

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2016

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 04 Octobre 2016

Par Charles-Edouard D'HALLUIN

Né le 24 Février 1990 à Villeneuve d'Ascq – France

Enquête sur le système de santé public et privé mauricien :

Analyse et Perspectives

TOME 1 : Le secteur public

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Assesseurs :

Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME

Monsieur le Docteur François DESCAMP

Membre invité :

Monsieur le Docteur Ajmal PANCHOO

ACADEMIE DE LILLE

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

**_*_*_*_*_*_*_*_*_

FACULTE de Chirurgie Dentaire PLACE DE VERDUN 59000 LILLE

**_*_*_*_*_*_*_*_*_

Président de l'Université	: Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	: P.M. ROBERT
Doyen	: Pr. E. DEVEAUX
Assesseurs	: Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI, Pr. G. PENEL
Chef des Services Administratifs	: S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	: L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Parodontologie, Professeur Emérite
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :

T. BECAVIN	Responsable de la sous-section d' Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. BOSCHIN	Responsable de la sous-section de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous-Section d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. DE BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
JM. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie-Buccale, Pathologie, et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Responsable de la Sous-Section de Prothèses
JL. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale et Orthodontie
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU de Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Conservatrice – Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Habilité à Diriger des Recherches

Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Lille

Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire de Lille

Responsable des Relations Internationales de la Faculté dentaire de Lille

Personne compétente en Radioprotection

Ancien président de la Société Française d'Endodontie

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse. Permettez-moi de vous assurer de ma très respectueuse considération et de mon profond respect quant aux fonctions que vous exercez.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes remerciements les plus sincères.

Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Professeur Emérite des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques

Maîtrise libre de Biologie Humaine

Docteur d'Etat en Odontologie

Habilité à Diriger des Recherches

Membre titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Ancien Responsable de la Sous-Section Parodontologie

Ancien chef de Service d'Odontologie du CHRU de Lille

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous m'avez accompagné durant mes dernières années de cursus universitaire dans l'apprentissage du domaine qui m'intéressait le plus, la parodontologie. Il était tout naturel pour moi de terminer ces années d'études à vos côtés et de vous laissez juger mon travail en dirigeant cette thèse. Vous m'avez beaucoup apporté et je vous en suis très reconnaissant. Merci pour votre confiance. Veuillez trouver ici le témoignage de toute mon estime.

Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des
CSERD**

Sous-Section Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de Sous-Section Prothèses

*Vous avez très gentiment accepté de siéger dans le jury de cette thèse. Je vous prie de trouver
ici l'expression de ma sincère reconnaissance quant à la qualité de votre enseignement à la
Faculté.*

Monsieur le Docteur François DESCAMP

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Maîtrise Universitaire de Pédagogie des Sciences de la Santé

D.E.S.S Education et Santé

D.E.A Sciences de l'Education

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Médaille de bronze de la défense nationale (Agrafe « Service de Santé »)

Médaille d'Outre-Mer (Agrafe « Tchad »)

Titre de reconnaissance de la Nation

*Ayant eu le privilège de bénéficier de votre enseignement, je vous remercie pour votre aide et pour votre enthousiasme pendant ces années de travaux pratiques puis de clinique. Votre exigence dans l'enseignement et notamment dans la réalisation des fameuses « prép » m'a amené en rattrapage mais elle est essentielle dans l'exercice de notre beau métier de chirurgien-dentiste.
Vous me faites l'honneur de juger de nouveau mon travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.*

Monsieur le Docteur Ajmal PANCHOO

Docteur en Chirurgie Dentaire

Lauréat du prix « Nordiste de l'année 2014 » catégorie société civile

Merci pour ces moments passés tes côtés dans le Service d'Odontologie ainsi qu'à Maurice. Ils resteront à jamais gravés dans ma mémoire. J'ai beaucoup appris aux côtés d'une famille aussi généreuse que la tienne. Sois assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance face au dévouement qui te caractérise.

Enquête sur le système de santé public et privé mauricien :

Analyse et Perspectives

TOME 1 : Le secteur public

Préface

L'origine de cette thèse est venue au détour d'une conversation avec le Dr Ajmal PANCHOO, dans le secteur Handicap du service d'Odontologie du CHRU de Lille, durant laquelle une des questions posées, portait sur l'origine des motivations et de l'énergie dépensée sans compter au sein du secteur des polyhandicapés.

Après s'être rendu compte des différences du système de santé mauricien avec le système français, le souhait de mieux comprendre le fonctionnement à l'île Maurice s'est porté sur un sujet de thèse, faisant l'objet d'un travail qui étudierait le secteur public et privé et qui mettrait en avant des propositions d'améliorations. L'idée étant même d'y travailler pendant quelques mois pour mieux s'imprégner de la situation actuelle. Cependant, le système de santé mauricien étant différent du système de santé français, il n'a pas été possible d'y exercer le métier de chirurgien-dentiste. Malgré cela, le projet restait tout de même réalisable.

Enthousiasmés, la question était de savoir comment ce travail pouvait devenir légitime et faire l'objet d'une thèse de doctorat ? Une étude sur le système de santé mauricien a été réalisée sur place auprès des différents acteurs de santé et a permis d'analyser le fonctionnement du secteur public et privé, tout en apportant des perspectives d'évolutions réalisables.

Elliott et Charles-Edouard

Table des matières

Introduction.....	17
1 Cadre général de notre étude à l'île Maurice.....	19
1.1 La Géographie.....	19
1.1.1 L'Archipel.....	19
1.1.2 La Localisation	19
1.1.3 La Superficie	20
1.2 L'Environnement mauricien.....	20
1.2.1 La Géologie.....	20
1.2.2 Le Climat.....	22
1.2.3 La Faune et la Flore	22
1.3 La Démographie.....	23
1.3.1 La Population	23
1.3.2 La Densité	24
1.3.3 La Capitale et les Districts.....	24
1.4 La Culture Mauricienne	25
1.4.1 Les Langues.....	25
1.4.2 Les Religions.....	26
1.4.3 Les Ethnies	28
1.4.4 Les Traditions.....	29
1.5 L'Economie Mauricienne	30
1.6 Les Données économiques.....	31
1.6.1 Le Chômage.....	31
1.6.2 La Croissance économique et le PIB	31
1.6.3 La Dette et le Déficit.....	31
1.6.4 La Monnaie Mauricienne.....	31
2 L'histoire de l'île Maurice	32
2.1 La Découverte de l'île Maurice.....	32
2.2 Les Colonisations successives.....	32
2.2.1 La colonisation hollandaise	32
2.2.2 La colonisation française.....	33
2.2.3 La colonisation anglaise.....	36
2.3 L'Indépendance de l'île Maurice.....	38
2.4 L'Organisation politique actuelle.....	39
3 Mise en place de l'étude.....	40
3.1 Le choix du sujet d'étude.....	40
3.2 L'objectif de l'étude.....	40
3.3 Matériel et Méthode.....	41
4 L'état de santé de la population mauricienne	42
4.1 L'état de santé générale de la population.....	42
4.1.1 Généralités	42
4.1.2 Les maladies non transmissibles	42
4.1.2.1 Le diabète.....	42
4.1.2.2 L'obésité	45

4.1.2.3	L'hypertension artérielle.....	45
4.1.2.4	Les cancers	46
4.1.3	Les maladies transmissibles	46
4.1.4	Le taux de mortalité.....	48
4.1.5	Le taux de natalité.....	48
4.1.6	L'espérance de vie	49
4.1.7	Les principales causes de décès	49
4.2	L'état de santé bucco-dentaire de la population.....	50
4.2.1	Généralités.....	50
4.2.2	L'indice CAOD/DMFT.....	51
4.2.3	Les chiffres de la santé bucco-dentaire.....	52
4.2.4	La prévention bucco-dentaire.....	56
4.2.4.1	Le budget dédié à la prévention	56
4.2.4.2	Les campagnes de prévention	57
4.2.4.3	Les méthodes de communication.....	58
4.2.5	La renonciation aux soins dentaires.....	58
4.2.6	L'accès aux soins dentaires	59
4.2.6.1	Les soins dentaires dans les dispensaires	59
4.2.6.2	Les soins dentaires dans les hôpitaux.....	60
4.2.6.2.1	Le service d'orthopédie dento-faciale du SSRN Hospital	61
4.2.6.2.2	Le service d'endodontie du SSRN Hospital.....	61
4.2.6.2.3	Le service de stomatologie du SSRN Hospital.....	62
5	Le système de santé public	62
5.1	L'accès aux soins médicaux.....	62
5.1.1	Historique	62
5.1.2	Le secteur public	66
5.1.2.1	Généralités sur le système de santé	66
5.1.2.2	La répartition des structures de soins en « Health Regions »	69
5.2	Les structures hospitalières annexes : le système extra hospitalier	72
5.2.1	Les dispensaires	72
5.2.1.1	Généralités	72
5.2.1.2	Les différentes structures	74
5.2.1.3	Exemple de structure visitée	75
5.2.2	Les unités mobiles	79
5.3	Le système hospitalier.....	80
5.3.1	Généralités et Historique.....	80
5.3.2	L'Hôpital du Nord : le SSRN Hospital.....	82
5.3.3	Récapitulatif des structures du système hospitalier	85
5.4	Le Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie	86
5.4.1	Date de création	86
5.4.2	Organigramme du Ministère de la Santé	86
5.4.3	Objectifs du Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie	88
5.4.4	Budget du Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie.....	89
6	Conclusion	90
	Références bibliographiques	93
	Annexes	97
	Annexe 1 : Carte des districts de l'île Maurice	97

Introduction

L'île Maurice est un pays qui est récemment passé du statut de pays en voie de développement au statut de pays nouvellement industrialisé et qui a suscité de nombreuses convoitises, avant d'accéder à son indépendance en 1968. Hollandais, Français et Anglais se succédèrent et laissèrent chacun une trace importante de leur civilisation sur ce petit territoire de l'Océan Indien.

Depuis son indépendance, l'île Maurice a su construire sa propre société sur les stigmates de la colonisation et de l'esclavage. La population mauricienne actuelle reflète ce bel héritage laissé au fil des colonisations successives. Le passage d'une société construite autour de l'économie de la canne à sucre à une économie moderne en pleine croissance, s'est accompagné d'une forte mutation sociale.

Les principales causes de mortalité et de morbidité, introduites à l'époque par les colons, ont aujourd'hui changé. Face à l'importante évolution socio-économique, la modification du mode de vie et des comportements alimentaires est responsable du développement considérable des maladies non transmissibles.

Le système de santé a dû s'adapter à cette mutation sociale en tenant compte des multiples origines ethniques dans une population où la religion a une place prépondérante. Ce système, en constante évolution, propose une médecine curative qui tendrait vers une médecine de plus en plus préventive.

Face à l'évolution des pathologies et un monde en pleine mutation socio-économique, les soins ont évolué, sont devenus plus modernes et donc plus onéreux pour l'état mauricien. Cela permet aujourd'hui au gouvernement de présenter des indicateurs sur l'état de santé, comparables aux pays développés.

Cette thèse s'articule autour de 2 tomes élaborés en partie grâce à une étude réalisée sur place de Décembre 2015 à Février 2016.

De cette étude auprès du système de soins public et privé, sont mis en place un Tome 1 et un Tome 2 abordant respectivement le secteur de santé public et le secteur privé. Ils seront un aperçu des différents types d'exercices de la profession sur le sol mauricien.

L'objectif de ce travail sera de mettre en avant un système de santé différent du système français et de prouver qu'il n'y a pas de système de santé idéal. Chaque système fonctionne avec ses forces et ses faiblesses.

Le Tome 1 de cette thèse présentera dans une première partie, le cadre général de l'étude à l'île Maurice. Il reviendra sur son histoire dans une deuxième partie, afin de mieux comprendre l'impact des différentes colonisations sur le mode de vie des mauriciens et sur le système de santé. Dans une troisième partie, sera présentée la mise en place de l'étude ayant permis la réalisation de cet ouvrage puis dans une quatrième partie, l'état de santé de la population mauricienne sera examiné, l'état de santé général et l'état de santé bucco-dentaire seront abordés, ainsi que les moyens de prévention. Pour finir, l'organisation du système de soins sera étudiée à travers une cinquième partie dans laquelle toutes les structures publiques qui composent ce système de soins seront passées en revue. Les éléments qui composent ce système seront analysés pour tenter d'apporter des perspectives d'évolutions envisageables.

1 Cadre général de notre étude à l'île Maurice

1.1 La Géographie

1.1.1 L'Archipel

L'île Maurice, autrefois « Isle de France », est l'île principale de la République de Maurice. C'est un état de l'Océan Indien, au cœur de l'archipel des Mascareignes, situé au Sud-Ouest de l'Océan Indien qui comprend l'île Maurice, la Réunion, l'île de Rodrigues ainsi que plusieurs petites îles aux alentours.

Ces îles résultent de gigantesques éruptions volcaniques sous-marines datant de plus de 8 millions d'années. [20]

La République de Maurice se compose de l'île Maurice (l'île principale), l'île Rodrigues, les îles Agalega, l'archipel de Saint-Brandon, ainsi que l'île Tromelin qui est co-gestionnée avec la France.

Il faut aussi rajouter les vastes territoires marins de l'île Maurice qui constituent 1,7 millions de km² d'espace maritime, traduisant une Z.E.E (Zone Economique Exclusive) très conséquente. [14]

1.1.2 La Localisation

L'île Maurice est située à environ 2.000 kilomètres au Sud-Est de l'Afrique, à 1.000 kilomètres de Madagascar et 160 kilomètres au Nord-Est de la Réunion.

En coordonnées géographiques, l'île Maurice est située entre les latitudes 19°58.8' et 20°31.7' Sud et entre les longitudes 57°18' et 57°46.5', ce qui la situe près du tropique du Capricorne. La République de Maurice comprend aussi l'île Rodrigues située à 560 kilomètres à l'Est de l'île Maurice. [40], [24]



Figure 1 : Carte de l'Archipel des Mascareignes

(D'après Jauze, 2012. Réalisation: Laboratoire de cartographie appliquée)

1.1.3 La Superficie

La République de Maurice dispose d'une superficie totale de 2.040 km², se décomposant en 1.865 km² pour l'île Maurice et 175 km² pour Rodrigues et les îles environnantes. [29]

L'île principale mesure 65 kilomètres de longueur pour 47 kilomètres de largeur avec une périphérie côtière de 250 kilomètres, entourée d'une barrière de corail formant un magnifique lagon de 260 km². L'île Rodrigues, quant à elle, est la deuxième île de la République de Maurice en terme de superficie, juste derrière l'île Maurice. Elle mesure 18km de long sur 8km de large, pour une superficie de 109 km².

Depuis le 12 octobre 2002, l'île Rodrigues est autonome mais reste rattachée à la république de Maurice.

1.2 L'Environnement mauricien

1.2.1 La Géologie

La formation de l'archipel des Mascareignes date d'environ 8 millions d'années. L'île Maurice est constituée d'un anneau brisé de chaînes de montagne d'origine volcanique.

Les reliefs de l'île Maurice ont été créés par une succession de coulées de lave, espacées de longues périodes d'érosion, provoquant l'apparition d'une chaîne de montagnes d'aspect découpé et spectaculaire. L'altitude de ces montagnes basaltiques, qui entourent un plateau central, varie de 600 à 828 mètres ; le plus haut sommet de l'île baptisé « le piton de la petite rivière noire ».

On distingue ainsi, la chaîne de la Rivière Noire au Sud-Ouest d'où s'élève le pic le plus haut de l'île, la chaîne de Grand Port à l'Est et la chaîne de Moka au Nord-Ouest. Le plateau central atteint une hauteur de 200 à 670 mètres, il est le lieu de culture de thé et de cannes à sucre et offre un visage complètement différent du littoral. Les villes du plateau central se sont développées principalement grâce aux mauriciens s'y réfugiant pour fuir la malaria très présente sur les côtes au XIXème siècle. Des récifs coralliens entourent presque toute la côte et forment de nombreuses lagunes peu profondes, idéales pour les pratiques de divers sports nautiques.

De plus, l'île possède deux lacs naturels (des lacs de cratère) et plusieurs réservoirs artificiels d'eau. Une pénurie d'eau étant prévue pour les années 2050, du fait de la faible quantité de pluie annuelle, des faibles réserves naturelles et de la consommation importante des mauriciens. [13]



Figure 2 : Réservoir de la Nicollière (Photo personnelle)

1.2.2 Le Climat

L'île est située dans l'hémisphère Sud. Pour cette raison, les saisons sont donc inversées par rapport à l'Europe. Le climat est caractérisé comme étant subtropical l'hiver et tropical l'été. A cause de sa position proche du tropique du capricorne, l'année est rythmée uniquement par 2 saisons :

- La saison froide (hiver) de mai à octobre : Les températures oscillent de 20°C à 26°C. Les nuits peuvent être très fraîches, surtout sur le plateau central.
- La saison chaude (été austral) de novembre à avril : Les températures varient de 26°C à 37°C. De fortes précipitations peuvent se produire mais elles ne se prolongent pas généralement. C'est également durant cette période que les risques de cyclones sont les plus grands. Suite à la variation d'altitude du pays, on constate des différences de température et de pluviosité entre la côte et l'intérieur des terres. La variation de température peut aller jusqu'à 7 degrés entre Port Louis et Curepipe.

On distingue 5 zones climatiques :

Côte Nord : températures chaudes. Pluie et vent faibles.

Côte Ouest : protégée des vents toute l'année, températures les plus chaudes.

Côte Sud : vents forts durant les 3 mois de l'hiver mauricien.

Côte Est : agréable tout l'été grâce aux alizés. Vents frais durant l'hiver austral (Juillet, Aout, Septembre).

Région Centre : la plus pluvieuse et la plus fraîche qui affiche bien souvent cinq degrés de moins par rapport au littoral.

L'Océan Indien est le siège de cyclones tropicaux pouvant provoquer des dégâts considérables aux habitations, aux récoltes ainsi que sur le plan sanitaire. [42]

1.2.3 La Faune et la Flore

L'île Maurice a connu une certaine célébrité grâce au dodo : un gros oiseau de la taille d'un dindon, se caractérisant par des courtes ailes et une démarche lourde. Il fût victime de la destruction de son environnement avec l'arrivée des hollandais et disparu à la fin du XVIIème siècle.

La faune marine est également très riche grâce à l'importante barrière de corail entourant l'île. Il n'y a pas moins de 430 espèces et créatures sous-marines différentes et plus de 200 variétés différentes de coraux, d'éponges et anémones de mer. L'île Maurice est également peuplée par une importante faune terrestre comprenant tortues géantes, lézards et autres espèces rares et variées d'oiseaux.

La végétation et les forêts primitives qui couvraient l'île étaient presque entièrement constituées d'arbres tropicaux. Cette riche forêt fut exploitée par les hollandais : c'est l'époque de l'exportation vers l'Europe « du bois des îles ». Le bois d'ébène était alors prisé pour l'ébénisterie et la marqueterie. Le littoral est bordé d'une frange de casuarina australien autrement appelé « filaos » mais les plages conservent néanmoins leurs palmiers et cocotiers. Le jardin royal de Pamplousses (The Botanic Garden), créé par le marin français Bertrand-François Mahé de La Bourdonnais, est connu des naturalistes du monde entier pour sa précieuse collection de plantes indigènes et exotiques, ainsi que pour sa variété importante de palmiers. [20]

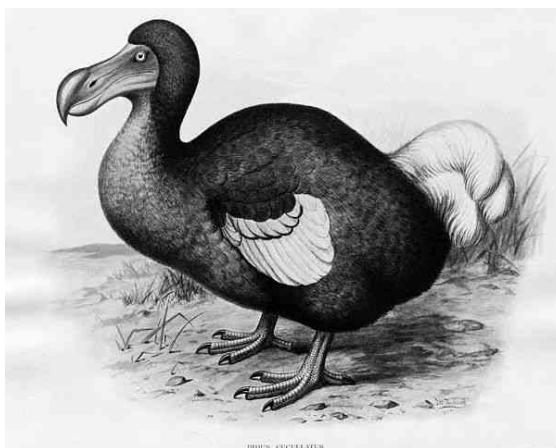


Figure 3 : Le fameux dodo

1.3 La Démographie

1.3.1 La Population

La population totale de la République de Maurice (recensement au 31 décembre 2015) s'élève à environ 1,262 millions d'habitants (49,5 % d'hommes et 50,5 % de femmes) : 1,22 millions pour l'île Maurice, 42.058 pour l'île Rodrigues et 300 pour l'île de Agalega et de Saint Brandon. [23]

La croissance démographique s'élève de 0,13 % par rapport à 2013 et l'espérance de vie est de 71 ans pour les hommes contre 77,8 ans pour les femmes, soit une moyenne nationale de 74,4 ans. En 2013, l'île Maurice était classé 2ème pays Africain et 63ème sur 188 pays du monde, en terme d'Indice de Développement Humain (IDH=0,771). [23]

1.3.2 La Densité

La densité de population y est de 618 habitants par km², ce qui place Maurice au 17ème rang mondial en 2015 en terme de densité de population au kilomètre carré. La densité de population est plus importante sur le littoral que dans le plateau central suite au développement touristique de l'île. Cependant, au niveau du plateau central, elle reste relativement forte suite aux épidémies de malaria survenues au XIXème siècle, poussant les habitants à se réfugier loin du littoral. [1], [40]

1.3.3 La Capitale et les Districts

Port Louis est la capitale de la République de Maurice. Port Louis a été fondée en 1735 par les colons français en hommage au roi Louis XV. Elle est aujourd'hui une ville cosmopolite. On y a recensé, en 2012, 140.430 habitants. De part son activité portuaire importante et son importance dans commerce extérieur, Port-Louis génère une grande part des revenus de l'île. [42], [27]

La capitale est située dans son propre district (district de Port Louis). Il existe en tout 9 districts sur l'île Maurice qui sont :

- 1 - Port Louis (comprenant la capitale)
- 2 - Plaines Wilhems
- 3 - Moka
- 4 - Flacq
- 5 - Grand Port
- 6 - Savanne
- 7 - Rivière Noire
- 8 - Pamplemousses
- 9 - Rivière du rempart

L'île Rodrigues est considérée comme un 10ème district.



*Figure 4 : La place d'armes avec le comte Bertrand-François Mahé de Labourdonnais
(Photo personnelle)*

1.4 La Culture Mauricienne

1.4.1 Les Langues

La colonisation anglaise étant la plus récente, l'anglais est la langue officielle à l'île Maurice. Cependant, de part le passé colonial de l'île, le français est une langue très fréquemment parlée. Ainsi, l'anglais et le français sont les deux principales langues utilisées sur le territoire mauricien.

La population mauricienne est multilingue : beaucoup parlent à la fois l'anglais, le français et le créole. L'anglais et le français sont enseignées au premier cycle de primaire, alors que le créole mauricien est considéré comme une matière optionnelle. Cet avantage culturel est issu de son passé colonial. L'anglais est surtout utilisé dans l'administration et à l'assemblée pour y rédiger des textes de loi, alors que le français est utilisé dans les médias, dans la littérature et dans la vie courante. Le français est la langue la plus parlée à l'île Maurice, après le créole qui lui emprunte du vocabulaire. Le créole, autrefois moyen de communication entre maîtres et esclaves, est la seule langue comprise et parlée par la quasi totalité des mauriciens. C'est en fin de compte un patois dérivé du français qui lui a conservé sa phonétique et sa grammaire maternelle. [27]

1.4.2 Les Religions

Il existe plusieurs religions à l'île Maurice : l'Hindouisme (52%), le Christianisme (30%), l'Islam (17%) et le Bouddhisme (1%).

- Les Hindous

Ils représentent plus de la moitié de la population mauricienne et sont issus de plusieurs régions de l'Inde. Le groupe ethnique des Indo-mauriciens, majoritaire, descend des travailleurs engagés après l'abolition de l'esclavage en 1835 (les « *Coolies* »), sous colonisation anglaise, pour remplacer dans les plantations sucrières les esclaves libérés. On y retrouve un nombre important de Tamouls, arrivés de l'Inde du sud. Les autres Hindous viennent en grande partie de l'Inde du nord.

Les trois principes fondamentaux de l'Hindouisme résident dans la croyance en la Maya (réalité illusoire des apparences), au Karma (rétribution des actes), et au Samsara (le cycle de la réincarnation). Les fêtes hindous très colorées rassemblent beaucoup de monde. Fêtes au cours desquelles, les fidèles viennent se purifier à Grand Bassin dans le Ganga-Talao, en contact avec l'Océan Indien, où se jette le Gange (rivière sacrée considérée comme la mère de l'Inde). [19]



Figure 5 : Grand Bassin et le Ganga-Talao (Photo personnelle)

- Le Christianisme

Représentant un tiers de la population sur l'île, le Christianisme est la deuxième religion la plus représentée. Historiquement, la religion chrétienne a été la première à s'implanter à l'île Maurice vers 1722 lorsque l'île était une colonie française. Malgré la petite superficie, l'île dénombre une vingtaine d'églises. La plus populaire est celle de Cap-Malheureux avec son architecture boisée blanche avec un toit rouge face à l'Océan Indien. Comme le veut la religion, les messes sont célébrées le dimanche, des réunions de prières ont lieu le lundi, le samedi est consacré à des évangélisations et les autres jours de la semaine sont dévoués à d'autres réunions de chrétiens. Suite à la colonisation britannique, l'anglicanisme puis la branche protestante, se développèrent sur l'île.



Figure 6 : La chapelle Notre Dame Auxiliatrice de Cap Malheureux (Photo personnelle)

- L'Islam

Avec 20% de la population, l'Islam représente la troisième religion de l'île en terme de nombre de fidèles. Les musulmans mauriciens sont principalement issus de l'Inde. Autrefois considérés comme la population ouvrière de l'île, avec les indiens, les musulmans s'installèrent dans la capitale et formèrent la structure du commerce mauricien. De nombreuses mosquées sont présentes à l'île Maurice. La plus connue est la Jummah Masjid, située à Port Louis, car elle est considérée comme une véritable perle architecturale. A l'île Maurice, comme pour les hindous, de nombreuses fêtes et célébrations de l'Islam ont lieu toute l'année.

La nuit du « Mi'raaj », qui représente la montée aux cieux du prophète Mahomet, ou la nuit du « Cha'baan », qui précède le début du ramadan, sont intégrées à la culture mauricienne.



Figure 7 : La mosquée Jumah Masjid de Port Louis (Photo personnelle)

- Le Bouddhisme

Le Bouddhisme est la quatrième religion à l'île Maurice mais ne représente qu'environ 1% de la population. Cette religion fit son apparition sur l'île une fois que l'immigration fut libre. A cette époque, de nombreux asiatiques débarquèrent sur l'île d'où son importance non négligeable. Parmi la population bouddhiste, on distingue trois groupes religieux : les Hakkas, presque 80% des sino-mauriciens, les Cantonais et les Foukiénois. Comme c'est le cas pour les autres religions de Maurice, le bouddhisme a ses propres sites de culte sur l'île.

Parmi les nombreuses fêtes et autres célébrations bouddhistes à Maurice, on retrouve le Nouvel An chinois ou encore la fête des Lanternes marquant la fin du Nouvel An chinois.

1.4.3 Les Ethnies

La culture mauricienne se nourrit de la diversité de sa population, c'est pourquoi il n'y a pas de religion "officielle" à l'île Maurice. Hindous, Tamouls, Musulmans, Chrétiens, Bouddhistes et d'autres immigrés des quatre coins du monde vivent en harmonie dans le respect et la libre pratique de leur religion à l'île Maurice. [42]

Le brassage ancestral des cultures à Maurice a permis aux différentes communautés de cohabiter dans l'acceptation des autres, si bien qu'elles fréquentent les temples mauriciens, les églises ou les mosquées. La liberté de culte est totale, les valeurs culturelles et morales sont très importantes. La tolérance intercommunautaire à l'île Maurice est un modèle de société. [27]

1.4.4 Les Traditions

Les traditions mauriciennes sont l'héritage d'un passé multiculturel. Les traditions religieuses se manifestent lors de fêtes ayant lieu tout au long de l'année. L'île Maurice est constituée de cultures de diverses origines : Indienne, Européenne, Africaine, Chinoise... Cette mixité ethnique lui donne une identité culturelle presque unique au monde, où les hindous, les musulmans, les bouddhistes et les chrétiens partagent leurs coutumes et leurs traditions. [42]

Parmi elles, le Thaipooam Cavadee est l'une des fêtes les plus impressionnantes. Il s'agit d'une cérémonie de purification du mal, issue de l'hindouisme, pendant laquelle les fidèles percent leurs sourcils, leurs langues et leurs joues. Le Maha Shivaratree, qui a lieu en février ou mars, est également une fête importante qui célèbre la victoire de Shiva sur Brahma et Vishnu. Fête au cours de laquelle, les pèlerins vêtus de blanc marchent vers le Ganga-Talao, le lac sacré à Grand Bassin.



Figure 8 : Célébration du Thaipooam Cavadee, 24 Janvier 2016 (Photo personnelle)

1.5 L'Economie Mauricienne

L'île Maurice était auparavant une île qui tirait ses recettes de la culture de canne à sucre. Elle a su diversifier ses activités et se détacher progressivement de cette culture, avec l'objectif de s'adapter aux conditions d'une économie moderne, en organisant son économie autour de quatre secteurs clés, [2] devenus de véritables piliers de l'économie mauricienne :

- Le tourisme
- Le textile
- Le sucre et la culture de thé
- Les services financiers, les technologies d'information et de communication (les TIC)

Ces choix et changements structuraux ont permis à l'île Maurice, en l'espace de ces trois dernières décennies, de passer d'un pays en voie de développement à faibles revenus au statut de pays nouvellement industrialisé à revenus intermédiaires. [26] De plus, l'île Maurice s'est imposée comme un des pays précurseurs des réformes dans le domaine économique en Afrique, ce qui lui a permis d'afficher une croissance parmi les plus élevées d'Afrique. [37], [40]

Ses institutions solides, sa stabilité politique, son organisation des affaires mais aussi l'exploitation efficace des préférences commerciales, particulièrement avec l'Europe et l'Inde, ont contribué à stimuler la croissance et à favoriser une diversification impressionnante de l'économie du pays. [33] En effet, l'Europe (principalement le Royaume-Uni et la France) joue un rôle primordial dans le développement du pays, car elle représente le premier partenaire commercial pour l'île. Ainsi, la reprise progressive de l'économie européenne se traduit également par une amélioration de l'économie mauricienne.

Les flux d'investissement, élevés et en constante augmentation, provenant surtout des domaines de l'immobilier, de la construction, et des services financiers, financent le déficit courant. Ces investissements financiers émanant majoritairement de France, du Royaume-Uni, d'Afrique du Sud et d'Asie (surtout la Chine) permettent à l'île Maurice de continuer aisément sa croissance économique.



Figure 9 : Lieu de culture de cannes à sucre (Photo personnelle)

1.6 Les Données économiques

1.6.1 Le Chômage

En 2015, le taux de chômage s'élève à 8%. C'est 0,2% de plus qu'en 2014. [3]

1.6.2 La Croissance économique et le PIB

L'économie mauricienne a connu une croissance réelle de 3.4 % en 2015, équivalente à celle enregistrée en 2013, et devrait s'accélérer pour atteindre les 4% en 2016. En 2014, le Produit Intérieur Brut (PIB) s'élève à 11,93 Milliards de Dollars US, ce qui revient à un PIB par habitant de 16.100 dollars US. [3]

1.6.3 La Dette et le Déficit

La dette publique de l'état est d'environ 58,6% du PIB contre 61,5 en 2014. Le déficit budgétaire 2015-2016 est de 3,5% du PIB. [3]

1.6.4 La Monnaie Mauricienne

La monnaie mauricienne est la Roupie (Rs). Pour donner une équivalence, 1 Euro équivaut à environ 40 Rs. Actuellement, le taux de change est de 1 Euro pour 38 Rs. [40]

2 L'histoire de l'île Maurice

2.1 La Découverte de l'île Maurice

L'île Maurice fut probablement découverte par les Arabes lors du Moyen Age en 975, qui la nommèrent sous le nom arabe de *Dina Arobi* qui signifie « l'île d'argent », mais ces derniers ne s'y installèrent pas. Ce sont les Portugais qui furent les premiers européens à visiter l'île au XVIème siècle. C'est un navigateur portugais, nommé Pedro de Mascarenhas, qui découvrit l'archipel des Mascareignes et lui donna son nom. Mais en réalité, il découvrit « l'île de Bourbon » (aujourd'hui l'île de La Réunion) en 1505. [6]

Le premier visiteur européen à mettre les pieds sur l'île Maurice et sur l'île Rodrigues fut le navigateur portugais Domingo Fernandez, qui fit escale sur l'île et lui donna son nom en 1507. Ce sont quelques années plus tard que ce nom fut remplacé par celui de *Cimé*, en référence au navire d'expédition amenant à la découverte de l'île.

Pour les Portugais, les îles de l'archipel des Mascareignes servaient simplement de relais et de centre de ravitaillement sur la route des Indes. Ils n'occupèrent jamais les Mascareignes. Les seules traces de leur passage à Maurice sont les animaux domestiques et les singes qu'ils avaient introduits.

En 1580, l'île passe sous commandement espagnol jusqu'aux premières campagnes hollandaises de 1598. [29]

2.2 Les Colonisations successives

2.2.1 La colonisation hollandaise

Après les Arabes et les Portugais, vinrent les Hollandais qui débarquèrent en 1598 avec leurs esclaves sur cette île située sur la route maritime entre l'Afrique du sud et les Indes, lieu de leurs colonies. Ils la baptisèrent « Mauritius » en l'honneur de leur Prince Mauritz Van Nassau, héros de l'indépendance des « Provinces Unies ». [11] Ils s'y installèrent dès 1638 mais la quittèrent vingt ans plus tard.

En effet, ils se contentèrent seulement de s'approvisionner avec la faune et la flore présentes sur l'île au lieu de commencer à développer une nouvelle colonie.

Les Hollandais y introduisirent tout de même la culture de la canne à sucre (qui résistait bien aux cyclones), les cerfs de Java, et développèrent le commerce d'esclaves. Ces efforts ne suffirent pas à développer une colonie durable sur cette île aux conditions climatiques difficiles.

Puis vint une nouvelle tentative de colonisation en 1664 qui ne donna pas de meilleur résultat, puisqu'après avoir subi de nombreux cyclones, la prolifération des rats détruisant leurs vivres provoqua l'extinction d'une partie de la faune (extinction du célèbre dodo) et de la flore. Ils quittèrent l'île vers 1710 et se concentrèrent sur le Cap de Bonne Esperance en Sud Afrique.

Selon certains historiens mauriciens, l'extinction du dodo à été provoquée par la destruction des arbres assurant leur habitation, probablement à la suite du développement du commerce du bois d'ébène, très en vogue à l'époque. [29]



Figure 10 : La colonisation Hollandaise (d'après une illustration du Larousse)

2.2.2 La colonisation française

Les Français se sont installés dans l'Océan Indien, au sud de Madagascar, à partir de 1643 et ont, en septembre 1715, envahit l'île Maurice pour combattre la piraterie qui sévissait dans la région et gênait le commerce vers les Indes.

Il a suffi d'un seul bateau de guerre français pour prendre possession de l'île presque inhabitée depuis le départ des hollandais. Ce fut le capitaine Guillaume Dufresne d'Arsel, stationné à la Réunion, qui envahit l'île au nom du roi de France de l'époque, Louis XIV. Il amarra dans un port au Nord-Ouest de Maurice qui est aujourd'hui la capitale Port Louis. Maurice devint une colonie française servant de base arrière stratégique, sécurisant le commerce vers les Indes. Elle fut rebaptisée « Isle de France ».

Cependant la colonisation commença 6 ans plus tard, en 1721. En effet, bien qu'appartenant à la France, l'île demeura quelques années sans la présence de colons, avant d'être cédée en 1721 à la Compagnie des Indes Orientales Françaises qui y entama la colonisation. Grâce à cette colonisation, le Français fut la première langue à arriver à l'île Maurice, puis apparut le créole suite à la cohabitation des colons et des esclaves.

La Compagnie des Indes Orientales Françaises avait pour but de procurer au Royaume Français, l'utilité du commerce en Asie et d'empêcher que les Anglais et les Hollandais n'en profitent seuls comme ils l'avaient fait jusqu'alors. Elle détient depuis sa création, le monopole du commerce avec l'Orient et a un droit de propriété des terres occupées. Son champ d'action s'étend des côtes d'Afrique au Japon, en incluant Madagascar et les Mascareignes. [34]

En novembre 1734, alors que l'île, sous le contrôle de gouverneurs français, se développait difficilement, qu'aucune culture n'avait été entreprise et que la famine commençait, le comte Bertrand-François Mahé de Labourdonnais (1699-1753), originaire de Saint-Malo, débarqua à Port-Louis sous les ordres de la Compagnie des Indes Orientales Françaises, pour y construire des forts et y installer son quartier général. Le comte de Labourdonnais arriva le 4 juin 1735 à l'île Maurice, à la paroisse Saint Louis qui n'était qu'un camp éphémère entre les marécages et la rade, et construisit en quelques années un centre de construction navale et un port orienté vers l'extérieur portant le nom du roi de l'époque : Port Louis est née et devint le siège du gouvernement des « deux îles sœurs » (Maurice et La Réunion).

La France ne possédant pas de bons ports où radouber et sécuriser ses vaisseaux, Labourdonnais voyait en l'île Maurice la possibilité de construire 2 ports, un au Nord-Ouest et un au Sud-Est, leur permettant de jouer un rôle important dans le commerce maritime des Indes. Afin de récompenser ses bons et loyaux services, le roi Louis XIV le nomma gouverneur « des Isles Bourbon et de France ». Sous le gouvernement de Labourdonnais, l'Isle de France fut orientée vers l'activité maritime dans le but de créer un « Saint-Malo des Indes », autrement dit un entrepôt en temps de paix, et une base de corsaires en temps de guerre, pour contrer plus facilement son ennemi l'Angleterre, bien implanté dans la région.

Ainsi, plus de la moitié des nouveaux habitants débarquant à l'île Maurice étaient originaires de la Bretagne et de ses environs (Lorient et Saint Malo majoritairement), région d'origine du gouverneur. Il développa la politique agricole, les activités portuaires, la traite des esclaves face à la faible main d'œuvre et s'employa à la création d'un réseau routier. A partir de ce moment, l'île auparavant sauvage devint une île rentable, autonome et prospère. Devant la réussite de Labourdonnais, les ennemis l'accusèrent de trahison auprès de la Compagnie des Indes Orientales Françaises. En 1746, Labourdonnais fut arrêté et ses successeurs plongèrent l'île en faillite jusqu'à son rachat à la Compagnie des Indes par Louis XV en 1764.

Après Mahé de Labourdonnais, Pierre Poivre (1719-1786) fut probablement la figure la plus marquante de l'Isle de France au XVIIIème siècle. En effet, Pierre Poivre, nommé intendant des Isles de France et de Bourbon rénova Port-Louis, perfectionna l'agriculture, se lança dans la culture d'épices en y implantant des muscadiers et des girofliers mettant fin à la suprématie des Hollandais dans le domaine. Il travailla pendant plus de vingt ans sur l'acclimatation des plantes à épices les plus recherchées. Il développa également le jardin de Pamplemousses initié par Labourdonnais, introduisit l'imprimerie sur l'île, participa grandement au redressement financier de la colonie et réussit une initiative lancée également par Labourdonnais : recruter des religieuses au service des établissements de santé.

Grace à ces prises de décisions, Pierre Poivre insuffla en six années un nouvel élan économique à l'Archipel des Mascareignes et l'île Maurice approchant enfin de l'idéal espéré par son fondateur. [34]

Comme il fut dit à l'époque : « *On ne peut faire ici du bien qu'en suivant les routes tracées par Mahé de Labourdonnais et Pierre Poivre* ».



Figure 11 : Le comte Bertrand-François Mahé de Labourdonnais
(D'après l'illustration d'Eugène Herpin : Mahé de Labourdonnais et la Compagnie des Indes)

2.2.3 La colonisation anglaise

Depuis le début de la guerre d'Amérique, la flotte anglaise intéressée par l'Isle de France se développa considérablement dans le but de se renforcer aux Indes et de rivaliser avec la suprématie française dans l'Océan Indien. Les Français commencèrent petit à petit par perdre des possessions comme les Mascareignes et Rodrigues, au profit des Anglais.

L'activité économique se concentra alors sur Madagascar et Maurice là où le commerce était florissant. L'Angleterre mit en place un blocus autour des îles de Mascareignes puis rassembla toutes ses forces sur l'île de Rodrigues, proche de Maurice, afin de préparer la conquête de l'île Maurice. En 1810, va se dérouler la bataille de Grand-Port au sud de l'île qui permettra à l'Isle de France de briller et d'inscrire la seule grande victoire navale de l'empire français sous Napoléon Bonaparte. [29]

Cependant, en décembre 1810, les Anglais vont revenir en force à Cap-Malheureux et en quelques jours, le gouverneur français capitula face à la puissance militaire bien plus grande des Anglais.

Les Français attendaient les Anglais à Port-Louis, là où étaient dressées leurs murailles et forteresses, mais les Anglais les ont surpris en arrivant par le Nord de l'île à Cap-Malheureux. Les habitants de l'Isle de France, majoritairement Français, furent autorisés à y rester en étant libre, l'île fut rebaptisée de son ancien nom « île Maurice » (Mauritius en anglais) et l'administration passa sous le pouvoir anglais.

Selon les termes de la capitulation, l'Angleterre s'engagea à respecter les lois, les religions, les mœurs et les traditions des habitants. Cette présence française influença tout de même le développement de l'île Maurice et les relations France-Maurice restèrent amicales et sereines, si bien qu'aujourd'hui Maurice est un partenaire important pour la France.

Par la suite, les anglais n'apportèrent que peu d'importance à l'île Maurice ce qui explique que peu d'Anglais s'y installèrent et que la langue anglaise ne soit pas utilisée couramment en dehors de l'administration. Un traité de paix de 1814 autorisa quand même la France, à garder sa souveraineté sur l'île de la Réunion, malgré son faible impact stratégique dans l'Océan Indien.

Durant la colonisation anglaise, on peut noter une reprise de l'activité agricole et en particulier, des cannes à sucre initiée par Labourdonnais. Un déclin de l'activité maritime, mais surtout l'abolition de l'esclavage en 1835, permis aux esclaves de fuir les plantations, permit l'indépendance politique en 1957, l'introduction du suffrage universel en 1958 et le droit de vote en 1959, aux habitants de plus de 21 ans sachant écrire.

Pour remplacer les esclaves partis, il fallut trouver de la main d'œuvre peu chère et les Anglais firent venir des « Coolies » Indiens pour renforcer l'économie et la démographie du pays. Cependant, les conditions de vie de ces engagés indiens ne furent guère plus brillantes que celles des esclaves.

Le système de l'engagement, contrat passé entre les travailleurs et les Anglais, fut mis au point et Maurice en était le lieu-test, avant d'être élargi aux autres colonies anglaises. Ainsi commença une forte immigration, principalement venue d'Inde et de Chine. On pouvait voir à l'île Maurice des Chinois, des Indiens, des Arabes, des Malais, vivant en bonne entente sur un terrain neutre. L'île Maurice choisit par la suite de ne pas effacer son histoire française en conservant le code napoléon et la francophonie au sein de l'île. [4]

2.3 L'Indépendance de l'île Maurice

La fin du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème} furent difficiles pour Maurice. L'île fut emprise au déclin économique, Madagascar pris la première place en matière de plaque tournante de l'océan indien.

En effet, l'économie principalement basée sur la culture de canne à sucre connut des difficultés, la pauvreté s'accrut et l'émigration vers l'Afrique du sud et Madagascar ne fut jamais aussi importante. L'immigration massive venue d'Inde pour travailler dans les plantations permit de faire pression sur les travailleurs dérangeants.

De ce fait, les inégalités entre planteurs et travailleurs augmentèrent et débouchèrent sur une série de nouvelles lois en faveur des travailleurs.

Après référendum, l'indépendance de l'île Maurice fut obtenue malgré le refus des Rodriguais, le 12 mars 1968 grâce au suffrage universel du 7 août 1967. Maurice devient donc un pays démocratique, indépendant et souverain. Le pays est dirigé par un gouverneur général représentant le souverain britannique, Sir John Shaw Rennie. L'indépendance n'a jamais fait l'objet d'une lutte, elle a été cédée par les Britanniques et n'a jamais constitué un élément mobilisateur vers une nation mauricienne. Elle a laissé en place les structures coloniales et surtout ses diversités ethniques religieuses et culturelles qu'on appelle à Maurice « le communalisme ».

Sir Seewoosagur Ramgoolam, d'origine indienne, leader du parti travailliste à l'origine de l'indépendance et largement appuyé par les travailleurs indiens, fut nommé Premier Ministre. L'île Maurice, désormais indépendante, resta membre du Commonwealth.

Le 12 mars 1992, l'île Maurice anciennement monarchie devient une République avec un système politique constitué d'un Président de la République et d'un Premier Ministre à la tête de l'Assemblée Nationale détenant le pouvoir exécutif. [29]

2.4 L'Organisation politique actuelle

Le système politique et institutionnel mauricien correspond à un régime parlementaire du système anglo-saxon. Il est basé sur un régime parlementaire démocratique avec un chef de l'Etat qui est le Président de la République et un Premier Ministre qui est le chef du gouvernement.

Le Premier Ministre, élu au suffrage universel, a le pouvoir exécutif et le Président de la République, désigné par l'Assemblée Nationale tous les 5 ans, a une fonction honorifique puisqu'il n'a aucun pouvoir décisionnel ou de vote. Il est le représentant du pays à l'étranger. [14]

Chef de l'état : Ameenah GURIB-FAKIM

Elle a été désignée par le gouvernement en Juin 2015, devenant ainsi la première femme à occuper cette fonction honorifique depuis l'indépendance de 1968. Elle succède à Kailash PURRYAG.



Figure 12 : Madame la Présidente Ameenah GURIB-FAKIM avec le Docteur Ajmal PANCHOO
(Photo personnelle)

Chef du Gouvernement : Sir Anerood JUGNAUTH

Il a été élu le 14 décembre 2014. Ancien Premier Ministre de 1982 à 1995 et de 2000 à 2003 et Ancien Président de la République de 2003 à 2012. Il succède à Navin RAMGOOLAM.

3 Mise en place de l'étude

3.1 Le choix du sujet d'étude

Cette thèse s'est construite suite à une discussion avec un chirurgien-dentiste mauricien, par l'envie de s'ouvrir au monde ainsi que par la curiosité et les interrogations au sujet des conditions d'exercice de nos confrères étrangers.

L'objectif est de comprendre, d'étudier le fonctionnement d'un système de santé étranger méconnu, afin d'en tirer les différences avec le système de santé français, fondé sur un régime de sécurité sociale et de mutuelle.

Cette thèse vient enrichir le peu d'études réalisées sur le système de santé mauricien. Il existait deux thèses d'exercice sur le système de santé mauricien ; la première dans le domaine de la médecine, la seconde en pharmacie. Il n'existait cependant pas d'étude similaire dans le domaine de la chirurgie dentaire. Cette thèse vient compléter les précédentes études du système de santé mauricien et analyse l'exercice des chirurgiens-dentistes à l'île Maurice.

3.2 L'objectif de l'étude

Ce travail a pour objectif de décrire et d'analyser les différentes composantes d'un système de santé étranger, afin d'en cerner les aspects positifs, négatifs et de comprendre les différences avec le système de santé français. La finalité étant d'apporter aux différents gouvernements du monde des perspectives, afin de réduire au maximum les problèmes de chaque système de santé.

3.3 Matériel et Méthode

Cette étude s'est déroulée sur une période allant de Décembre 2015 à Février 2016, fondée sur un questionnaire présenté en annexe du Tome 2 et réalisé en amont. Ce sondage est composé de 26 questions s'intéressant aux chirurgiens-dentistes spécialistes et non spécialistes exerçant en public et en privé.

Les principaux sujets évoquent la démographie, la nationalité, l'activité, l'âge des chirurgiens-dentistes de l'île Maurice, les pays de formation et de délivrance du diplôme de docteur en chirurgie-dentaire, ainsi que leur rapport avec les prothésistes dentaires et les fournisseurs de matériel dentaire. Des questions portent également sur le fonctionnement, l'équipement et la localisation des cabinets dentaires ou cliniques privées, ainsi que sur le nombre de salariés présents dans la structure de soin. Enfin, certaines interrogatives ont permis d'étudier la patientèle des structures mauriciennes de soins dentaires et d'analyser le ressenti des praticiens face au système de santé mauricien.

Le questionnaire a été diffusé par le biais du conseil de l'ordre afin d'obtenir un maximum de réponse. Celui-ci a également été distribué en main propre aux praticiens rencontrés lors de l'étude. Trente trois praticiens constituant la population source ont répondu au questionnaire. Il n'y a pas de critère de sélection dans cette enquête, tous les chirurgiens dentistes exerçant à l'île Maurice étaient concernés quelque soit leur nationalité, âge, formation, lieu et secteur d'exercice. Ce sondage multicentrique a été réalisé en ouvert, sans randomisation et seuls les questionnaires récupérés ont été traités en suivant le mode d'analyse par protocole.

Les parties à venir constituent les résultats de l'étude réalisée. Elles analysent tous les acteurs et les composantes du système de santé étudié : les praticiens, les institutions organisant la pratique de l'art dentaire, les ressources, les structures de soins dentaires, ainsi que les patients utilisant ce système.

4 L'état de santé de la population mauricienne

4.1 L'état de santé générale de la population

4.1.1 Généralités

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé est un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». [16], [22]

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

Les maladies non transmissibles : il s'agit de pathologies comme le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, le cancer ou encore les pathologies cardiovasculaires. [35] A l'heure actuelle, la majorité des hospitalisations sont dues aux maladies non transmissibles et principalement au diabète et à l'hypertension artérielle.

Les maladies transmissibles : elles regroupent les maladies comme le paludisme, la dengue, le chikungunya, la grippe, les maladies d'origine alimentaire et le VIH.

4.1.2 Les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (Non Communicable Diseases) sont un très gros problème de santé publique à l'île Maurice. C'est un sujet de préoccupation nationale qui inquiète le gouvernement suite aux coûts significatifs qu'ils engendrent pour l'état. Le gouvernement met donc l'accent sur la prévention pour tenter d'enrayer ce phénomène qui a accompagné la mutation sociologique. [7], [21]

4.1.2.1 Le diabète

Parmi ces maladies non transmissibles, le diabète est la pathologie qui touche le plus de mauriciens. En effet, selon l'OMS, la prévalence du diabète à l'île Maurice atteint 23,6 % de la population âgée entre 25 et 74 ans et plus d'une personne sur deux présentes des signes de pré-diabète dans la même tranche d'âge.

Cette prévalence a augmenté de près de 60% chez les adultes depuis les années 80. La période de forte augmentation s'étend de 1987 à 2009, époque à laquelle le développement des fast-foods accompagnant l'industrialisation de l'île est le plus fort. En 1987, 14,3 % de la population mauricienne était diabétique. En 2014, on avoisinait les 24%, soit près d'un mauricien sur 4. [30] Cependant, depuis 2009, la prévalence est plutôt constante du fait des efforts considérables du gouvernement dans les campagnes de prévention et de dépistage.

L'île Maurice a longtemps été considérée comme un des pays où le pourcentage de diabétiques dans sa population était un des plus élevés au monde. Le gouvernement reconnaît que ce bilan est alarmant et que la réalité sur l'incidence du diabète présente un problème important de santé publique alors que plus d'un jeune sur cinq est touché et que le nombre de décès liés à cette maladie et ses complications ne cessent d'augmenter.

Depuis 2013, le pays ne figure plus dans le top 10 des pays à fort taux de diabétiques mais reste un des pays où le diabète a une forte incidence. [31]

Aujourd'hui, l'incidence du diabète à l'île Maurice est inférieure à celle des pays du pacifique et du Moyen Orient. A titre de comparaison, ce sont les îles Kiribati dans l'océan pacifique qui détiennent le record mondial avec un pourcentage avoisinant les 27%.

Le diabète est l'une des principales pathologies de Maurice. C'est un facteur de risque majeur des maladies cardio-vasculaires, responsables de près de 34 % des décès sur l'île. [30]

Cela est dû à plusieurs facteurs de risques que l'on a pu constater lors de l'enquête réalisée sur place :

- Les mauriciens ont une mauvaise hygiène alimentaire, riche en graisses et en sucres rapides ainsi qu'une consommation importante d'alcool, surtout chez les jeunes.

- Ils ont une mauvaise hygiène de vie avec relativement peu d'activités sportives régulières. Cela ne fait qu'accentuer l'excès de poids au sein de la population mauricienne.
- On peut évoquer la négligence vis à vis des traitements et le manque de prise de conscience de la gravité du diabète et de son impact sur la santé globale.

Pour empêcher cela, le gouvernement tient à renforcer ses campagnes de prévention à la radio, à la TV et dans les salles d'attente des structures hospitalières. L'objectif de ces campagnes est tout d'abord de faire passer un message de prévention primaire pour tenter de lutter contre son apparition, en alertant sur les consommations excessives d'aliments et de boissons sucrées, en prescrivant le tabac et en rappelant la nécessité de l'activité physique. [21] Pour ce qui est des diabétiques déjà dépistés, il faut leur rappeler l'importance du suivi médical et des examens complémentaires pour éviter toutes complications souvent méconnues par la population, pouvant aller jusqu'à la cécité, l'amputation et les problèmes cardiaques.

En ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire, l'ensemble de la profession soutient qu'une bonne santé bucco-dentaire est essentielle pour la santé générale. Cette notion est renforcée par les études démontrant le lien entre la santé bucco-dentaire à la santé générale.

L'objectif pour les services dentaires des hôpitaux est d'intégrer les soins de la cavité buccale dans la gestion du diabète et de s'assurer que les diabétiques reçoivent des traitements adaptés. Une bonne santé bucco-dentaire aura une incidence positive sur la gestion du diabète. Rappelons qu'il existe des rapports étroits entre le diabète et les parodontopathies, le risque carieux, la sécheresse buccale et la cicatrisation. [8]

Pour éviter toutes complications, les recommandations facilement applicables dans les hôpitaux sont d'adopter une bonne hygiène bucco-dentaire quotidienne et d'avoir un suivi régulier par un chirurgien-dentiste. La prévention des affections dentaires peut avoir un effet bénéfique sur l'équilibre du diabète et la qualité de vie des personnes atteintes.

Ces messages sont relativement faciles à mettre en place mais la difficulté résidera dans le fait de veiller à leurs bonnes applications !

4.1.2.2 L'obésité

Un autre problème de santé publique important et touchant de plus en plus la population mauricienne peut être constaté en plus du diabète. C'est celui de l'obésité. C'est un phénomène bien visible dans les rues ou sur les plages et qui est principalement dû à la multiplication rapide des fast-foods et à l'évolution du mode d'hygiène alimentaire, corrélé au manque d'activité physique quotidienne.

Les risques associés sont nombreux et non négligeables. [38] L'obésité peut être responsable de l'hypertension artérielle, du diabète, du cholestérol ainsi que de multiples problèmes respiratoires et cardiaques.

La prévention doit être faite dans les établissements de santé et renforcée auprès des populations à risque. Elle consiste à manger moins de graisses, moins de sel et de sucres lents et encourager la pratique d'une activité physique régulière.

4.1.2.3 L'hypertension artérielle

Selon une enquête datant de 2015 sur les maladies non transmissibles, 29,7% des personnes de plus de 30 ans souffrent d'hypertension artérielle et 53% des hommes et 42% des femmes atteints d'hypertension artérielle à l'île Maurice, ne suivent aucun traitement contre cette pathologie.

En parallèle, 50 à 60% des patients diabétiques souffrent en même temps d'hypertension. Il n'est pas inutile de rappeler que la coexistence du diabète et de l'hypertension, augmente la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires.

Les facteurs de risques sont l'excès de poids, le diabète, le stress et la sédentarité. Les complications portent atteintes au cœur, au cerveau, au rein et aux yeux. [35]

La gestion du diabète et de l'hypertension, consiste à modifier son mode de vie, à contrôler son poids et son alimentation, à avoir une consommation d'alcool très modérée et pratiquer une activité physique régulière.

4.1.2.4 Les cancers

Les cancers de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures constituent une part importante du nombre de cancers recensés à l'île Maurice. Ils sont le plus souvent dus à une irritation des muqueuses de la cavité buccale, suite à une consommation excessive d'alcool et de tabac.

Grâce à des mesures de prévention mises en place, la consommation annuelle d'alcool par personne et l'importation de cigarettes ont faibli. De 2011 à 2014 la consommation annuelle d'alcool est passée de 44,7L/an à 40,5L/an. De même, le nombre de cigarettes importées est passé de 1,3 milliards en 2009 à 986 millions en 2015, signe du développement des plans de prévention de la santé. [35]

4.1.3 Les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles constituent une part moins importante dans les admissions à l'hôpital que les maladies non transmissibles, mais ne sont pas pour autant négligeables.

Les principales maladies transmissibles sont celles liées au chikungunya, à la dengue et à la malaria. L'île Maurice est souvent confrontée à ce genre de problèmes, car elle est vulnérable de part sa situation géographique et climatique. Elle est située dans une partie du globe où les épisodes épidémiques à grande échelle, suite à des virus transmissibles, sont fréquents, avec des liaisons aériennes quotidiennes entre des pays où le chikungunya et la dengue sont endémiques.

Les patients viennent en consultation avec un tableau clinique typique : une fièvre très élevée, des douleurs articulaires, des maux de tête, des éruptions cutanées et dans certains cas, des troubles digestifs et une fatigue importante.

Il n'existe malheureusement pas de traitement spécifique, ni aucun vaccin pour lutter contre ce type de maladie transmissible.

Ainsi, la prévention et le contrôle de la prolifération de ces moustiques véhiculant les arbovirus restent le seul moyen de protéger la population. Gérer le problème de contamination par des virus souvent présents dans cette zone géographique ne date pas d'aujourd'hui. Rodrigues a pendant longtemps été considérée comme une zone de quarantaine où l'on regroupait les malades, afin d'éviter les contaminations sur l'île principale.

Le gouvernement fait état de 32 cas de malaria, 2 cas de chikungunya et 91 cas de dengue pour l'année 2015. [23]

Aujourd'hui, le virus Zika dont les symptômes sont proches de ceux du chikungunya et de la dengue, mais caractérisés par des complications neurologiques graves, est en passe d'alerter l'île Maurice. Le gouvernement a réagi à cette menace en mettant en place un protocole pour lutter contre la propagation de ce virus qui se transmet par une simple piqûre de moustique infecté. Ce protocole de protection de la population s'applique aussi bien à la population locale qu'aux nombreux touristes venants ou ayants transité dans des pays d'Amérique du sud. Ce protocole qui met en place des contrôles sanitaires permettant de détecter toute infection au virus Zika, a pour objectif d'éviter la reproduction des moustiques et ainsi d'éliminer le principal moyen de transport de ce virus.

Autre phénomène inquiétant : l'augmentation très élevée du nombre de cas de VIH. Les nouveaux cas détectés ont doublé chaque année de 2001 à 2005, passant de 55 en 2001 à 921 en 2005. On constate désormais une baisse puisqu'en 2015, on dénombre 262 nouveaux cas d'infection au VIH comparé aux 322 cas en 2014 et 568 en 2010, ce qui porte le nombre de patients contaminés à 6.324. Le facteur de transmission principal du VIH à l'île Maurice est la contamination par les seringues chez les consommateurs de drogues, qui sont de plus en plus nombreux sur le territoire. [23] Cependant, la multiplication du nombre de rapports sexuels non protégés est un des autres facteurs important de transmission de ce virus.

4.1.4 Le taux de mortalité

En 2015, 9.496 décès ont été enregistrés ce qui représente un taux de mortalité brut de 7,8 pour 1.000. Ce taux a augmenté de 0,7 pour 1.000 par rapport à 2005.

La mortalité infantile à l'île Maurice est passée de 13,2 pour 1.000 sur l'année 2005 à 13,7 pour 1.000 pour l'année 2015. [23]

A Rodrigues, on comptait 251 décès sur une population de 42.000 habitants en 2015, soit un taux de mortalité brut de 6,0 pour 1.000. Cependant, la mortalité infantile qui était de 8,5 pour 1 000 en 2013 avait presque triplé pour passer à 21,8 pour 1.000 en 2014. Elle est aujourd'hui de 11,7 pour 1.000. [23]

4.1.5 Le taux de natalité

Sur l'année 2015, 12.057 naissances vivantes ont été recensées, ce qui représente un taux brut de natalité égal à 9,9 pour 1.000. Ce taux décroît depuis plusieurs années. Pour exemple, le taux brut de natalité était de 16,9 pour 1.000 en 2000 et de 10,4 pour 1.000 en 2014. [23]

A Rodrigues, le taux brut de natalité est plus important et est de 16,2 pour 1.000 en 2015. On a recensé 681 naissances vivantes. C'est 0,3 pour 1.000 de moins qu'en 2014. [23]

En comparant les indices de mortalité et de natalité actuels, on peut se rendre compte que le taux d'accroissement annuel de la population à Maurice est d'un peu plus de 0,4% ce qui permet d'assurer un renouvellement de la population sans forcément aboutir à une surpopulation. Cela est lié en partie aux changements de mentalité des habitants mauriciens ainsi qu'aux changements d'idées politiques à propos du planning familial.

Ainsi, il y a une dizaine d'années à Maurice, on voyait facilement des familles avec seize enfants, chose beaucoup plus rare de nos jours. Maurice rejoint petit à petit les grands pays occidentalisés en terme de nombre moyen d'enfants par famille.

4.1.6 L'espérance de vie

L'espérance de vie de la population mauricienne a globalement augmenté depuis 14 années, pour devenir la plus élevée d'Afrique. Entre 2000 et 2015, les hommes ont gagné 2,9 années de vie et les femmes ont quant à elles gagné 2,5 années.

Ainsi en 2015, l'espérance de vie est de 71 ans pour les hommes et 77,8 ans pour les femmes. [23]

4.1.7 Les principales causes de décès

Les principales causes de décès de la population mauricienne sont essentiellement des maladies non transmissibles dépendantes de la qualité de vie des habitants.

Les maladies de l'appareil circulatoire (hypertension artérielle, cholestérol, maladie cardiaque) représentent 33,5% des décès à Maurice et 35,5% des décès sur l'île Rodrigues. Dans les deux cas, 60% de ces décès avait comme origine une pathologie cardiaque.

Les maladies endocriniennes et nutritionnelles comme le diabète (Type I et II) représentent 24,7% des décès sur l'île principale du territoire mauricien et 20,7% sur l'île Rodrigues.

Les cancers représentent 13,3% des décès à Maurice et 14,3% des décès des habitants de Rodrigues.

Les pathologies de l'appareil respiratoire représentent quant à elles 9,2% des décès des habitants de l'île Maurice et 6,4% des décès à Rodrigues.

Enfin les blessures et les empoisonnements représentent 5,3% des décès à Maurice et 4,0% des décès à Rodrigues. [23]

Le reste des cas de décès recensés est dû aux pathologies transmissibles, à la violence et aux accidents de la route par exemple.

4.2 L'état de santé bucco-dentaire de la population

4.2.1 Généralités

La santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines mais elle fait partie intégrante de l'état de santé générale. Etre en bonne santé bucco-dentaire signifie ne pas souffrir de pathologies telles des cancers de la cavité buccale, des lésions des tissus durs et mous de la sphère orale et d'autres maladies ou troubles affectant les tissus buccaux, dentaires et maxillo-faciaux. [41]

La forte corrélation entre plusieurs maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles chroniques est principalement due à des facteurs de risques communs.

De nombreuses affections générales peuvent avoir des manifestations bucco-dentaires qui accroissent le risque de maladies bucco-dentaires, lesquelles à leur tour, représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections générales.

Cette conception élargie de la santé bucco-dentaire ne diminue en rien l'importance des deux principales pathologies bucco-dentaires au plan mondial – la carie dentaire et les maladies parodontales. Il est possible de les prévenir et de les traiter grâce à un ensemble de mesures individuelles, communautaires et professionnelles. [39]

Le dépistage précoce de la maladie est, dans la plupart des cas, essentiel pour sauver des vies. Un examen bucco-dentaire approfondi peut permettre de déceler des signes de carence nutritionnelle, ainsi qu'un certain nombre de maladies générales telles que les infections microbiennes, les troubles immunitaires, les traumatismes et le cancer de la cavité buccale. Les tissus maxillo-faciaux permettent également de mieux connaître quelques organes du corps humain moins accessibles. Par exemple, les glandes salivaires sont un modèle de glandes exocrines, et une analyse de la salive peut apporter des indices importants sur l'état de santé générale

Malgré les progrès considérables dans le domaine de la santé bucco-dentaire, des problèmes subsistent dans de nombreuses communautés – en particulier parmi les groupes défavorisés des pays développés comme des pays en développement. La carie dentaire et les maladies parodontales ont toujours été considérées comme les deux principales affections dans ce domaine.

Avec l'évolution des conditions de vie, on s'attend à ce que l'incidence de la carie dentaire augmente dans de nombreux pays en développement en Afrique, en particulier en raison de la consommation croissante de sucres et d'une exposition insuffisante aux fluorures. [17]

Dans de nombreux pays en développement, l'accès aux services de santé bucco-dentaire est limité. Les dents sont souvent laissées sans traitement ou extraites en raison de la douleur ou de la gêne provoquée.

Partout dans le monde, le fait de perdre ses dents est encore considéré par beaucoup de personnes comme une conséquence naturelle du vieillissement.

Dans certains pays industrialisés, on observe une tendance à la diminution des édentements chez l'adulte depuis quelques années, alors que la proportion d'adultes édentés âgés de 65 ans et plus, est encore élevée dans d'autres pays.

A l'heure actuelle, la répartition et la gravité des maladies bucco-dentaires varient selon les continents ainsi qu'au sein d'un même pays ou d'une même région. Un grand nombre d'enquêtes épidémiologiques ont montré le rôle non négligeable des facteurs sociologiques, ainsi que de ceux liés au comportement et à l'environnement, dans les pathologies et la santé bucco-dentaire. [16]

4.2.2 L'indice CAOD/DMFT

L'Organisation Mondiale de la Santé désigne l'indice CAOD comme étant l'indice de Dents Cariées, Absentes et Obturées en français ou l'indice DMFT comme l'indice Decayed, Missing, Filled Teeth en anglais.

L'indice CAOD a été décrit pour évaluer l'état de santé bucco-dentaire d'un individu ou d'une population, à un instant donné. Il permet de réaliser des comparaisons dans le temps et dans l'espace, ainsi que de mettre en évidence le niveau d'efficacité des mesures de prévention et des thérapeutiques.

Il est donc considéré comme un indice de sévérité de l'atteinte carieuse, il comptabilise le nombre de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées chez un individu. Il ne prend cependant en compte que les lésions cavitaires avec atteinte de la dentine.

Selon l'OMS, la carie est un processus pathologique localisé, d'origine externe, apparaissant après l'éruption, s'accompagnant d'un ramollissement des tissus durs et évoluant vers la formation de cavité. Cet indice permet donc d'établir un score chez un individu ou au sein d'une population. Le score maximum de l'adulte est de 28, sans prendre en compte les 3èmes molaires et le score chez l'enfant ne prend en compte que les 1ères molaires permanentes. [18]

4.2.3 Les chiffres de la santé bucco-dentaire

Une étude réalisée à l'île Maurice et datant de 2009, a révélé que plus de 80% des enfants âgés de moins de 11 ans ont obtenu des scores supérieurs à ceux acceptables par l'OMS (=3). [32]

Concernant les consultations, moins de 3% des visites dans les hôpitaux dentaires publiques concernaient les bébés, 20% les écoliers et 3,3% les femmes enceintes et mères allaitantes.

Il a donc fallu mettre en place des programmes de prévention visant à augmenter la sensibilisation aux bonnes pratiques de santé bucco-dentaire au sein de la population mauricienne et ainsi permettre de s'assurer d'une prise de conscience de l'importance de la santé bucco-dentaire.

En 2015, 312.612 personnes ont consulté un chirurgien dentiste (spécialiste et non spécialiste) dans un service dentaire, ce qui représente 25,5% de la population ; chiffre en baisse de 9,0% par rapport à l'année 2011, quelque soit la catégorie, enfant de moins 5 ans, 5-11 ans, personnes âgées de plus de 12 ans. Le nombre de patients ayant consulté un chirurgien dentiste non spécialiste est en diminution puisque le nombre total de cas est passé de 318.859 en 2011 à 288.231 en 2015, soit une diminution de 9,88%. En revanche, le nombre de consultations chez un spécialiste a augmenté de 10%.

Tableau 1 : Recensement des prises en charges sur la période 2011-2015
(d'après le [Health Statistics Report 2015])

TABLE A: ATTENDANCES AT DENTAL CLINICS 2011-2015

ATTENDANCES	Number				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cases seen by dentists:					
Children < 5 years	7,775	6,928	6,408	5,629	5,241
Children aged 5-11 years	65,715	65,091	62,133	54,522	52,383
Persons aged 12 years & above	245,369	238,302	242,615	234,680	230,607
SUBTOTAL	318,859	310,321	311,156	294,831	288,231
Cases seen by specialist:					
oral surgeons	10,452	11,230	11,022	11,774	12,387
orthodontists	7,215	7,339	7,831	7,915	7,867
endodontists	4,227	4,053	4,316	4,317	4,127
TOTAL ATTENDANCES	340,753	332,943	334,325	318,837	312,612[#]

Le nombre de dents extraites est en nette diminution depuis quelques années. En 2011, on comptait chez les enfants, 29.195 extractions de dents déciduales et 1.490 extractions de dents permanentes, alors qu'en 2015, ce nombre est passé à 25.514 dents déciduales et 901 dents permanentes, soit une diminution respective de 14,4% et 62%. Chez les adultes, 57.602 dents permanentes ont été extraites en 2015 alors ce chiffre était de 64.473 en 2011, soit une baisse de 11,9%.

Parallèlement, le nombre de restaurations coronaires chez l'adulte a fortement augmenté pour les restaurations composites, passant de 12.007 en 2011 à 20.557 en 2015, soit une augmentation de 41,6%. En revanche, les restaurations par amalgame ont quant à elles diminuées, passant de 36.069 en 2011 à 30.272 en 2015, soit une diminution de 19,15%. [23]

A noter que le nombre de traitements endodontiques et de traitements parodontaux restes relativement stables depuis 2011.

Tableau 2 : Recensement des actes dentaires effectués sur la période 2011-2015
(d'après le [Health Statistics Report 2015])

TABLE B: DISTRIBUTION OF CASES SEEN BY TYPE OF DENTAL CARE

Dental care	Number				
	2011	2012	2013	2014	2015
EXTRACTION AND TOOTH RESTORATION					
Deciduous teeth extracted	29,195	28,486	29,434	25,114	24,514
School children					
Temporary fillings inserted in :					
deciduous teeth	8,769	8,760	8,009	6,791	6,361
permanent teeth	4,324	4,082	3,273	3,067	3,122
Permanent fillings inserted :					
amalgam	7,455	7,872	7,043	4,642	4,443
composite	1,009	805	911	1,216	1,090
Permanent teeth extracted	1,460	1,248	1,013	891	901
Adults					
Temporary fillings inserted	59,966	62,764	61,245	58,447	59,739
Permanent fillings inserted :					
amalgam	36,069	36,856	38,490	32,000	30,272
composite	12,007	13,225	16,505	18,975	20,557
Teeth extracted	64,473	61,154	58,881	58,376	57,602
OTHER DENTAL CARE					
Treatment of paradontal disease	37,030	34,573	36,297	32,617	31,815
Surgical operations on jaws, etc.	7,560	7,817	8,588	6,957	4,143
Treatment of fracture of jaws	376	279	295	307	310
Endodontic treatment	4,061	4,134	4,602	4,461	4,059
Treatment of dental cysts	377	323	319	182	213
Treatment of temporo-mandibular joint	557	610	563	662	714
Application of pit and fissure sealants	8,900	9,939	6,941	8,656	5,163
Cases treated under general anaesthesia	125	172	548	1,124	1,074

Depuis 2009, l'orthodontie s'est développée. Le nombre d'appareils amovibles orthodontiques est passé de 719 en 2011 à 1.027 en 2015, soit une augmentation de 30%. De plus, le nombre d'appareils réparés a considérablement diminué, traduisant une meilleure qualité de fabrication, conséquence de l'amélioration de la formation professionnelle. En effet, ces appareils sont fabriqués directement par les orthodontistes. [23]

Tableau 3 : Recensement des cas d'orthodontie sur la période 2011-2015
(d'après le [Health Statistics Report 2015])

TABLE C: ORTHODONTIC ACTIVITY

Activity	Number				
	2011	2012	2013	2014	2015
No. of appliances delivered	719	940	962	1,101	1,027
No. of patients with cleft palate	35	34	42	33	56
No. of appliances activated	3,857	3,785	3,933	4,503	4,899
No. of appliances repaired	56	85	17	16	3

Concernant la prévention dentaire, elle est effectuée chez les enfants scolarisés en classe de pré-primaire, primaire et en classe secondaire, ainsi que chez les mères venant d'accoucher. Il n'existe pas en 2015, de distribution de fluor pour les enfants de moins de 6 ans.

Malgré l'engagement du gouvernement pour la promotion de santé, le nombre d'actes de dépistage, de prévention, d'éducation et de motivation à l'hygiène bucco-dentaire a fortement diminué depuis 2013. Ainsi en 2015, 32.362 actes ont été recensés dans les établissements publics de santé soit 15.553 de moins qu'en 2013.

A ce nombre, il faut rajouter les enfants ayant été examinés grâce à l'unité dentaire mobile. On peut supposer pour 2015, une prévention légèrement moins efficace que 2013. [23]

Tableau 4 : Activité totale dans le service de santé dentaire : Service de Prévention
(d'après le [Health Statistics Report 2015])

**ACTIVITIES OF THE DENTAL HEALTH SERVICE 2012-2015
PREVENTIVE SERVICE***

ACTIVITY	PLACE	POPULATION COVERED	2012	2013	2014	2015
FLUORIDE DISTRIBUTION TO CHILDREN	Well Baby Clinics in Area & Community Health	No. of children 6-9 months	-	-	-	-
		No. of children 10-23 months	-	-	-	-
		No. of children 24-35 months	-	-	-	-
	Pre-Primary schools	No. of schools visited	-	-	-	-
		No. of pupils (3-5 years)	-	-	-	-
	TOTAL			- @	- @	- @
ORAL HEALTH PROMOTION	Pre-Primary, Primary, & Secondary Schools	No. of pre-primary schools visited	73	90	74	81
		No. of pre-primary school children reached	2,570	3,020	2,355	2,380
		No. of primary schools visited	111	129	106	112
		No. of primary school children reached	34,827	39,224	36,616	29,860
	Other places (community)	No. of secondary schools visited	5	-	1	2
		No. of secondary school children reached	218	-	326	122
	Other places (community)	No. of nursing mothers reached in well-baby clinics	-	-	-	-
		No. of persons reached in SWC/COM/other centres	470	1,966	899	-
		No. of persons screened in mobile dental clinics	3,610	3,705	-	-
	TOTAL			41,695	47,915	40,196

Source: Dental Health Services

* drastic changes due to administrative reasons

@ no fluoride distribution to children

4.2.4 La prévention bucco-dentaire

4.2.4.1 Le budget dédié à la prévention

D'un point de vue confidentiel, nous n'avons pas pu avoir accès aux chiffres exacts concernant le budget de la prévention bucco-dentaire, mais nous pouvons quand même avancer que la part du budget de la santé dédiée à la prévention est chaque année en hausse. En effet, la politique de santé menée actuellement par le Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie va dans le sens d'une médecine de plus en plus préventive, afin de créer une jeune génération prévento-consciente et d'éduquer une génération plus âgée.

L'objectif à plus long terme est de diminuer constamment la prévalence des pathologies les plus fréquentes à Maurice et ainsi faire chuter la part du budget dédié aux soins dans le service public.

4.2.4.2 Les campagnes de prévention

L'objectif des campagnes de prévention mises en place à l'île Maurice, comme partout ailleurs, a généralement 2 buts : transmettre un message de prévention de santé bucco-dentaire auprès de la population ciblée et favoriser la consultation chez les acteurs de santé. [41]

- Transmettre un message

Les intervenants doivent faire prendre conscience de l'intérêt de la santé bucco-dentaire en transmettant un message que la population ciblée doit retenir. Il leur faut enseigner les pratiques d'hygiène bucco-dentaire ; les techniques de brossage, faire adopter une alimentation non cariogène en limitant l'apport de sucre au quotidien et parler de l'apport de fluor et son rôle dans la prévention de la carie dentaire. Mais également parler de la nécessité des contrôles réguliers chez un chirurgien-dentiste, en ville ou à l'hôpital. [22] Le but est de donner à cette population la capacité de comprendre le message et les transformer en de véritables acteurs de leur santé.

- Favoriser la consultation

La peur de la consultation et l'absence de conscience ne favorisent pas la démarche de consultation chez le dentiste. Il faut faciliter la visite au cabinet en essayant de dédramatiser le rendez-vous, en montrant qu'il est plus facile de consulter régulièrement chez un praticien pour un dépistage que pour une éventuelle urgence compliquant la prise en charge. Ceci permettra à la population de prendre l'habitude de consulter régulièrement un chirurgien dentiste pour faciliter la prise en charge globale et intercepter toute pathologie dentaire.

4.2.4.3 Les méthodes de communication

Il faut promouvoir l'éducation dentaire des patients dès le plus jeune âge. Le message de prévention passe par les chirurgiens-dentistes, les enseignants et les parents, mais encore faut-il que ces derniers soient correctement informés.

Les messages de prévention passent également au travers des médias. La télévision, la radio, internet et les réseaux sociaux sont un véritable enjeu en matière de diffusion des messages d'éducation à la santé dentaire. Les panneaux publicitaires réalisés par le gouvernement, ainsi que les affiches exposées dans les établissements de santé, jouent aussi un rôle préventif très important.

4.2.5 La renonciation aux soins dentaires

Avec un système de santé gratuite, il n'existe pas, dans le système de santé public, de problème de renoncements aux soins dentaires d'ordre financier comme il existe dans le secteur privé. Cependant, en dépit du manque d'informations et d'importance à la santé bucco-dentaire, la renonciation aux soins dentaires s'exprime par l'absence de considération des mauriciens pour leur dentition. De plus, la peur de la consultation chez le praticien est toujours présente pour une majeure partie de la population, que ce soit à Maurice ou ailleurs. Les praticiens doivent donner des informations adéquates pour vaincre la peur qui entoure la consultation chez le chirurgien-dentiste.

La gratuité améliore considérablement l'accès aux soins, mais elle aura un impact sur la qualité des soins réalisés en n'oubliant jamais la balance coût-efficacité. L'hôpital fait le mieux possible avec le budget qu'il a à sa disposition mais le gouvernement ne peut pas se permettre de payer les coûts de la prothèse si elle venait à être mise en place dans les hôpitaux et les dispensaires. Ainsi, les patients dont les dents ont été extraites n'auront pas la possibilité de combler l'édentement en se faisant soigner dans le public. Faute de moyens, peu de patients iront en cabinet dentaire de ville pour mettre une prothèse amovible, où les tarifs, pas toujours excessifs, restent souvent difficilement accessibles. Les patients resteront pour la plupart, édentés.

4.2.6 L'accès aux soins dentaires

4.2.6.1 Les soins dentaires dans les dispensaires

Grâce à ce système de soins gratuits dans le secteur public, toutes les personnes se présentant dans le service de chirurgie-dentaire se verront proposer des soins dentaires et des prescriptions médicamenteuses gratuites. Cependant, les consultations étant généralement tardives, les soins dentaires sont dans la majorité des soins d'urgence avec des douleurs très intenses. Les salles d'attente sont pleines dès l'ouverture, les patients continuent d'affluer toute la journée pour se faire soigner. Comme dans tout service d'urgence, les patients sont soignés par ordre d'arrivée. Le chirurgien-dentiste voit environ une soixantaine de patients par jour, le temps moyen par consultation est donc très faible. Le praticien effectue dans un premier temps des pré-consultations où il note sur le carnet de santé du jour, le nom et l'acte à effectuer, puis réalise si nécessaire une anesthésie et renvoie le patient en salle d'attente. Un service de radiologie est situé à côté du service dentaire et le chirurgien-dentiste peut demander qu'on lui fasse une radio s'il juge cela nécessaire. Il n'y a pas de tube radio permettant au praticien d'avoir des radiographies rétro-alvéolaires, il a à sa disposition une téléradiographie de profil ou une radiographie panoramique. Ce patient reviendra quelques minutes après, une fois que l'anesthésie aura fait son effet. Pendant ce temps, le chirurgien-dentiste reçoit un nouveau patient et procède au même schéma de soins. Il n'y a donc pas de temps mort et les patients défilent très rapidement dans le cabinet. Les patients anesthésiés reviennent sur le fauteuil une fois que le praticien a effectué un premier tour de ces pré-consultations.

Dans les cas où l'exérèse du parenchyme pulpaire n'est pas nécessaire, le chirurgien-dentiste réalise le curetage carieux puis utilisera selon la situation, les amalgames, les ciments verres ionomères ou plus rarement les composites dont il a à sa disposition, pour reconstituer la dent cariée. Cependant, si un traitement endodontique doit être réalisé, la situation se complique. En effet, dans les dispensaires, les chirurgiens-dentistes n'effectuent pas d'actes d'endodontie faute de matériel. Il convient donc d'expliquer au patient qu'il faut dévitaliser la dent douloureuse après avoir réalisé l'ouverture de chambre dans un premier temps, en urgence, puis réaliser l'obturation radicale qui ne s'effectue que dans 2 hôpitaux.

Le temps d'attente y est très long, les délais sont d'environ 4 mois. Le patient a le choix d'avoir un pansement et être gêné par la douleur encore quelques temps, aller en privé et payer une somme assez élevée ou se faire retirer la dent, solution radicale pour ne plus être embêté.

Dans de trop nombreux cas, le patient ne réfléchit pas longtemps et le dentiste procède à l'extraction d'une dent qui serait conservable si le plateau technique était plus développé. Dans les cas de lésions péri-apicales, le chirurgien-dentiste fait une prescription d'antibiotiques et d'antalgiques pour calmer la douleur : le patient ne reviendra que si un nouvel épisode douloureux se fait sentir, et sera pris en charge pour réaliser l'extraction ou ressortir avec une prescription.

Lorsque pour des raisons inflammatoires, le silence opératoire n'est pas obtenu, le patient prendra les antibiotiques prescrits et pourra revenir la semaine suivante dans le dispensaire pour réaliser le soin dans de meilleures conditions. Si un détartrage est nécessaire, l'assistante donne un rendez-vous un après-midi, selon les disponibilités. La prise en charge dentaire dans les dispensaires, se limite à la réalisation d'extractions, de restaurations par amalgames ou verres ionomères, de prescriptions et de détartrage sur rendez-vous. Le temps de consultation moyen dépasse rarement les 5 minutes. La prothèse n'est pas du tout réalisée dans les dispensaires qui ne prennent en charge que des urgences.

4.2.6.2 Les soins dentaires dans les hôpitaux

En plus du service d'urgence, le service dentaire des hôpitaux propose, pour certains d'entre eux, un service d'orthodontie et d'endodontie. L'orthodontiste et l'endodontiste reçoivent des patients adressés par les dispensaires ou le service de l'hôpital. Le déroulement de la journée est planifié sur l'agenda et ressemble beaucoup plus à celui d'un cabinet privé car les rendez-vous sont moins nombreux et plus long. L'hôpital peut proposer des services plus variés que dans les dispensaires mais les soins de prothèses ne sont pas réalisés dans les hôpitaux, pour des raisons économiques évidentes.

4.2.6.2.1 Le service d'orthopédie dento-faciale du SSRN Hospital

Les patients des dispensaires qui ont besoin d'une consultation avec un orthodontiste, sont envoyés dans le service de l'hôpital du Nord (le SSRN Hospital) ou de l'hôpital Victoria. L'orthodontie pratiquée repose exclusivement sur des appareils amovibles. Les patients se rendant dans les établissements publics bénéficient de l'orthodontie interceptive et préventive.

Le service d'ODF peut donc prendre en charge des traitements interceptifs et corriger des occlusions inversées ou aider à la rééducation fonctionnelle (malpositions linguales, respiration buccale), des malpositions légères ou réaliser des contentions pour stabiliser les résultats obtenus avec l'appareillage fixe. Le service public offre donc de l'orthodontie dans 2 de ces hôpitaux, mais celle-ci est limitée, et ne peut pas prendre en charge toutes les anomalies nécessitant un appareillage orthodontique. Dans certains cas, le patient n'a pas d'autre choix que de consulter en privé s'il veut être pris en charge.

4.2.6.2.2 Le service d'endodontie du SSRN Hospital

Le spécialiste en endodontie reçoit des patients adressés par ses confrères des dispensaires ou des hôpitaux ne proposant pas de soins endodontiques. Grâce à un plateau technique disposant d'un matériel uniquement dédié à l'endodontie, le praticien peut procéder à l'exérèse du contenu canalaire des dents préalablement prises en charge en urgence. Le chirurgien-dentiste voit une quinzaine de patients par jour qui ont pris rendez-vous au préalable avec le secrétariat de l'hôpital. Disposant d'un tube radiologique, d'une assistante et du matériel d'endodontie, le praticien peut réaliser des traitements endodontiques de qualité et renvoyer le patient dans le service qui l'a adressé pour réaliser la reconstitution coronaire définitive.

Rappelons qu'aucun soin de prothèses n'est effectué dans le service hospitalier public et que la reconstitution coronaire définitive sera un amalgame, un verre ionomère ou un composite.

4.2.6.2.3 Le service de stomatologie du SSRN Hospital

Plus de 11.700 personnes ont consulté un stomatologue dans des établissements publics de santé. Ces patients étaient principalement adressés pour des extractions complexes et des dépistages de tumeurs malignes et bénignes. Les praticiens sont également des salariés du ministère de la santé et voient facilement une cinquantaine de patients par jour.

5 Le système de santé public

5.1 L'accès aux soins médicaux

5.1.1 Historique

Le système de santé Mauricien a été instauré sous la colonisation anglaise au XIX^{ème} siècle afin d'assurer une protection sociale aux immigrés venus travailler. C'est le « Poor Law Medical Service » qui a permis la création d'hôpitaux et de dispensaires. Les hôpitaux furent les premières structures créées pour soigner la population et centraliser les soins. [28]

Les soins réalisés étaient gratuits pour tous les mauriciens, ce qui a vite généré un manque de places disponibles, de personnels de santé et un manque d'hygiène et d'asepsie malgré un personnel expérimenté.

En effet, la capacité d'accueil se montra vite très insuffisante devant la forte demande de soins.

En 1909, l'hôpital Civil de Port-Louis accueille en moyenne 250 malades pour 220 lits et l'hôpital de Pamplemousses 35 à 40 malades pour une structure de 30 lits. [15]

De plus, le recrutement des infirmières fut difficile malgré les efforts du gouvernement qui a créé en 1956, la première école d'infirmière afin d'augmenter le nombre d'infirmières qualifiées. On comptait 50 infirmières pour une population de 376.500 en 1931.

Enfin, les hôpitaux étaient dans un mauvais état et ne disposaient pas de service d'ambulances, de blanchisseries, de stérilisateurs, d'incinérateurs et de salles d'eau. Par la suite, pour combler les manques flagrants des hôpitaux, des dispensaires furent créés dans plusieurs régions de l'île, le but étant de créer un premier niveau de contact et de filtrer les malades, afin de désengorger les hôpitaux publics mais aussi de créer des centres médicaux un peu partout sur l'île, pour que tous les mauriciens puissent accéder à la santé. Ainsi, c'est la médecine qui se déplace à la rencontre des mauriciens. [10] Ces dispensaires disposaient de salles de soins et de lits qui servaient aussi d'attente de transfert vers les hôpitaux. Le développement des structures sanitaires sera plus important dès 1945, après la fin de la seconde guerre mondiale.

En 1945, il y avait huit hôpitaux dont les trois grands hôpitaux : l'hôpital Civil à Port-Louis, le Victoria Hospital à Quatre-Bornes, le SSRN Hospital à Pamplemousses, ainsi que deux hôpitaux spécialisés : l'hôpital ophtalmologique de Moka et l'hôpital de Brown Sequard spécialisé en neuropsychiatrie. Il y a également trois hôpitaux de district à Flacq, Mahébourg, et Souillac ainsi que 39 dispensaires répartis sur toute l'île. [5]

En 1946, le système de santé alors en plein développement, instaura une surveillance dentaire des enfants scolarisés afin de promouvoir la prévention et le suivi dentaire. Cependant face à l'accroissement de la population et du personnel médical, la taille des hôpitaux et leur capacité d'accueil n'augmenta pas. Faute de financement, il a été préféré en 1952, de développer le réseau de dispensaires afin de décongestionner les hôpitaux. [15]

En 1960, année de la mise en place de la politique de planification familiale, on comptait 48 dispensaires sur l'île ainsi que 4 unités mobiles se déplaçant dans des zones plus reculées.

Lors de cette période, coïncidente avec l'accession à l'autogestion de l'île, des ministères dont le ministère de la santé, furent créés dans le but de permettre à l'île de créer un système de santé propre au pays.

L'une des premières missions de ce ministère fut la réorganisation et l'humanisation des structures hospitalières, ainsi que la dotation de services de pointe dans des centres importants existant et au sein d'un hôpital ultra moderne : Le SSRN Hospital (Le Sir Seewoosagur Ramgoolam National Hospital).

Parallèlement à ces services publics, se développa un service médical sur les propriétés sucrières obligeant toutes les propriétés ayant un minimum de 40 employés d'assurer un service de soin. On dénombrait 18 dispensaires dans l'industrie sucrière au cours de ces années, mais ces structures de soins ne perdurèrent pas.

Les hôpitaux furent créés là où la demande était importante et là où apparurent des maladies spécifiques. Par exemple l'hôpital Militaire de Port-Louis, l'Hôpital Jeetoo, fut créé à proximité du quartier militaire et l'hôpital de Poudre d'or, spécialisé dans les infections pulmonaires, fut créé sur la côte Nord-Est, où la tuberculose était la plus fréquente.

Concernant les cliniques dentaires publiques, elles furent créées en même temps que les Hôpitaux. En 1971, on comptait cinq unités dentaires fixes et trois unités mobiles qui soignaient les enfants scolarisés, les femmes enceintes et ayant accouché, les patients des hôpitaux et en dehors, les prisonniers, les patients d'hospice et des écoles des industries sucrières. Le rôle des chirurgiens dentistes était de réaliser de la prévention auprès des enfants scolarisés en primaire et des femmes enceintes, d'effectuer des extractions et des soins conservateurs, de soigner les urgences et d'effectuer des opérations chirurgicales d'éviction tumorale ainsi que des chirurgies maxillo-faciales. Cependant, face à l'afflux important de patients dans les services dentaires publics, la priorité était donnée aux enfants scolarisés et aux femmes enceintes pour recevoir des soins courants. Les adultes, les patients des hôpitaux et des prisons recevaient quant à eux uniquement des traitements d'urgence.

On dénombrait en 1980 dans le secteur public : 7 hôpitaux régionaux généraux, 4 hôpitaux spécialisés, 6 centres de soins, 59 dispensaires, 5 unités mobiles et 74 centres d'accueil pour familles et enfants. [5]

Aujourd'hui, on compte une soixantaine d'unités dentaires fixes et trois unités mobiles exclusifs aux soins dentaires dans le secteur public, qui sont réparties dans tout le territoire mauricien au travers des hôpitaux et des dispensaires. Leurs rôles n'ont pas beaucoup évolué mais tous les mauriciens peuvent recevoir des soins gratuits et des services de spécialité comme l'endodontie, l'orthodontie, la chirurgie maxillo-faciale ont été créés. Par exemple, la spécialité d'orthopédie dento-faciale a été créée en 1987.

Le nombre de chirurgiens dentistes et de médecins n'a cessé d'augmenter avec le développement du système de santé. On comptait en 1974, 322 médecins et 34 dentistes répartis à la fois dans le public et dans le privé.

Aujourd'hui sur l'île Maurice, 2.550 médecins sont recensés au « Medical Council », dont 1.111 salariés du domaine public, soit 20,2 médecins pour 10.000 habitants. Le nombre de chirurgiens dentistes recensés au « Dental Council » est de 380 dont 58 en secteur public, soit un dentiste pour 3.220 habitants. Les pharmacies sont au nombre de 497 soit une pharmacie pour 2.540 habitants. Ainsi que 4.261 infirmières et sages-femmes qualifiées, représentant une infirmière pour 296 habitants. [23]

A Rodrigues, 26 médecins, 2 chirurgiens dentistes, 185 infirmières et sages-femmes et 2 pharmaciens sont dénombrés fin 2015. [23]

Le ratio patients-médecins est de 6,9 pour le secteur public et de 11,7 au niveau national en tenant compte du secteur privé, d'après le ministère de la Santé.

A noter également que le système de santé global (public et privé) met à disposition fin 2015, 4.295 lits ce qui équivaut à un lit pour 284 habitants.

Aujourd'hui, les établissements publics de santé sont dirigés et financés par le ministère de la santé et proposent un système de santé gratuit pour toute la population mauricienne. Le ministère de la santé et de la qualité de vie finance l'hôpital Régional qui finance à son tour le personnel, le matériel, les hôpitaux de district, les hôpitaux spécialisés, les dispensaires et les unités mobiles.

Cependant le manque d'hygiène, l'exiguïté des salles d'accueil et des chambres pour les malades ainsi que la saturation des services d'urgence, sont leurs points faibles dans la grande majorité.

A côté du système public saturé, on a des cliniques privées avec bien plus de moyens, proposant un service haut de gamme, offrant des espaces luxueux avec de l'instrumentation de haute qualité, du personnel multi-diplômé, des soins à la pointe de la technologie avec un délai d'attente bien plus court, contrastant avec les soins fournis dans le secteur public.

L'hyper instrumentalisation et l'hyper spécialisation marque un véritable fossé entre les soins du public et du privé, révélateur d'un système de soins à 2 vitesses.

5.1.2 Le secteur public

5.1.2.1 Généralités sur le système de santé

Depuis l'indépendance de 1968, les Mauriciens bénéficient d'un système de soins entièrement gratuit s'appuyant sur un réseau dense de dispensaires et d'hôpitaux. Bien qu'efficace, ce système de soins entièrement gratuit n'est pas perçu comme correspondant aux critères européens. [9]

En effet, l'île Maurice est l'un des rares pays où la totalité des soins proposés restent gratuits dans le secteur public, quelque soit l'âge, la catégorie socio-professionnelle et le type de pathologie. Contrairement au système de soins français, il n'existe pas de système de sécurité sociale pour les patients et il y a d'un côté des cliniques privées et coûteuses et de l'autre des établissements hospitaliers publics gratuits.

Les malades dont l'état de santé nécessite une hospitalisation, peuvent être admis indifféremment à l'hôpital public ou en clinique privée. Aucun système de remboursement n'est prévu dans le système privé sauf si le patient travaille pour une société qui a prévu une cotisation d'assurance maladie pour ses employés. Ce n'est que dans ce cas que le malade pourra être remboursé des frais médicaux : médicaments et hospitalisation.

Dans le système public, le personnel hospitalier est salarié du ministère de la Santé et de la Qualité de Vie selon la quantité de postes disponibles et reçoit de l'hôpital régional un salaire mensuel fixe quelque soit le nombre de malades examinés ou opérés par jour. Le nombre de patients journaliers varie entre 50 et 60. Les praticiens bénéficient d'une formation par l'administration publique et sont remboursés des conférences et des formations à hauteur de 15 000 RS (400 €) alors que les praticiens du système privé, eux, ne sont pas remboursés.

Pour ces praticiens du public, la sécurité d'emploi est un facteur de choix important pour travailler dans le système de santé public. Un système de roulement du personnel soignant et non soignant a été mis en place, donnant lieu à un changement d'établissement tous les 5 ans pour les médecins et tous les 3 ans pour les chirurgiens dentistes, variable en fonction du nombre de praticiens salariés du ministère de la Santé. Actuellement ce roulement est retardé à cause d'un manque de personnel soignant salarié du système public.

Ce ministère, grâce aux différentes impositions des mauriciens, finance les 5 grands hôpitaux régionaux qui assurent à leur tour le financement des centres de santé qui leurs sont affiliés. Le budget de la santé est ainsi reparté dans tous les établissements publics de santé permettant le financement du matériel et la rémunération du personnel. Il est à noter que les médecins généralistes doivent eux aussi choisir entre le fonctionnariat et la médecine libérale, alors que pour le spécialiste, le cumul privé et public est possible dans certaines conditions.

Par ce système, le gouvernement s'engage pour que la population jouisse d'une meilleure santé qui aille de paire avec le développement sans précédent que le pays a connu depuis les années 80. Le but est clairement de réhausser le système public pour le rendre comparable au système privé en terme de soins.

Au sein du secteur public, la médecine préventive se distingue de la médecine curative. La médecine préventive consiste à diffuser auprès des Mauriciens des informations sur les pathologies et leurs préventions, 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, dans les dispensaires et grâce aux « unités mobiles de santé » qui sillonnent l'île pour aller à la rencontre des familles, des travailleurs et des écoliers.

L'objectif étant le dépistage, l'information et la prévention auprès des populations. Dans la majorité des structures de santé publiques, force est de constater que l'unité dentaire, quand elle existe, représente la plus grosse part de l'activité de l'établissement en terme de nombre de patients journaliers.

Par souci budgétaire, les soins dentaires réalisés gratuitement dans les établissements publics sont les soins conservateurs, les extractions, les détartrages, l'endodontie, la stomatologie, et l'orthodontie interceptive. Ainsi, les soins prothétiques ne sont pas réalisés dans le service public obligeant les mauriciens s'ils le souhaitent à s'orienter vers des cabinets dentaires privés pour remplacer les dents extraites.

En 2013, il y avait à peu près un dispensaire par village, cinq grands hôpitaux régionaux et des centres de santé dans un rayon de moins de trois kilomètres, sans compter la gratuité des services de santé proposés.

En 2015, les hôpitaux publics disposaient de 3.648 lits avec un taux d'occupation de 77,0%. 208.241 patients ont été admis à l'hôpital et 46 757 d'entre eux ont subi une opération. Ce nombre est légèrement en hausse par rapport à 2014 où l'on comptabilisait près de 207.223 admissions dans les hôpitaux. [23]

En ambulatoire, les hôpitaux publics mauriciens ont reçu et traité près de 1.072.205 cas au cours de l'année 2015. Grâce à toutes les structures publiques de santé, c'est plus de 5,2 millions patients qui ont été soignés dans le secteur public au cours de l'année 2015. [23]

Bien qu'étant privilégiés en terme d'accès aux soins et en nombre d'établissements de santé, la négligence des mauriciens face à la santé est constatée.

En effet, lors de ce séjour, force est de remarquer qu'au travers des visites de dispensaires et d'hôpitaux, que la population mauricienne n'a pas souvent recours aux soins en dehors de consultations en urgence. Les praticiens sont souvent confrontés à des soins qui se soldent bien souvent par une avulsion dentaire avec malheureusement peu de suivi par la suite. C'est seulement depuis deux ou trois ans, grâce aux campagnes de prévention mises en place par le gouvernement, que les mauriciens fréquentent plus régulièrement les centres de soins dentaires, signe d'une évolution des mentalités à propos de la bonne santé dentaire.

5.1.2.2 La répartition des structures de soins en « Health Regions »

L'île Maurice est divisée en cinq « **Health Regions** » comprenant chacune 1 hôpital régional. [42]

Health Region 1 : Port Louis (Capitale) : Jeetoo Hospital.

Health Region 2 : Pamplemousses / Rivière du Rempart (Nord) : Le Sir Seewoosagur Ramgoolam National Hospital à Pamplemousses. (Autrement dit SSRN Hospital ou l'Hôpital du Nord)

Health Region 3 : Moka / Flacq (Est) : Flacq Hospital à Flacq.

Health Region 4 : Grand Port / Savanne (Sud) : Nehru Hospital à Rose-Belle.

Health Region 5 : Plaine Wilhems / Black River (Centre) : Victoria Hospital situé à Quatre-Bornes.

MAURITIUS

Year 2005

HEALTH SERVICE POINTS & POPULATION FIGURES

- H REGIONAL HOSPITAL
- ▲ DISTRICT HOSPITAL
- ◻ SPECIALISED HOSPITAL
- MEDI-CLINIC
- ★ COMMUNITY HOSPITAL
- + AREA HEALTH CENTRE
- + COMMUNITY HEALTH CENTRE
- FAMILY HEALTH CLINIC

Rodrigues



YEAR 2005 HEALTH REGION						
	1	2	3	4	5	TOTAL
Hospital Beds	1546	648	313	475	722	3704
Doctors	167	164	135	153	156	715
Nurses	644	630	378	519	603	2774

Designed by Cartographes Nationaux, Ministry of Planning and Statistics, June 2005
 Sources: Republique, Ministry of Health & Family Welfare

Figure 13 : Carte des Health Régions
 (D'après le Mauritius Hospital and Clinics Maps)

A chaque hôpital régional est rattaché plusieurs structures de santé comme des hôpitaux de Districts, des hôpitaux spécialisés, des Community Hospital, des Médiclinics, des Area Health Centers, des Community Health Centers ou encore des unités mobiles. [25]

Toutes ces structures ont été créées afin de répartir au maximum les malades et d'éviter la surpopulation dans les gros hôpitaux régionaux où les services d'urgence sont constamment surpeuplés.

L'organisation du système de santé public est particulière à Maurice car il existe plusieurs niveaux de structures sanitaires :

- Les centres de santé (dispensaire, mediclinic, area health center, community health center) : ils constituent le premier niveau de soins comme les petits actes non chirurgicaux, les vaccinations, les prélèvements de sang, les consultations générales, la gestion de l'urgence et permettent une réorientation du patient vers un hôpital plus spécialisé si nécessaire.
- Les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux de district : second niveau de soins (petites chirurgies, consultations et chirurgies spécialisées)
- Les gros hôpitaux régionaux équivalents aux CHR en France, situés dans les grandes villes de l'île : troisième niveau de soins avec des grosses chirurgies et des spécialisations.

Aujourd'hui, l'île touristique de l'Océan Indien possède 5 Hôpitaux Régionaux, 6 Hôpitaux spécialisés, 4 Hôpitaux de District, 1 Community Hospital, 3 Médiclinics, 25 Area Health Centers, 131 Community Health Centers, 5 unités mobiles.

5.2 Les structures hospitalières annexes : le système extra hospitalier

5.2.1 Les dispensaires

5.2.1.1 Généralités

A l'origine des dispensaires, les religieuses étaient en charge de l'organisation. A l'heure actuelle, ce sont des infirmières diplômées qui gèrent les dispensaires.

Les dispensaires sont des établissements de santé appartenant au système public sous la responsabilité des hôpitaux régionaux, soignant gratuitement les malades et au sein desquels la plupart des disciplines médicales sont représentées. Ils permettent de désengorger les hôpitaux de district en assurant une première approche du patient et de sa pathologie. Ce dernier pourra être réorienté vers un hôpital disposant d'un personnel et d'un plateau technique plus appropriés au traitement de sa pathologie. Ces structures publiques sont financées par les hôpitaux régionaux grâce au budget du ministère de la santé qui leur est octroyé. Les dispensaires prodiguent des soins de santé primaire avec des moyens limités mais rendent néanmoins d'énormes services et facilitent énormément l'accès à la santé.

De plus, un important système de prévention est réalisé dans ces établissements de santé publics répartis sur tout le territoire mauricien y compris Rodrigues. En effet, la plupart de ces centres cliniques mettent en place des programmes et des services pour promouvoir la santé. Par exemple, ces fameuses affiches sur le diabète, l'hypertension, l'hépatite B et le SIDA ont un véritable but informatif et préventif. Certains ont même des téléviseurs où on peut visionner des vidéos sur la santé générale et l'importance de l'exercice physique.

Les dispensaires ont, en plus de leur vocation médicale, un caractère social. C'est un point de rencontre où les gens du quartier ont l'occasion d'échanger.

Parmi les dispensaires, on distingue principalement « *les Mediclinics* », « *les Area Health Centers* », « *les Community Health Centers* » mais il existe aussi les « *Family Health Clinics* », les « *Family Planning Clinics* », et les « *Family Planning Supply Centers* ».

Une soixantaine de dispensaires sur le territoire mauricien proposent un service dentaire. Dans les dispensaires proposant ce service public, seuls les extractions, les soins conservateurs (hors endodontie), les détartrages et les radios sont réalisés.

Ainsi, les patients ne peuvent pas bénéficier d'une réhabilitation prothétique dans ce type d'établissement public. Les détartrages sont eux réalisés aux dispensaires sur rendez vous, ce qui portent le délai d'attente à plusieurs mois, alors que les soins endodontiques, les extractions complexes, l'interception et la prévention en ODF sont réalisés dans les hôpitaux régionaux avec un délai d'attente d'environ 4 mois, démotivant le patient qui préférera l'extraction plutôt que de rester quatre mois avec une douleur.

Les dispensaires traitent aussi les maladies bénignes, réalisent les vaccinations, les prélèvements sanguins, la radiologie, les examens de laboratoire et la délivrance de médicaments. Ils apportent les premiers soins aux blessés et orientent les gros cas vers des plus grosses structures mieux équipées et spécialisées. Leurs moyens sont cependant limités et ils ne disposent pas de laboratoires, ni de lits pour une hospitalisation de courte durée. Bien que les médecins et chirurgiens dentistes disposent de diplômes reconnus par le conseil de l'ordre, les assistantes dentaires et secrétaires sont quant à elles non qualifiées mais disposent d'une formation par le biais du dispensaire.

La proposition et l'application récente du ministre de la santé et de la qualité de vie, Anil GAYAN, d'ouvrir les dispensaires 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 n'aura pas duré très longtemps puisque la fréquentation des dispensaires après 22 heures était trop faible et ne nécessitait pas une ouverture nocturne. Depuis le 1er Janvier 2016, les soins sont effectués de 8 heures à 22 heures pour les soins médicaux et de 9 heures à 16 heures pour les soins dentaires. Cependant, les dispensaires restent ouverts tous les jours de la semaine de 9h à 18h et un service d'urgence est fonctionnel 24 heures sur 24 pour les médiclinics.

5.2.1.2 Les différentes structures

- Les « **Médoclinics** » : au nombre de trois, ces cliniques médicales publiques offrent un service de soins dentaires ouvert tous les jours de 9h à 12h et de 13h à 16h du lundi au vendredi et de 9h à 12h le samedi. Il y a bien souvent dans cette structure un seul dentiste en charge d'une cinquantaine de patients par jour.

Outre le service dentaire où l'affluence de patients est importante, on retrouve un service de consultations générales et pédiatriques, un service de vaccinations et de prélèvements sanguins, un service de planifications familiales (contraception, avortement, lutte contre les IST et les violences.), un service pour les maladies non transmissibles, un service pour les dépistages de maladies transmissibles, une pharmacie intégrée au dispensaire, une unité de prévention du diabète et d'éducation à la santé, un service clinique anté-natal, des consultations gynécologiques, des consultations orthopédiques, un service de santé publique, une unité de radiologie et un laboratoire d'analyses médicales.

Ces services ne sont pas disponibles quotidiennement, en effet ce sont des médecins spécialistes exerçant dans les hôpitaux régionaux et spécialisés qui viennent régulièrement effectuer une vacation à fréquence différente selon les spécialités. Par exemple, les consultations générales ont lieu tous les jours alors que l'orthopédiste peut venir une fois par mois. Quelques médoclinics proposent même une prise en charge du handicap.

Dans les médoclinics un service d'urgence est fonctionnel 24 heures sur 24 permettant en cas d'urgence vitale de transférer rapidement le patient vers un hôpital mieux adapté pour une prise en charge optimale.

- Les « **Area health centers** » : les centres de santé régionaux sont constitués d'un service dentaire ressemblant fortement aux médoclinics ouverts du lundi au samedi. Les seules différences notables de ces établissements avec les médoclinics, sont l'absence d'un service d'urgence ouvert 24 heures sur 24, un nombre plus restreint de spécialistes venant effectuer des consultations spécialisées, et l'absence d'un laboratoire d'analyses médicales.

- Les « **Community health centers** » : ces centres de santé communautaires sont moins développés que les deux structures évoquées ci dessus.

Les principales disciplines médicales y sont tout de même représentées. Un service dentaire n'est pas forcément présent. Cependant, certains centres proposent par ailleurs un service dentaire hebdomadaire.

En plus de ces trois types de dispensaires, d'autres établissements publics à vocation plus sociale et familiale sont sous la responsabilité des hôpitaux de district ;

- Les « **Family health clinics** » : ces établissements proposent des services de planifications familiales, des services de santé pour la mère et son enfant après accouchement, une unité dédiée au bien être du nouveau né, des programmes de prévention et d'éducation à la santé avec notamment des vaccinations et des prélèvements sanguins.
- Les « **Family planning clinics** » : ils proposent uniquement un service de planifications familiales et de prévention et éducation à la santé.
- Les « **Family planning supply centers** » : ces centres d'approvisionnement de la planification familiale effectuent un travail de prévention en distribuant des préservatifs, et des pilules.

5.2.1.3 Exemple de structure visitée

Lors de ce séjour à l'île Maurice, une journée d'observation dans un dispensaire du district de Flacq a été planifiée au Lady Shusil Ramgoolam Mediclinic de Belvedere.

Cet établissement a été inauguré le 26 Mars 1981 par le Ministre de la santé de l'époque : Dr The Hon Beergoonath Ghurburrun, puis Lady Ramgoolam laissa une empreinte en donnant son nom à la médiclinic du Belvedere le 29 Mars 1982.

Dans ce dispensaire affilié à l'hôpital de Flacq, des consultations générales et des soins dentaires ont lieu tous les jours. La pédiatrie, l'orthopédie, la rhumatologie, la psychiatrie, la gynécologie, la médecine physique sont des spécialités pour lesquelles des praticiens venant de l'hôpital de Flacq, assurent des consultations à des fréquences variables selon la spécialité.

Un orthopédiste vient réaliser des consultations à raison d'une fois par mois, un pédiatre est présent un après midi toutes les deux semaines, et les autres spécialistes viennent une journée par semaine par exemple.



Figure 14 : Le Lady Sushil Ramgoolam Mediclinic de Belvedere (Photo personnelle)

A notre arrivée avant l'ouverture, les patients étaient déjà nombreux à attendre des soins. Après s'être fait connaître à l'accueil et donner leur motif de consultation, les patients sont priés d'attendre en salle d'attente de l'unité concernée où ils seront appelés en fonction de leur ordre d'arrivée. Le dispensaire accueille environ 200 patients par jour, dont plus de 40 uniquement pour le service dentaire

Le service dentaire de la Médiclinic est ouvert tous les jours sauf le dimanche de 9 heures à 16 heures et de 9 heures à 12 heures pour le samedi. L'activité de ce service constitue environ 20% de l'activité globale du dispensaire. Il est constitué d'un dentiste diplômé de Maheshwar en Inde et salarié à temps plein, d'une assistante non diplômée mais formée par le dispensaire (roulement de deux assistantes assurant quotidiennement la présence d'une assistante), et d'un homme veillant au respect de l'ordre de passage.



Figure 15 : L'unité dentaire du Lady Sushil Ramgoolam Mediclinic de Belvedere (Photo personnelle)

Le cabinet est équipé d'un fauteuil dentaire basique, d'un autoclave, d'un détartreur ultrasonique mobile P-max et d'instruments utiles à la pratique de la profession.

Le matériel prédominant est le matériel nécessaire aux extractions, acte le plus souvent effectué, devant le matériel de restaurations coronaires (amalgame, composite, CVI) et le matériel pour les détartrages.

Dans ce centre de soins public et comme dans tous les autres structures de santé publiques annexes, des soins sommaires sont réalisés. En effet, seules les extractions, les restaurations coronaires et les détartrages sont réalisés.

Les soins d'endodontie, les extractions complexes et l'orthopédie dento-faciale interceptive et préventive sont réalisés au SSRN Hospital appartenant à la Health Region de Pamplémousses et Rivière du Rempart. Après la dévitalisation, le patient reprend rendez-vous au dispensaire pour que le dentiste effectue la restauration coronaire.

Ces soins spécifiques réalisés en dehors du service dentaire du dispensaire et centralisés vers l'Hôpital du Nord retardent le plan de traitement à court terme. Ainsi, il faut quasiment attendre quatre mois pour pouvoir effectuer l'exérèse du parenchyme pulpaire de la dent causale. Dans la majorité des cas, la consultation chez le dentiste est tardive et n'arrive qu'en cas d'urgence.

Ainsi, dans la souffrance, le patient préférera bien trop souvent l'extraction plutôt que d'attendre la dévitalisation qui permettra la conservation de sa dent. Rappelons tout de même que les soins prothétiques ne sont pas réalisés dans le système public, ce qui provoque un taux d'édentement non compensé très important.

Le chirurgien dentiste rencontré à la Médiclinic de Belvédère soigne en moyenne quarante patients par jour. De ce fait, la consultation est très rapide et ne laisse pas le temps nécessaire à l'approche du patient pour mettre en place un véritable climat de confiance. Une fois le patient installé sur le fauteuil, le chirurgien dentiste réalise rapidement l'examen clinique, puis si une anesthésie est nécessaire pour le soin, elle est effectuée et le patient retourne en salle d'attente le temps que celle-ci prenne effet. Pendant ce temps, le dentiste peut recevoir un autre patient afin de rentabiliser au mieux son temps de travail.

Si le soin à effectuer ne peut être réalisé et nécessite une prescription, le dentiste rédige l'ordonnance et refixe dans certains cas un rendez-vous au patient. Les rendez vous ont uniquement lieu l'après-midi. Le patient va ensuite chercher ses médicaments à la pharmacie du dispensaire avant de rentrer chez lui. Les soins étant entièrement gratuits, le patient ne sortira pas d'argent de sa poche pour les soins réalisés et les médicaments fournis.



Figure 16 : Extraction dentaire au Lady Sushil Ramgoolam Mediclinic de Belvedere

Au cours de ce cycle de soins, nous avons compris que la stérilisation n'était pas obligatoire mais qu'elle était tout de même réalisée dans le dispensaire. En plus des normes d'hygiène et stérilisation peu développées, l'accessibilité des handicapés aux soins est également facultative.

En ce qui concerne l'achat du matériel dentaire, il est réalisé par le gouvernement puis stocké à Port Louis et redistribué aux dispensaires en fonction de leur consommation. Afin de gérer son stock, le dispensaire doit être capable d'évaluer sa consommation mensuelle pour être correctement approvisionné.



Figure 17 : Matériel du Chirurgien-Dentiste en secteur public (Photo personnelle)

5.2.2 Les unités mobiles

Il existe en plus des dispensaires, cinq unités mobiles qui sillonnent l'île pour aller au contact des populations les plus reculées et délivrer un message de prévention. Parmi ces unités mobiles, on distingue des unités mobiles dentaires, des unités mobiles médicales et des unités mobiles de santé familiale. L'objectif des unités mobiles dentaires est de promouvoir la santé dans les lieux éloignés, développer l'information et la sensibilisation des habitants en matière de santé, amplifier les actions mises en place par les hôpitaux et promouvoir l'attractivité médicale.

Cette unité mobile se déplace dans les écoles éloignées et défavorisées pour amener la santé au contact des populations pas toujours enclines à une consultation préventive. Ces unités ne réalisent pas de soins ni extractions, il s'agit uniquement d'une consultation à but préventif. Si des soins sont nécessaires, les patients sont orientés vers les dispensaires.

Les unités mobiles médicales ont été créées afin de permettre le dépistage du diabète et de l'hypertension, véritables fléaux au sein de la population mauricienne, mais aussi de repérer les patients atteints de cancer (sein, col de l'utérus).

Les unités mobiles de santé familiale quant à elles, proposent des services de planifications familiales et des soins à la mère et au nouveau né.

5.3 Le système hospitalier

5.3.1 Généralités et Historique

Dans son rapport sur le rôle de l'hôpital dans les programmes de protection de la santé, le comité d'experts de l'OMS a défini l'hôpital comme un « élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de la recherche bio-sociale. »

Ainsi, l'hôpital ne soigne pas seulement le patient mais a également un rôle social que doit remplir le personnel soignant, afin d'écouter le malade et d'instaurer un climat de confiance. Les soins ne sont pas dispensés uniquement aux malades et un service de prévention et d'éducation à la santé prend une part importante dans l'activité des hôpitaux.

Actuellement à l'île Maurice, on compte cinq gros hôpitaux généraux répartis dans les cinq Health Regions. Il y a le SSRN Hospital pour la région nord de Pamplemousses et Rivière du Rempart, l'hôpital de Port Louis nommé le Jeetoo, l'hôpital de Flacq pour la région de Moka et Flacq, le Nehru Hospital situé à Rosse-Belle servant la région de Grand-Port et Savanne, et le Victoria Hospital à Quatre-Bornes pour les régions centrales de Plaine Wilhems et Black River.



Figure 18 : Hôpital de Flacq (Photo personnelle)

En plus de ces cinq hôpitaux, six structures spécialisées furent créées pour centraliser des disciplines se ressemblant, améliorer la formation des spécialités médicales, et rentabiliser au mieux les équipements spécialisés. Ainsi fut créé en 1971 le Moka Hospital spécialisé en ophtalmologie, le Poudre d'Or Tuberculosis and Chest Diseases Hospital pour les infections pulmonaires comme la tuberculose, le Brow Sequard Hospital pour les pathologies psychiatriques, l'E.N.T Hospital près du Victoria Hospital pour les pathologies ORL, l'hôpital cardiaque et le Skin Diseases Hospital tous deux proches du SSRN Hospital. Parallèlement à ces établissements spécialisés, 4 hôpitaux de districts permettent de répartir les soins le mieux possible sur le territoire. Le Long Mountain Hospital pour la région du Nord, le Souillac Hospital pour la région Sud, le Mahebourg Hospital à l'Est et le Queen Victoria Hospital pour l'île Rodrigues.

Il existe également un vaste réseau d'ambulances et de SAMU facilitant le transfert de malades entre toutes les structures publiques.

Le SAMU a été introduit à l'île Maurice le 3 décembre 1997 avec l'aide de la France. Une trentaine de médecins ont été formés en médecine d'urgence par l'Université de Bordeaux de même qu'un contingent d'infirmiers et de permanenciers, avec l'aide du SAMU de la Réunion. Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), est un centre de régulation médicale avec un numéro d'appel unique pour toute l'île : le 114.

Le centre de régulation des ambulances est basé à Port Louis et il existe 5 Services Médicaux d'Urgence et Réanimation (SMUR) répartis sur l'île, avec une salle de prise en charge des urgences vitales et une unité mobile hospitalière.



Figure 19 : Véhicules du SAMU mauricien (Photo personnelle)

Ainsi, de part l'appartenance des sous unités hospitalières aux grands hôpitaux régionaux et de la création d'un réseau de transport entre toutes les structures de santé publiques, le système de santé public est considéré comme très vaste et très bien coordonné visant ainsi toute la population mauricienne.

A la différence avec les hôpitaux français, les directeurs des hôpitaux publics mauriciens sont des médecins et non des personnes issues d'une formation à l'administration hospitalière. Il existe cependant, sous la coupe du directeur, des personnes chargées du management de l'hôpital.

5.3.2 L'Hôpital du Nord : le SSRN Hospital

Le *Sir Seewoosagur Ramgoolam National Hospital* (SSRN Hospital), situé à Pamplemousses, dans le nord de l'île est l'hôpital public le mieux équipé de l'île. Il regroupait les districts de Pamplemousses, Rivière du Rempart et Flacq, jusqu'à la construction plus récente de l'hôpital de Flacq servant le district de Moka et Flacq.

Ce fut le premier hôpital construit à Maurice après l'indépendance. Le projet de créer un hôpital central au Nord de l'île fut lancé en 1962 pour répondre à la forte demande de soins de la population.

L'hôpital, alors nommé Hôpital Central du Nord, était constitué de plusieurs services à savoir le service dentaire, le service de radiologie, la pharmacie, le laboratoire de pathologie médicale, trois blocs opératoires et un centre de stérilisation.

En 1964, le ministère de la Finance reversa 24 millions de Roupies pour moderniser l'hôpital et en faire le plus grand et le plus spécialisé de l'île.

Le nombre de Services et de spécialités médicales augmenta et l'hôpital fut rebaptisé le Sir Seewoosagur Ramgoolam National Hospital, en l'honneur de son premier ministre de l'époque et fut inauguré le 20 août 1969 par le Pr Sir Max Rosenheim, Président du conseil médical de Grande Bretagne à l'époque. C'est dans cet hôpital que fut pratiquée la première opération à « cœur ouvert » sur l'île, en 1984.

De cette grosse structure dépendent le Poudre d'Or Hospital spécialisé dans les affections pulmonaires, le centre cardiaque proche du SSRN Hospital, le Skin Diseases Hospital situé également à proximité du SSRN Hospital, le Long Mountain Hospital qui est un hôpital de district mais aussi quatre Area Health Centers (situés à Long Mountain, à Triolet, à Goodlands et à Rivière du Rempart) ainsi que 25 centres de santé communautaire.



Figure 20 : Le SSRN Hospital (Photo personnelle)

Le SSR National Hospital est composé d'une quinzaine de services (ou « Wards »).

Il se compose d'un service de gynécologie et obstétrique, d'orthopédie, de chirurgie, de pédiatrie, de soins intensifs, de neurochirurgie, un service de consultations générales et spécialisées, un service d'urgences, de soins dentaires, de physiothérapie, un laboratoire d'analyse médicale et une banque de sang, un service de radiologie, une pharmacie ainsi qu'un service mortuaire y trouvent leur place.

Un même service est divisé en unités. Par exemple, le service dentaire est divisé en une unité de consultation et d'urgence sans prise de rendez-vous, pour les patients extérieurs (out-patients), et en une unité de soins spécialisés sur rendez-vous comme l'endodontie, l'ODF préventif, et la stomatologie avec une possibilité d'hospitalisation.

Le chef de ce service dentaire au SSRN Hospital est le Dr RAMDIN qui est également le suppléant du Dr KINOO, représentant des chirurgiens dentistes au sein du Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie.



Figure 21 : Service gratuit de pharmacie publique (Photo personnelle)



Figure 22 : Service dentaire du SSRN Hospital (Photo personnelle)

5.3.3 Récapitulatif des structures du système hospitalier

De nombreux établissements publics de santé sont présents sur tout le territoire mauricien malgré sa faible superficie.

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des établissements de santé publics
(d'après notre enquête personnelle)

HEALTH REGION	Port Louis	Pamplemousses/Rivière du Rempart	Moka/Flacq	Grand Port/ Savanne	Plaine Wilhems/Black River	TOTAL
Hopitaux de District	0	1	0	2	0	3
Hopitaux Spécialisés	2	3	0	0	1	6
Hopitaux Régionaux	1	1	1	1	1	5
Médecine	1	0	1	1	0	3
Area Health Centers	1	4	6	4	7	22
Community Health Centers	9	30	34	17	27	117
Community Hospital	0	0	0	0	1	1
TOTAL	14	39	42	25	37	157

Un Hôpital de district, 3 Area Health Centers, 14 Community Health Centers sont comptabilisés à Rodrigues.

Grâce à tous ces différents établissements de santé, force est de constater que les Mauriciens bénéficient d'un vaste réseau de soins, de prévention et d'éducation à la santé mis en place par le ministère de la santé.

5.4 *Le Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie*

5.4.1 Date de création

Tous les ministères, dont le Ministère de la Santé, ont été créés en 1960 afin de se préparer à l'indépendance qui arrivera huit ans plus tard.

5.4.2 Organigramme du Ministère de la Santé

Sur le territoire mauricien, tous les chirurgiens dentistes inscrits au conseil de l'ordre sont sous la responsabilité du « director dental service ». Il s'agit du Dr KINOO, c'est un chirurgien dentiste qualifié appartenant au ministère de la santé et représentant le ministère au sein du conseil de l'ordre.

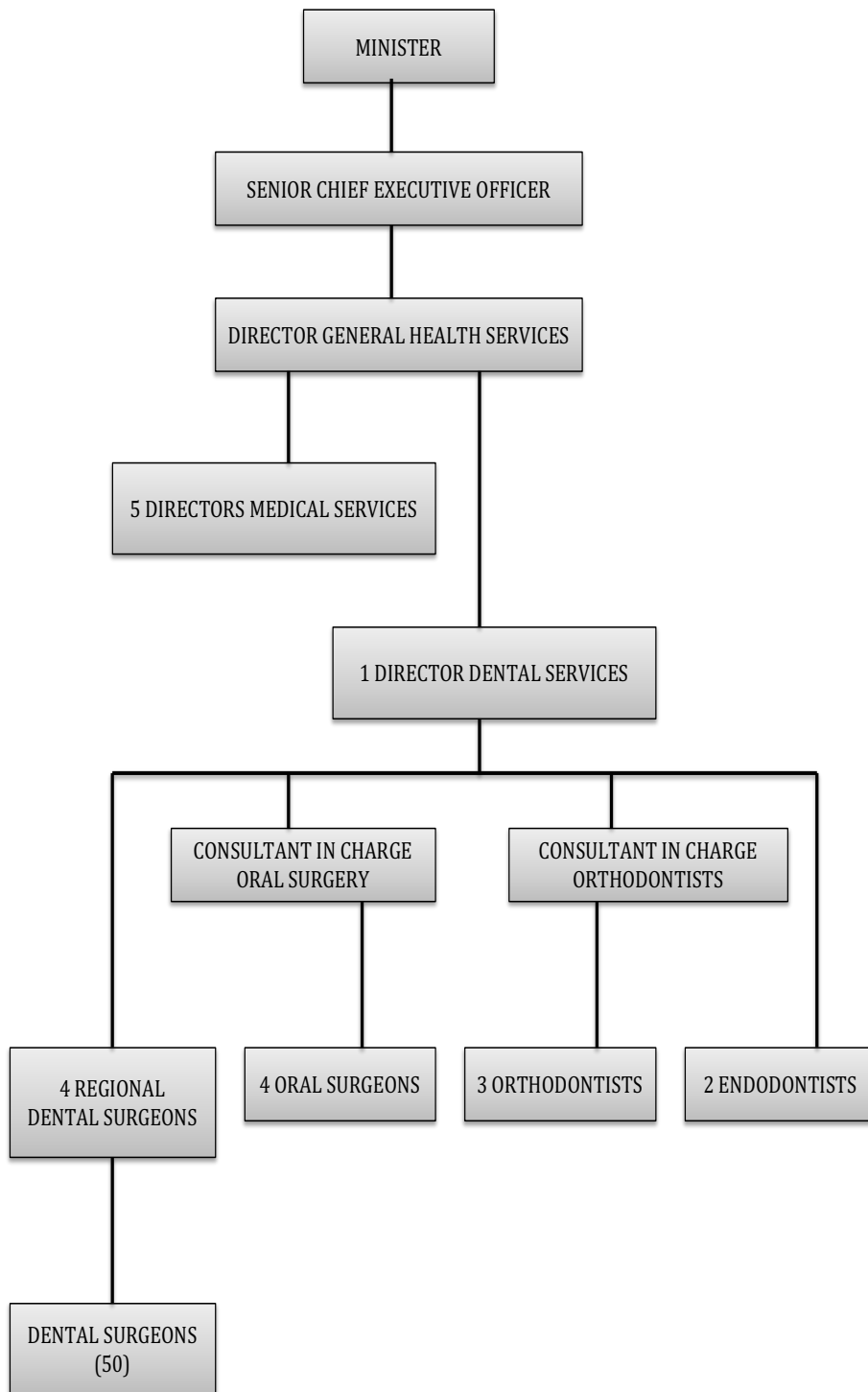


Figure 23 : Organigramme du Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie
(D'après un schéma réalisé par le Docteur Jauferrally)

5.4.3 Objectifs du Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie

Le Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie est l'institution publique qui s'occupe des affaires de santé de l'île Maurice. Il gère et met en place les politiques du gouvernement en matière de santé publique. Son principal rôle est d'effectuer une veille sanitaire sur l'île et d'éditer des bulletins annuels de veille épidémiologique afin de prévenir tous risques d'épidémies sur le territoire mauricien et dans la zone de l'océan Indien. [36]

Dès 1960, le ministère de la santé avait pour objectifs :

- Développer un système de santé satisfaisant les besoins de la population.
- Etudier l'influence que peuvent avoir les facteurs sociaux et domestiques sur la survenue des maladies.
- Planifier et Promouvoir la santé.
- Prévenir les maladies.
- Mettre en œuvre des mesures de Prévention à différentes échelles.
- Fournir des conseils sanitaires et exercer un contrôle de l'activité des responsables des services de santé.
- Faciliter l'accès aux soins et le traitement des malades.
- Prévoir un service de « quarantaine » afin de combattre l'introduction dans l'île de maladies infectieuses. Ainsi, grâce à ce service l'île a su gérer impeccablement l'épidémie du virus Ebola en 2014.
- Réhabiliter les malades atteints d'incapacité physique et faciliter le traitement des malades qui relève de la psychiatrie.
- Contrôler la pratique de la Médecine, de la Chirurgie dentaire et de la Pharmacie.
- Assurer la formation du personnel médical et paramédical : infirmier, sage femme, aide soignant, agent de laboratoire et inspecteur sanitaire. .
- Publier des rapports statistiques et des enquêtes épidémiologiques sur la santé.
- Préparer des programmes de planification, des plans de prévention et protection.

Le Ministère de la santé a comme objectif de créer en 2016, un campus universitaire à Pamplémousse dédié à la santé et aimerait également ré-ouvrir une université de chirurgie dentaire après l'échec cuisant de la précédente en tenant compte des problèmes de gestion et de contrôle de l'enseignement donné.

5.4.4 Budget du Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie

Le ministère de la santé mauricien a prévu en 2016 une hausse du budget de la santé. Celui ci devrait être de 9,7 Milliards RS alors qu'il était de 7,4 Milliards RS en 2014.

Il permettrait de financer les différents objectifs du ministère de la santé, évoqués précédemment, d'augmenter le nombre de lit dans les hôpitaux, et de recruter une centaine de médecins en plus pour pallier le manque de médecins dans le secteur public.

Le budget de la santé est le deuxième plus gros budget de l'état après celui de l'éducation qui est de 14,7 Milliards RS. Il faut savoir qu'à Maurice la santé et l'éducation sont gratuits et offert par l'Etat. Cependant, afin de limiter les dépenses de santé et par soucis d'équilibre financier, l'Etat n'offre pas de soins prothétiques pour ses habitants.

Les dépenses de santé sont conséquentes par rapport au nombre d'habitants. En 2015, Maurice a consacré 4,8% de son PIB à la santé. A titre de comparaison, la France a consacré 11,7% de son PIB.

6 Conclusion

Ce travail sur le système de santé public, réalisé à l'aide d'une étude au sein même des structures hospitalières de l'île Maurice, permet ici d'exposer les structures, les personnes et les actions qui ont pour but de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé de sa population. Cette analyse atteste l'engagement du gouvernement pour améliorer la santé de ses citoyens. Cependant, l'état est confronté à un monde en pleine mutation et prend conscience de la nécessité de mettre en place rapidement des réformes, pour répondre à la demande d'un pays nouvellement industrialisé.

La gratuité est un acquis difficile à remettre en question mais qui entrainera probablement le pays dans une impasse économique s'il veut continuer de prendre en charge de manière efficace les maladies non transmissibles au coût astronomique. Le système mis en place à une époque où le pays était en voie de développement, n'est plus en accord avec le réel statut de l'île Maurice.

Le système de santé n'est pas immuable et doit évoluer en même temps que le monde dans lequel il est instauré. L'arrivée des nouvelles pathologies du monde moderne et le vieillissement de la population par l'augmentation de l'espérance de vie ont changé la donne et force le gouvernement à consolider un système qui a fait ses preuves : le développement des structures de soins, la multiplication du nombre de personnels soignants et non soignants, le renforcement de la présence des différentes disciplines médicales et la formation des acteurs de santé pour lutter contre cette transition épidémiologique. Face à cette réalité socio-économique, il tente donc de maintenir la gratuité, d'offrir des soins tout en respectant la balance coût-efficacité et s'oriente de plus en plus vers une médecine préventive.

Avant de passer ces six semaines à l'île Maurice, il était difficile d'imaginer un tel réseau de santé, aussi développé, et être confronté à un pays en pleine industrialisation à l'économie florissante. Le gouvernement doit gérer les complexités qui sont liées à ce changement de statut, et fait de l'état de santé de la population, une priorité.

La médecine mauricienne sait à présent prendre en charge les maladies transmissibles autrefois fatales et soigner les maladies chroniques, témoins d'une société en plein changement.

Le système de santé idéal n'existe pas mais il y a certains pays plus performants que d'autres dont il faut s'inspirer. Il faut également comprendre que la performance n'est pas que dans la médecine mais aussi dans la capacité de la société à agir contre les comportements délétères à la bonne santé.

« Existe-t-il pour l'homme un bien plus précieux que la santé... » Socrate

Index des figures et tableaux

Figure 1 : Carte de l'Archipel des Mascareignes	p 20
Figure 2 : Réservoir de la Nicolière	p 21
Figure 3 : Le fameux Dodo	p 23
Figure 4 : La place d'Armes avec la statue de Labourdonnais	p 25
Figure 5 : Grand Bassin et le Ganga-Talao	p 26
Figure 6 : La chapelle de Cap Malheureux	p 27
Figure 7 : La mosquée Jummah Masjid	p 28
Figure 8 : Célébration du Thaipoozam Cavadee	p 29
Figure 9 : Lieu de culture de cannes à sucre	p 31
Figure 10 : Colonisation hollandaise	p 33
Figure 11 : Le comte Bertrand-François de Labourdonnais	p 36
Figure 12 : La présidente Ameenah GURIB-FAKIM	p 39
Figure 13 : Carte des Health Regions	p 70
Figure 14 : Médiclinic du Belvedere	p 76
Figure 15 : Unité dentaire de la Mediclinic	p 77
Figure 16 : Extraction dentaire à la Mediclinic	p 78
Figure 17 : Matériel du chirurgien dentiste en secteur public	p 79
Figure 18 : Hôpital de Flacq	p 81
Figure 19 : Véhicules du SAMU mauricien	p 82
Figure 20 : Le SSRN Hospital	p 83
Figure 21 : Service gratuit de pharmacie publique	p 84
Figure 22 : Service dentaire du SSRN Hospital	p 85
Figure 23 : Organigramme du Ministère de la Santé	p 87
Tableau 1 : Recensement des prises en charge (2011-2015)	p 53
Tableau 2 : Recensement des actes dentaires effectués (2011-2015)	p 54
Tableau 3 : Recensement des cas d'orthodontie	p 55
Tableau 4 : Activité totale dans le service de santé dentaire	p 56
Tableau 5 : Tableau récapitulatif des établissements de santé public	p 85

Références bibliographiques

1. ADOLPHE H. Les archives démographiques de l'île Maurice, registres paroissiaux et d'état civil (1721-1810). Port Louis: Mauritius Archives Publications; 1966.
2. Afdb.org. Banque Africaine du développement. Document de stratégie mauricienne, département SARC [En ligne]. [consulté le 4 Janvier 2015]. Disponible sur: <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/2014-2018 - Maurice - Document de stratégie pays.pdf>
3. Afdb.org. Les perspectives économiques à l'île Maurice [En ligne]. [consulté le 4 Janvier 2015]. Disponible sur: <http://www.afdb.org/fr/countries/southern-africa/mauritius/mauritius-economic-outlook/>
4. The National Archives of Port-Louis [Mauritius].
5. The National Archives of SSRN Hospital [Mauritius].
6. Association France-Maurice. Résumé de l'histoire de l'île Maurice [En ligne]. [consulté le 15 Janvier 2015]. Disponible sur: <http://www.association-france-maurice.net/spip.php?article8>
7. AUBRY P, GAUZERE B-A. Les maladies non transmissibles dans les pays du sud [En ligne]. [consulté le 28 Janvier 2015]. Disponible sur : <http://medecinetropicale.free.fr/cours/maladienontransmissiblesud.pdf>
8. AZOGUI-LEVY S, ROCHEREAU R. Etat de santé et suivi bucco-dentaire selon le statut diabétique : exploitation de l'enquête ESPS 2008. Questions d'économie de la Santé 2013 ; (185) : 1-6.
9. BENOIST J. Carrefour de cultes et de soins à l'île Maurice. Soigner au pluriel: essai sur le pluralisme médical. Paris: Editions Karthala; 1996.
10. BERGERET B. Les structures médicales à l'île Maurice. Examens et réflexions [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux Segalen, Faculté de Médecine, [Bordeaux - France], 1977, 66p
11. CALVINI C. Evolutions sociétales et structures du mouvement sportif à l'île Maurice [Thèse de doctorat]. Université de la Réunion, Faculté de Lettres et Sciences Humaines [Réunion- France], 2006, 83p
12. DARGENT-PARE C, BOURGEOIS D. Les inégalités sociales de santé. Lyon : La découverte ; 2000. 329-37.

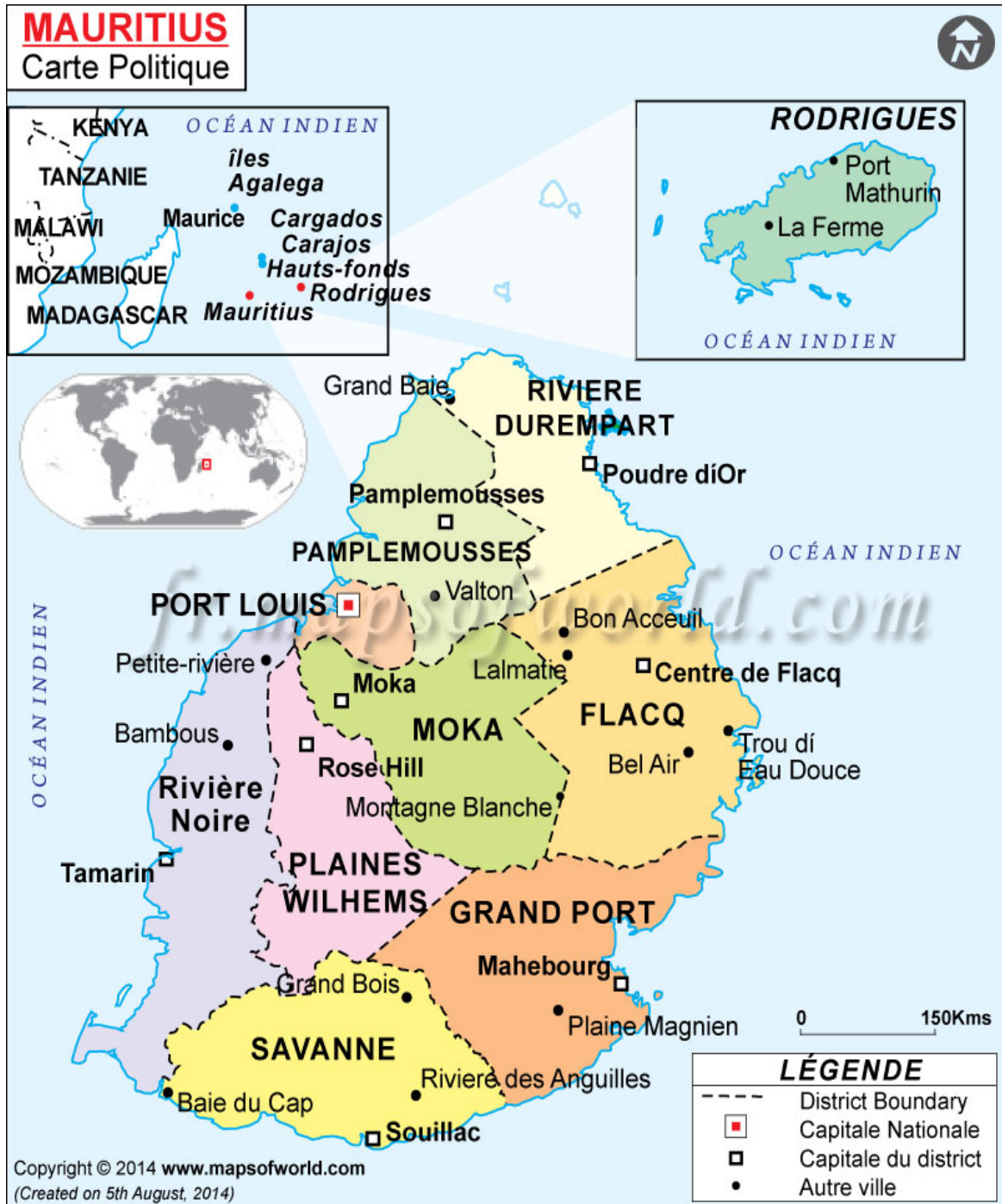
13. Diplomatie.gouv.fr. Géographie et Histoire de l'île Maurice [En ligne]. [consulté le 3 Juin 2016], Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/maurice/presentation-de-maurice/article/geographie-et-histoire-8682.mu>
14. Diplomatie.gouv.fr. Politique de l'île Maurice [En ligne]. [consulté le 3 Juin 2016], Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/maurice/presentation-de-maurice>
15. Evolution des structures médicales et sociétales à l'île Maurice [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté de Médecine ; 1977.
16. Fdiworldental.org. Les maladies bucco-dentaires. L'enjeu des maladies bucco-dentaires. Un appel pour une action mondiale [En ligne]. [consulté le 14 Février 2016]. Disponible sur: http://www.fdiworldental.org/media/84764/book_spreads_oh2_french.pdf
17. Fdiworldental.org. La vision 2020 de la FDI. Une prospection sur l'avenir de la santé bucco-dentaire [En ligne]. [consulté le 23 Janvier 2016]. Disponible sur: http://www.fdiworldental.org/media/12502/vision_2020_french.pdf
18. GALMICHE F. Le rôle de l'alimentation dans la santé bucco-dentaire [Thèse d'exercice]. Université Henri Pointcaré, Faculté de Chirurgie-Dentaire [Nancy – France], 2011, 179p.
19. GERBEAU H. Religions et identité créole à l'île Maurice. Histoire et missions chrétiennes. Aix-Marseille : Editions Karthala ; 2009.
20. Govmu.org. Faune et Flore [En ligne]. [consulté le 17 Janvier 2016]. Disponible sur : <http://www.govmu.org/French/ExploreMauritius/Geography-People/Pages/GeographyPeople/Fauna.aspx>
21. Govmu.org, Gouvernement Information Services. Les maladies non transmissibles [En ligne]. [consulté le 19 Janvier 2016]. Disponible sur: <http://gis.govmu.org/English/newsroom/features/Pages/Les-maladies-non-transmissibles.aspx>
22. HAS-Santé.fr. Stratégie de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations [En ligne]. [consulté le 15 Février 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
23. Health.govmu.org, Health Statistics Report 2015, Island of Mauritius and Island of Rodrigues [En ligne]. [consulté le 15 Juin 2016]. Disponible sur: <http://health.govmu.org/English/Statistics/Health/Mauritius/Documents/NATIONAL%20REPORT%202015.pdf>
24. JAUZE J-M. « Maurice, petit pays, grandes ambitions ». Espace, Société, Territoire 2012; (628), Disponible sur: <https://cybergeog.revues.org/25660#authors>

25. JOYMANGUL P. Etre sage-femme à l'île Maurice [Mémoire]. Université Henri Pointcaré, Faculté de Sage-Femme [Nancy - France], 2010, 90p.
26. KOOP K. La trajectoire d'émergence de l'île Maurice. Rattrapage puis ajustement à la globalisation. Piveteau A, Rougier E, Nicet-Chenaf D. Emergences capitalistes du sud. Editions Karthala; 2013. p.169-84.
27. LACHAUD O. Le système de santé à l'île Maurice : Etat de santé de la population et évolution de l'offre de soins [Thèse d'exercice]. Université de Santé, Faculté de Pharmacie [Nantes - France], 2006, 77p.
28. LAPLACE L, KAMENDJE B, NIZARD J, LOZ JM, CHAPERON J. Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90, Santé publique 2002, 14(1), 47-56.
29. Larousse.fr. Histoire de l'île Maurice [En ligne]. [consulté le 29 janvier 2015]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/pays/Maurice/132355>
30. LeMauricien.com. Etudes sur les maladies non transmissibles [En ligne]. [consulté le 11 Février 2016]. Disponible sur: <http://www.lemauricien.com/article/etude-sur-les-maladies-non-transmissibles-dr-anil-deelchand>
31. LeMauricien.com. Maurice n'est plus dans le top 10 [En ligne]. [consulté le 15 Mars 2016]. Disponible sur: <http://www.lemauricien.com/article/diabete-maurice-n-plus-top-10>
32. Lexpress.mu. Il faut préserver son capital de santé bucco-dentaire [En ligne]. [consulté le 15 Janvier 2006]. Disponible sur: <http://www.lexpress.mu/article/«-il-faut-préserver-son-capital-de-santé-bucco-dentaire-»>
33. Lexpress.fr. Les 10 points clefs de l'île Maurice [En ligne]. [consulté le 29 Mars 2016]. Disponible sur : http://www.lexpress.fr/actualite/monde/afrique/les-10-points-clefs-de-l-ile-maurice_1367694.html
34. MAUDAVE A. Présence Française (1715-2015) Tricentenaire de l'arrivée des français à l'île Maurice, Paris : Les éditions du Corsaire ; 2015.
35. Ministry-Education.govmu.org. Les maladies non transmissibles [En ligne]. [consulté le 15 Mars 2016] Disponible sur: <http://ministryeducation.govmu.org/English/curricular/Documents/School%20Health%20Prog/Les%20Maladies%20non-transmissibles%20a%20Maurice.pdf>
36. Health.govmu.org. Ministry of Health and Quality of life. Health Statistics Unit. [En ligne]. [consulté le 14 janvier 2016]. Disponible sur : <http://health.govmu.org>
37. Oecd.org. Les perspectives économiques à Maurice en 2015 [En ligne]. [consulté le 29 Mars 2016]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/pays/maurice>

38. OMS. Rapport de consultation de l'OMS, série de rapports techniques ; Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. [En ligne]. [consulté le 12 Mars 2016]. Disponible sur : [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO TRS 894/fr/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/fr/)
39. Social-Santé.gouv.fr. Les principales données de la santé bucco-dentaire. [En ligne]. [consulté le 12 Avril 2016]. Disponible sur: [http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese du plan bucco-dentaire.pdf](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf)
40. Statistiques-Mondiales.com. Statistiques de la République de Maurice. [En ligne]. [consulté le 3 Janvier]. Disponible sur: <http://www.statistiques-mondiales.com/maurice.htm>
41. Ufsbd.fr. Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé [En ligne]. [consulté le 2 Mars 2016]. Disponible sur: [http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Contribution-UFSBD-Stratégie-Nationale-de-Santé-10-avril-2014.pdf](http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Contribution-UFSBD-Strategie-Nationale-de-Santé-10-avril-2014.pdf)
42. WONG NG S. L'évolution du système de soins à l'île Maurice depuis son indépendance en 1968 [Thèse d'exercice]. Université Henri Pointcaré, Faculté de Médecine [Nancy - France], 2008, 159p.

Annexes

Annexe 1 : Carte des districts de l'île Maurice



Th. D. : Chir. Dent. : Lille 2 : Année [2016] – N°:

Enquête sur le système de santé public et privé mauricien : Analyses et Perspectives
TOME 1 : LE SECTEUR PUBLIC / **D'HALLUIN Charles-Edouard**. - p. (98) : ill.
(28) ; réf. (42).

Domaine : Epidémiologie Statistiques

Mots clés Rameau : Santé publique – Enquêtes – Maurice, Hôpitaux publics - Maurice – Histoire, Prophylaxie dentaire, Dentistes - Maurice, Maladies non transmissibles, Santé publique - administration, Politiques sanitaires.

Mots clés FMeSH : Hôpitaux publics - Maurice, Prophylaxie dentaire, Odontologie de santé publique, Dentistes – Maurice.

Mots clefs libres : Système de santé, Organisation sanitaire

Résumé de la thèse :

Depuis son indépendance en 1968, l'île Maurice a construit un système de santé en phase avec son statut de pays en voie de développement, tout en prenant en compte le fort héritage colonial et la diversité culturelle qui la caractérise. A cette époque, le pays a dû faire face aux nombreuses maladies transmissibles introduites par les colons et les esclaves venus des quatre coins du monde. L'accès aux soins a été rendu possible grâce au principe de gratuité des soins dans le secteur public. Aujourd'hui, la mutation socio-économique et l'occidentalisation du mode de vie des mauriciens a provoqué l'arrivée de nouvelles pathologies au sein de la population ; les maladies non transmissibles telles que les pathologies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer. Ce système de santé a été rapidement confronté à la profonde mutation socio-économique du pays. L'adaptation de l'offre de soins a été moins rapide que la mutation sociale. Cette organisation sanitaire autrefois suffisante coûte désormais de plus en plus cher et le budget de la santé ne cesse d'augmenter à cause de ces maladies considérées comme un fardeau économique. L'état mauricien met tout en œuvre pour atteindre le niveau de santé comparable aux pays industrialisés depuis plus longtemps qu'eux. Cependant, des modifications du système de santé doivent être apportées pour qu'il puisse survivre et continuer de progresser.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Asseseurs : Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE
Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME
Monsieur le Docteur François DESCAMP

Membre invité : Monsieur le Docteur Ajmal PANCHOO