein essor économique, doit aujourd'hui faire face à une occidentalisation des modes de vie, entraînant l'émergence de maladies de société et révélant les faiblesses d'un système de santé qu'il devient urgent d'améliorer.

### **MOTS CLES :**

**ILE MAURICE**

**MALADIES DE SOCIETE**

**SYSTEME DE SANTE**

**OCCIDENTALISATION**

### **JURY :**

---

**PRESIDENT : Madame Laurence COIFFARD, Professeur de Cosmétologie  
Faculté de Pharmacie de NANTES**

**ASSESEURS : Madame Françoise BALLEREAU, Professeur de Pharmacie  
clinique et de Santé publique**

Faculté de Pharmacie de NANTES

**Madame Marie-Christine BARANGER, Pharmacien**

Pharmacie Baranger, Rue des tilleuls, 49110 Le Pin-en-Mauges

**Mademoiselle Anne BRISARD, Pharmacien**

8, Rue de la prairie aux Ducs, 44200 Nantes

**Adresse de l'auteur : 7, av d'Ostende 98000 Monaco**