



LES MOUVEMENTS NATURELS DE POPULATION

LE CADRE DE L'ÉVOLUTION DEPUIS 1945

UNE NATALITÉ CROISSANTE, UNE MORTALITÉ DE PLUS EN PLUS FAIBLE

De 1945 à 1990, la population du Territoire a plus que triplé, passant de moins de 55 000 (53 888 au recensement du 10 juin 1946) à plus de 190 000 habitants (188 814 au 6 septembre 1988), ce qui correspond à un taux d'accroissement annuel voisin de 4 %. Les Figures 1 et 2 montrent l'évolution, de 1945 à 1986, du nombre de naissances, du nombre de décès, de la population moyenne de l'année, ainsi que des taux de natalité, de mortalité et d'accroissement naturel (obtenus en effectuant la différence des 2 précédents).

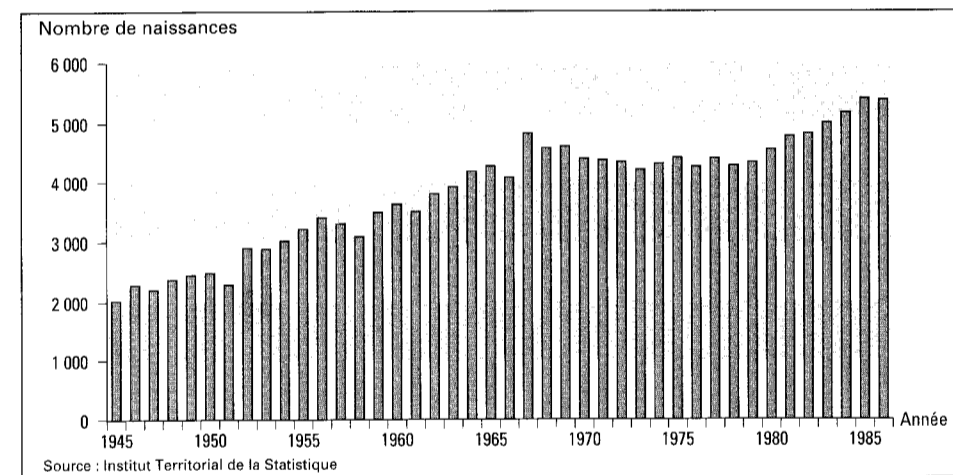


Fig. 1 : Évolution du nombre annuel de naissances en Polynésie française de 1945 à 1986

Le nombre annuel de naissances est désormais stabilisé au-dessus de 5 000 naissances, et ce depuis 1984. Il est resté longtemps compris entre 4 000 et 5 000 (de 1964 à 1983). En dépit du chiffre record enregistré en 1988 avec 5 700 naissances dans l'année, la forte croissance observée depuis 1979 semble arrêtée ou du moins ralentie.

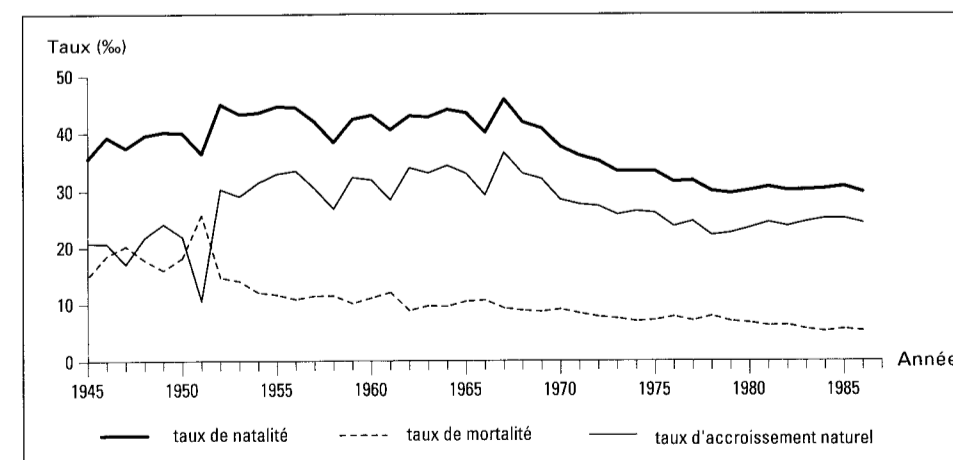


Fig. 2 : Évolution des taux de natalité, de mortalité et d'accroissement naturel en Polynésie française de 1945 à 1986

Élevée et sujette à d'amples variations aux lendemains de la deuxième guerre mondiale, la mortalité a commencé à reculer dès 1952, et est restée constamment en dessous de 10 % dès 1967, et entre 5 et 7 % au cours des dix dernières années, alors que la natalité a continué à augmenter jusqu'en 1967 environ. Entre 1987 et

1989, le taux de natalité est cependant encore proche des 30 %, soit sensiblement un peu plus que la moyenne mondiale qui se situe à 28 %. Au cours de cette même période, le taux de mortalité a atteint un niveau relativement faible, moins de 5,3 %, la moyenne mondiale se situant à 10 %.

Cette situation est cause d'un fort excédent naturel (près de 4 500 habitants en plus chaque année, indépendamment de toute immigration) qui se manifeste par un taux d'accroissement naturel de presque 2,5 % l'an, ce qui situe la Polynésie française au niveau des pays les plus mals lotis et constitue un handicap majeur pour son avenir.

UNE POPULATION JEUNE

Près de 4 personnes sur 10 (36 %) avaient moins de 15 ans au dernier recensement du 6 septembre 1988, près d'une personne sur deux (47 %) avait moins de 20 ans, et moins d'un habitant sur 6 (15 %) dépassait l'âge de 40 ans. Quant aux personnes âgées de plus de 60 ans, elles ne représentaient que 5 % de la population totale, et celles de plus de 70 ans représentaient moins de 1 %.

Ce constat est à prendre en considération dans le cadre des perspectives démographiques; en effet, chaque année, le nombre de jeunes femmes qui entrent dans la vie procréatrice est nettement supérieur à celui des femmes plus âgées qui en sortent. Ainsi, au dernier recensement, les effectifs féminins du groupe d'âge 15-19 ans (groupe d'entrée dans la période de procréation) étaient de 9 923 personnes contre 3 694 pour le groupe d'âge 45-49 ans considéré comme le groupe de sortie de la période de procréation.

Cette situation a des répercussions sur l'effectif futur de la population de la Polynésie; ainsi, même si les générations de femmes qui sont actuellement en âge d'avoir des enfants n'ont pas la même attitude en matière de fécondité que leurs aînées, on observe que le nombre de naissances n'a cessé d'augmenter au fil des années; on appelle ce phénomène l'"élan démographique".

G. BAUDCHON et E. VIGNERON

LA FÉCONDITÉ

Le taux brut de natalité n'est pas un indicateur parfait, car il dépend beaucoup de la structure par sexe et par âge de la population. On lui préfère le plus souvent le taux de fécondité, qu'il soit général ou par âge, ou la "somme des naissances réduites" qui est l'indice synthétique de fécondité.

L'ÉVOLUTION DE LA "SOMME DES NAISSANCES RÉDUITES"

La **somme des naissances réduites** (SNR) est le nombre moyen d'enfants qui seraient nés vivants d'une femme pendant sa vie, si elle vivait ses années de procréation en se conformant aux taux de fécondité par âge d'une année (ou d'une période donnée). Cet indice exprime en un chiffre unique la fécondité des femmes pour une année donnée; c'est pour cela qu'il est appelé aussi: **indicateur conjoncturel de fécondité** (ICF). C'est un calcul qui permet de répondre à la question: combien d'enfants les femmes ont-elles aujourd'hui dans tel lieu géographique?

En Polynésie, il a été calculé pour diverses périodes de 1959-1963 à 1985-1986, mais les résultats pour 1983-1984 et pour 1985-1986 ne sont que provisoires (Fig. 3).

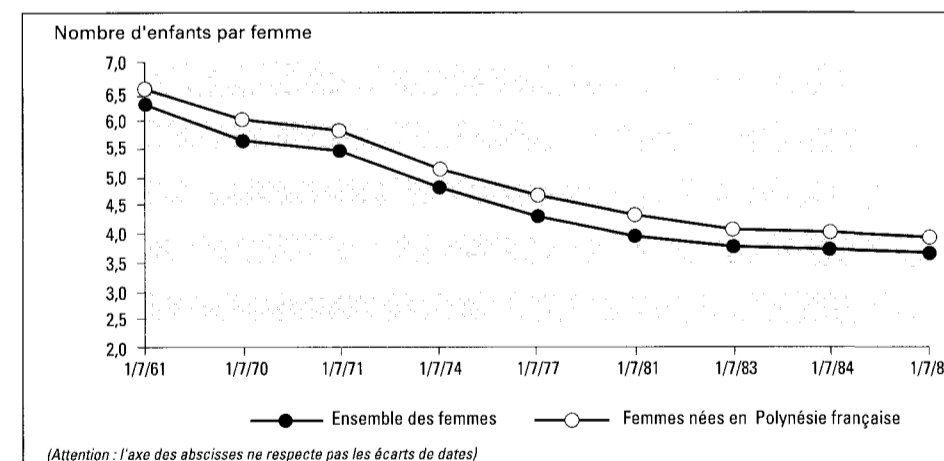


Fig. 3 : Évolution de la somme des naissances réduites en Polynésie française

En 25 ans environ, soit une génération, la "somme des naissances réduites" a été divisée par 1,7, ce qui constitue un recul important. Pour 1985-1986, le niveau est de l'ordre de 3,7 enfants par femme pour l'ensemble des femmes en âge de procréer résidant en Polynésie, et de 3,9 pour les femmes nées dans le Territoire, soit un niveau sensiblement supérieur à celui de la moyenne mondiale qui est de 3,6 enfants en 1985. Les pays les plus développés ont une SNR de l'ordre de 1,8, alors que la moyenne des pays africains est de 6,3. Dans le Pacifique, les Samoa atteignent encore 5,0, la Papouasie - Nouvelle-Guinée 5,3, les îles Salomon 6,6 alors que, pour Fidji et la Nouvelle-Calédonie, elle est estimée respectivement à 3,2 et 3,1 enfants par femme. Pour mémoire, rappelons que le niveau de remplacement des générations en France métropolitaine, compte tenu des conditions de mortalité, est situé à 2,1 naissances par femme, et qu'au maximum du "baby boom" de l'après-guerre dans les pays riches occidentaux, la "somme des naissances réduites" n'a pas, sauf exception, dépassé 4 enfants par femme.

Comment expliquer cette évolution en Polynésie? Il convient de signaler que le passage d'un niveau élevé à un niveau inférieur de fécondité est dû à l'effet

combiné de tout un ensemble de facteurs dont il n'est pas aisé de mesurer l'importance relative. Il faut citer pêle-mêle, parmi les facteurs économiques et sociaux, les fonctions et la structure de la famille, la corrélation entre la mortalité (infantile et juvénile) et la fécondité, l'élévation du niveau de vie et l'accroissement du coût de l'éducation des enfants, le niveau d'instruction, la mobilité sociale, l'urbanisation et le travail des femmes. Ainsi pour ce dernier facteur, il est intéressant de constater que la proportion de femmes ayant une activité économique a plus que triplé entre 1956 et 1983; en effet, en 1956, seulement 13 femmes sur 100 ayant entre 15 et 60 ans occupaient un emploi (encore faut-il tempérer ce résultat par le fait que beaucoup de ces emplois se situaient dans l'agriculture traditionnelle); en 1977, la proportion atteignait 33 femmes sur 100, en 1983, 40 femmes sur 100, et plus d'une sur deux (52,2%) en 1988.

Parmi les autres facteurs ayant pu influencer sur le niveau de fécondité, il faut mentionner le recours à des méthodes de régulation des naissances. Ces méthodes ont été, pour la plupart, introduites en Polynésie dans les années 70. Une enquête réalisée par le Service des Affaires Sociales, à Tahiti, en 1982, auprès d'un échantillon de femmes en âge de procréer, concluait à un taux d'utilisation de méthodes contraceptives de l'ordre de 56 %. Sur ces 56 %, 14 % correspondaient à des méthodes dites naturelles. Un article paru dans "Studies in Family Planning" (LUCAS et WARE - 1981) fait état de 29 % de femmes acceptant les méthodes contraceptives vers 1979 (hors méthodes naturelles), la source de ces données étant l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La loi de 1976 sur l'interruption volontaire de grossesse n'a pas été étendue à la Polynésie. Diverses sources font mention de pratiques d'avortements; Les auteurs que l'on vient de citer avancent un chiffre de 2 000 avortements par an à la fin des années 70; un rapport plus récent du Comité Économique et Social mentionne 2 500 avortements par an. Ce résultat paraît élevé, car il signifierait qu'une femme en moyenne aurait recours à 2,5 avortements pendant sa période de procréation!

L'ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ SELON L'ÂGE

L'examen des taux de fécondité par âge à différentes périodes est révélateur des évolutions de comportement en matière de fécondité. Ainsi, la Figure 4 fait ressortir une évolution très nette de la fécondité selon les groupes d'âge quinquennaux. Si, dans l'ensemble, les courbes de 1959-1963 et 1969-1971 sont très proches l'une de l'autre, alors que la même constatation s'impose pour celle de 1980-1981 et 1985-1986, le fait marquant est la très nette baisse de la fécondité enregistrée après 25 ans, mais surtout à partir de 35 ans.

Entre les 2 périodes extrêmes (1959-1983 et 1985-1986), le taux de fécondité par âge a été divisé par:

- 1,3 pour le groupe d'âge 15-19 ans
- 1,4 pour le groupe d'âge 20-24 ans
- 1,7 pour le groupe d'âge 25-29 ans
- 1,8 pour le groupe d'âge 30-34 ans
- 2,6 pour le groupe d'âge 35-39 ans
- 3,6 pour le groupe d'âge 40-44 ans

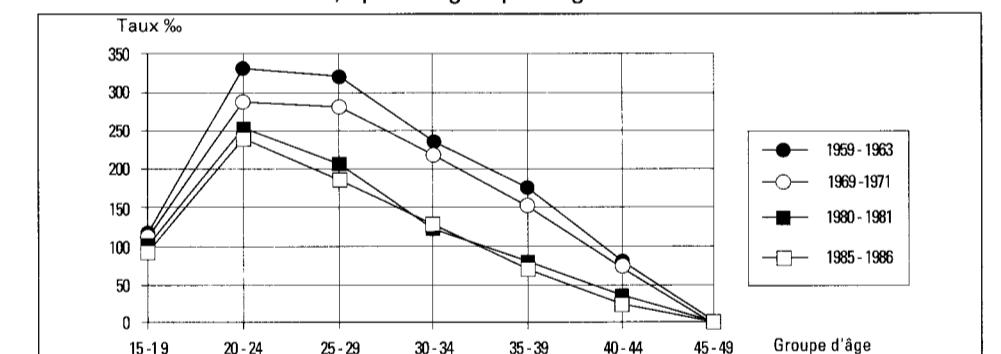


Fig. 4 : Évolution des taux de fécondité par groupe d'âge en Polynésie française de 1959 à 1986

La contribution de chaque groupe d'âge à la fécondité globale (encore appelé calendrier de la fécondité) s'est donc modifiée et, si en 1959-1963, 61 % de la "somme des naissances réduites" n'étaient atteints qu'à l'âge de 30 ans, en 1985-1986, le résultat est de l'ordre de 69 %; de même à l'âge de 35 ans, on observe un décalage identique de 8 % entre les deux périodes (79,5 % contre 87,5 %).

LE CAS PARTICULIER DE LA FÉCONDITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES

Les taux de fécondité pour les groupes d'âge de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans sont respectivement de 1,7 % et de 95,2 % en 1985-1986, en Polynésie française. Ce niveau est-il élevé ou est-il dans la moyenne internationale?

On dispose de peu de points de comparaison pour les moins de 15 ans; en Polynésie, l'évolution entre 1975-1979 et 1985-1986 fait apparaître un accroissement du taux de fécondité des 10-14 ans qui est passé de 1,4 à 1,7 %.

Pour les 15-19 ans, la diminution du taux de fécondité est constante depuis 1959, passant de 118 à 95 % en 1985-1986; entre 1975-1979 et 1985-1986, le taux est passé de 110,6 à 95,2 %. Le taux observé en Polynésie se situe en deçà des taux observés dans les pays africains (de 100 à 300 %), à un niveau comparable à celui des pays d'Amérique latine, mais atteint de 3 à 10 fois le niveau des pays occidentaux (35 % en Autriche, 18 % en France, et 9 % aux Pays-Bas).

G. BAUDCHON

LA MORTALITÉ

La mesure de l'évolution des différents indicateurs de la mortalité constitue, outre une nécessité de l'aide au développement, un excellent “marqueur” du progrès des sociétés océaniques, d'autant plus que l'évolution de ces indicateurs est plus ou moins rapide. À une échelle plus fine, et si l'on en accepte le principe, la transposition de cette mesure du domaine du temps à celui de l'espace doit permettre de déceler des inégalités spatiales. Il en va de même du modèle de la Transition Épidémiologique de Omran revu par Picheral (OMRAN-1971 ; PICHERAL-1989). Transposé à l'espace, ce modèle peut fournir un traceur remarquable des inégalités socio-spatiales, comme dans le domaine de la morbidité. La Polynésie française constitue bien, pour l'étude de la mortalité, un terrain de choix, de par ses caractères d'insularité, d'isolement relatif et de dépendance. Mais elle pose, au préalable, par la petitesse de ses effectifs humains, un problème plus général de mesure de la mortalité au sein de petites populations qui, outre ses aspects théoriques, présente de très lourdes contraintes pratiques.

LE REcul DE LA MORTALITÉ

C'est une chute de la mortalité depuis une quarantaine d'années qui explique, en l'absence d'immigration notable, l'accroissement spectaculaire de la population de Polynésie française qui est passée de 58 200 habitants en 1946 à 84 551 en 1962 et 188 814 au dernier recensement de septembre 1988. Situé au niveau de 17,5 % aux lendemains de la deuxième guerre mondiale, le taux brut de mortalité du Territoire est resté supérieur à 10 % jusqu'à la fin des années 60, mais est, depuis quelques années, inférieur à 6 %. Pour sa part, le taux de mortalité infantile, supérieur à 100 % jusqu'au milieu des années 50 (VIGNERON - 1989) a continuellement chuté pour se situer ces dernières années à 19 %.

Tableau 1: Évolution de la mortalité en Polynésie française de 1945 à 1988

Période	Naissances (a)	Décès (b)	Population (c)	Taux brut de mortalité (d)	Interv. de confiance	Taux de mortal. infantile (e)	Interv. de confiance
1945 - 1949	2 272	1 034	59 080	17,5	±1,4	119,6	±17,5
1950 - 1954	2 719	1 098	65 120	16,9	±1,3	132,2	±16,7
1955 - 1959	3 297	866	76 280	11,4	±1,0	91,0	±12,9
1960 - 1964	3 803	912	84 660	10,8	±0,9	86,0	±11,7
1965 - 1969	4 464	1 008	98 760	10,2	±0,8	67,2	±9,7
1970 - 1974	4 320	975	121 404	8,0	±0,7	51,4	±8,7
1975 - 1979	4 330	1 025	138 659	7,4	±0,6	56,2	±9,0
1980 - 1984	4 860	958	160 451	6,0	±0,5	32,0	±6,5
1985 - 1989	5 433	973	182 525	5,3	±0,4	19,0	±4,8
(a) Nombre moyen annuel de naissances vivantes (b) Nombre moyen annuel de décès (c) Moyenne de la population pour la période quinquennale				(d) Nombre moyen annuel de décès pour 1 000 habitants (e) Nombre moyen annuel de décès d'enfants de moins d'un an nés vivants pour 1 000 naissances vivantes			

Données de base: Institut Territorial de la Statistique, dépouillement de l'état civil, 1988

L'évolution des différents taux de mortalité infantile, retracée sur les dix-sept dernières années, contribue à nuancer ce progrès puisque, si la mortalité infantile est globalement à la baisse, les différents taux restent cependant supérieurs à ceux observés en France métropolitaine. L'évolution très favorable du taux de mortalité périnatale (morts-nés + morts au cours de la première semaine de vie) qui est de 13,7 % pour 1986-1988 et de la mortalité néo-natale précoce (avant 1 mois) avec un taux de 7,5 %, témoigne d'un bon encadrement des femmes enceintes et des nouveaux-nés en milieu hospitalier. Mais le maintien d'un taux élevé de mortalité post néo-natale (morts entre 1 mois et 1 an) de 10,7 % pose le problème de la surveillance du nourrisson au cours de la première année de vie. On a là une situation inverse de celle des pays les plus industrialisés: en Polynésie française 59 % de la mortalité infantile est le fait de la mortalité post néo-natale.

Tableau 2: Évolution de la mortalité infantile en Polynésie française de 1973 à 1988 (taux ‰).

Mortalité	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
infantile	52,1	49,9	42,5	67,7	56,9	64,4	48,9	40,7
néo-natale précoce	17,6	13,7	16,1	14,3	13,9	15,0	13,6	14,1
néo-natale	20,5	18,3	20,7	24,2	19,8	22,2	19,9	17,6
post néo-natale	31,7	31,6	21,8	43,5	37,1	42,1	29,1	23,1
péri-natale	39,1	33,0	34,8	30,1	29,8	31,3	28,0	28,8
morti-natalité	21,9	19,6	18,9	16,0	16,1	16,6	14,6	15,0

Mortalité	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
infantile	40,9	33,2	23,4	19,9	23,0	18,4	20,4	15,8
néo-natale précoce	16,3	9,5	10,0	7,2	7,4	5,4	5,9	-
néo-natale	19,7	12,5	12,4	8,5	10,4	8,0	8,0	6,5
post néo-natale	21,2	20,8	11,0	11,4	12,6	10,4	12,4	9,3
péri-natale	30,2	23,9	22,9	16,1	17,2	13,1	14,8	13,3
morti-natalité	14,1	14,5	13,0	9,0	9,9	7,7	8,8	8,2

Source: Institut Territorial de la Statistique (27 / 05 / 1988) (les résultats de 1988 sont provisoires)

L'espérance de vie est ainsi passée de 54 ans en 1955 à 68 ans en 1988 pour les deux sexes réunis. L'estimation de la durée de vie moyenne en 1983-1984 pour

chacun des deux sexes suggère d'intéressantes comparaisons avec les autres DOM-TOM, la France métropolitaine, et les régions voisines pour lesquelles les dernières estimations remontent au début des années 80.

En l'état actuel du dépouillement de l'état civil, il ne nous a pas été possible de standardiser les taux bruts de mortalité depuis 1945. Toutefois, il convient de noter qu'à structure d'âge comparable, le taux de mortalité en Polynésie française, en utilisant la population mondiale type OMS comme population de référence, est aujourd'hui de 9 ‰. Rappelons que ce taux était de 5,2 ‰ pour la France métropolitaine en 1986 et, dans la région du Pacifique Sud, de 5,1 ‰ pour l'Australie en 1986 et de 6 ‰ en Nouvelle-Zélande en 1987. On notera aussi que le taux standardisé de la mortalité en Polynésie française est très certainement supérieur à ceux de l'île de la Réunion (7,6 ‰ en 1975, d'après LOPEZ-1988), et de la Martinique (6,22 ‰), équivalent à celui de la France métropolitaine des années 60 et aux taux standardisés actuels (OMS, 1988) de pays, à d'autres titres comparables à Tahiti, comme les Seychelles (9,17 ‰), Hong-Kong (9,54 ‰), Trinidad et Tobago (9 ‰).

Tableau 3: Espérance de vie moyenne vers 1982-1984 (à la naissance, en années, par sexe)

État et Territoire	Hommes	Femmes	Population totale	Différence F – H
Polynésie française (1983 - 1984)	65,2	70,6	67,9	5,4
Polynésie française (1987 - 1988)	66,1	71,3	68,4	5,2
Guadeloupe (1981 - 1983)*	68	75,3		7,3
Martinique (1981 - 1983)*	71,9	76,1		4,2
Réunion (1981 - 1983)*	64,6	73,5		8,9
Guyane (1982)	65,3	73,8		8,5
Nouvelle-Calédonie (1980)**	62,8	68,6	65,6	5,8
France métropolitaine	70,6	78,7		8,1
Fidji (1981 - 1983)**	61,6	64,5	63,1	2,9
Samoa américaines (1982 - 1983)**	67,8	75,5	70,1	7,7
Îles Cook (1979 - 1981)**	64,4	69,9	67,2	5,5
Guam (1979 - 1981)**	70	76,6	73	6,6

* Lévy, 1986, *in* Population et Sociétés, n° 204 – ** South Pacific Commission. Information Circular n° 96, December 1986

UN NOUVEAU PAYSAGE PATHOLOGIQUE

En Polynésie française la déclaration des décès à l'état civil est en vigueur depuis plus d'un siècle. Mais celle des causes de décès ne l'est que depuis 1984, à la différence du DOM de la Réunion, par exemple, où elle est pratiquée depuis 1946. Il faut noter que dans le Territoire de Nouvelle-Calédonie, voisin, le recuei des causes de décès ne sera institué qu'en 1990. Le caractère récent de l'enregistrement des causes de décès en Polynésie française explique, pour partie, qu'il ne soit pas encore exhaustif: les causes non déclarées ou mal définies représentaient 26 % du total des décès en 1984, 23 % en 1985, 29 % en 1986 et en 1987, 22 % en 1988.

L'analyse des causes de décès en Polynésie française ne peut, en conséquence, remonter au-delà de 1984. Certes, il figure, depuis 1964, dans les Rapports annuels du Service de Santé Publique, des tableaux de mortalité hospitalière, mais celle-ci témoigne d'une mortalité évidemment faussée par le recrutement hospitalier. À cette distorsion s'ajoute, en Polynésie française, le biais introduit par l'habitude très répandue de sortie *in articulo mortis* qui soustrait à l'enregistrement hospitalier de nombreux décès. À partir de l'analyse des tableaux de morbidité hospitalière, nous avons cependant tenté de retracer l'évolution suivie depuis 19 ans.

Toutefois, un point de départ peut être fourni par le recueil des causes de mortalité

Tableau 4: Évolution des causes médicales de décès entre 1922 - 1931 et 1985 - 1988 et comparaisons internationales (par rang, % du total des décès, taux brut, taux standardisé par 100 000 hab. et Indice Comparatif de Mortalité, ICM)

Causes médicales de décès (d'après la CIM 9)	POLYNÉSIE FRANÇAISE						RÉUNION (3)		MÉTROPOLE			ICM POL. FR. / FR.	AUSTRALIE (4) Tx stand.	NOUVELLE-ZÉLANDE (4) Tx stand.	ICM POL. FR. / N-Z (5)	HONG-KONG (5) %	
	22 - 31 (1)		1985 - 1988 (2)				1991 - 1983		1983		1982 - 1986						
	Rang	% du total des décès	Rang	%	Taux brut	Taux standard.	%	Taux brut	%	Taux brut	Taux standard.						
Maladies infectieuses et parasitaires	1	41	7	4,5	24,7	43,5	2,7	16,2	1,3	12,8	6,7	649	2,8	4,2	1 036	3,1	
Tumeurs	7	4,3	3	14	74,7	129	13	72,5	24	231,7	141,5	91	128	142,4	91	29,4	
Maladies endocr., nutr., métabo.			10	2,1	11,2		4,6	26,2	2,5	20,1							
Maladies du sang et org. hémato.			15	0,2	1,2		0,3	1,8	0,4	4						12	
Troubles mentaux			14	0,6	3,2		5,7	32,4	2	17,7							
Maladies syst. nerv. et org. des sens	9	2,3	9	2,6	14,2		3,1	17,5		19,6						0,7	
Maladies appareil circulatoire	6	5,2	1	22	120	244	32	182	36	346,6	156,1	156	224,4	254,9	96	29,2	
Maladies appareil respiratoire	2	14	6	7,6	41,2	77,5	7	39,8	6,8	56,7	30	258	32,9	57,1	136	16,4	
Maladies appareil digestif	4	6	8	3,4	18,3	29	8,7	49,3	6,1	59,6	31,2	93	17,4	15,6	186	4,2	
Maladies org. génito-urinaires	8	3,7	11	1,9	10,6		1,4	7,6	1,6	15,4						4,4	
Complic. grossesses, accouch.			17	0,2	1,1		0,2	1,2		0,4						0,3	
Maladies peau et tissus cellulaires			18	0,3	1,5		0,3	1,6		3,1							
Maladies syst. ostéo. articulaire			16	0,2	1		0,2	1,1		4						0,2	
Anomalies congénitales			12	1,6	8,5		1,1	6,4		4,4							
Affections périnatales	5	5,3	13	1,5	8,2		2,1	11,9		3,2						2,1	
Causes mal définies	3	12	2	15	80,9		5,4	30,8		89						2,7	
Traum. Empois. Causes ext.	10	2,3	4	13	67,9	67,7	12	69,5	9,1	63,9	63,6	106	44	55,4	122	6,4	
Causes inconnues			5	9,9	53,9												
Total des décès		100		100			100		100							100	

(1) d'après données L. Sasportas pour Papeete, compilées par F. Sodter, avec son aimable autorisation

(2) d'après données de l'état civil, dépouillement de l'Institut Territorial de la Statistique

Rapports annuels de la Direction de la Santé Publique, Papeete

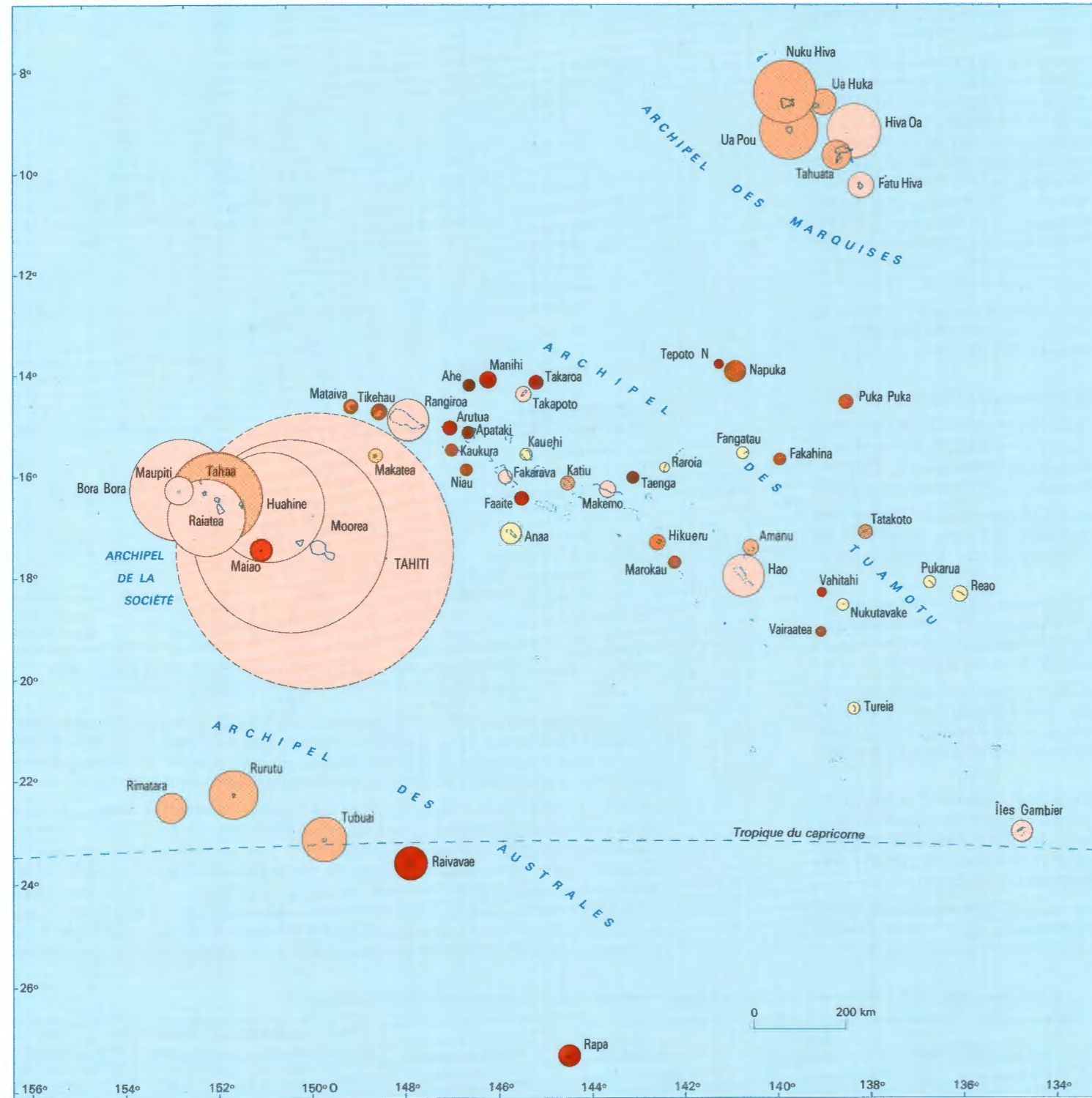
à Papeete auquel se livra le Dr. Sasportas dans les années 1922-1931. Les causes consignées par ce médecin, mois par mois, au cours de cette décennie, ont été compliées et reclassées selon la 9^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-09) par Sodter. Le Tableau 4 fournit les éléments d'une comparaison entre les causes de décès de la décennie 1922-1931 et celles de la période 1985-1988. Ces éléments constituent un premier indicateur de la transition épidémiologique en Polynésie française.

Pour la période 1922-1931 les **maladies infectieuses et parasitaires**, avec 41,4 % du total des décès, dominaient de très loin la mortalité générale. Elles n'en représentent plus en 1985-1988 que 4,5 %. Au second rang, il y a soixante ans, venaient les **maladies de l'appareil respiratoire**, avec 14 % des décès. Elles figurent encore aujourd'hui pour 7,6 % du total. Sans doute en raison de l'effort de diagnostic entrepris alors, et de l'inégal enregistrement actuel des causes initiales de décès, les décès liés à des symptômes, signes et états morbides mal définis ne représentaient, pour 1922-1931, que 11,6 % des décès: ils représentent aujourd'hui 4,8 % du total. En revanche, il y a 50 à 60 ans, les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs cancéreuses ne représentaient respectivement que 5,2 % et 4,3 % des décès. Il est vrai qu'alors l'espérance de vie ne permettait pas à beaucoup d'atteindre l'âge où ces pathologies se développent avec la plus grande fréquence et que de nombreuses maladies cardio-vasculaires étaient mal diagnostiquées, tandis qu'elles le sont remarquablement aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, les **maladies de l'appareil circulatoire** représentent aujourd'hui 22 % des causes de décès et les **tumeurs cancéreuses**, 14 %.

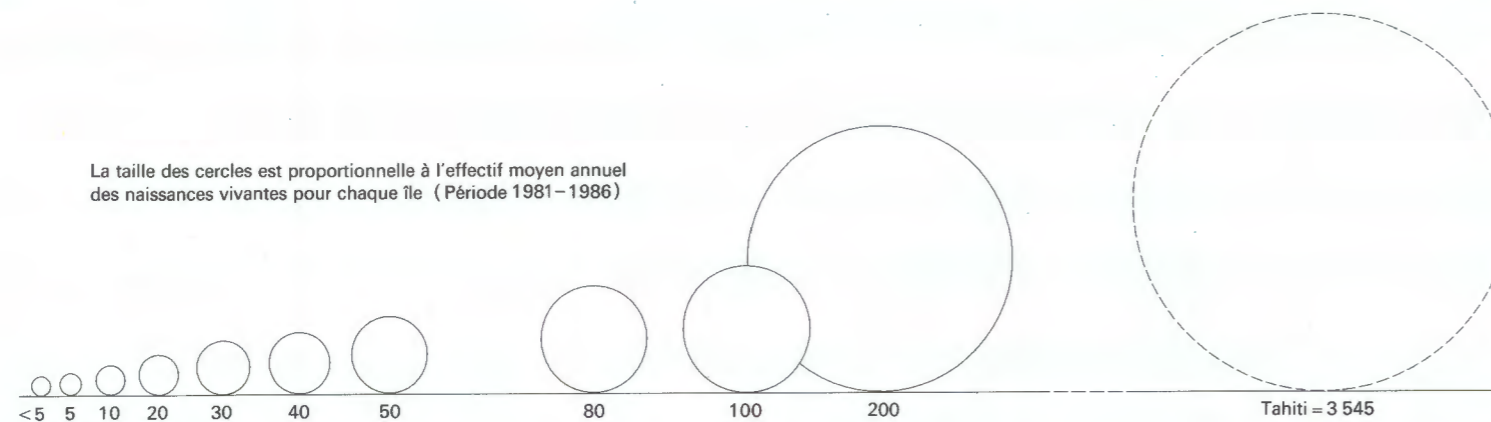
Il est intéressant de comparer la répartition des causes de mortalité polynésiennes à celles d'États ou de Territoires voisins ou qui constituent des “modèles” auxquels on se réfère volontiers à Tahiti. À bien des égards, le profil des causes de mortalité en Polynésie française paraît “en avance” sur le DOM de la Réunion où, il est vrai, les pathologies liées à l'alcoolisme et à la misère pèsent encore lourdement. Avec Hong-Kong, étudié par Phillips, la Polynésie française présente de nombreuses affinités que l'on peut associer, toutes proportions gardées, à une modernisation et une urbanisation spectaculaires (PHILLIPS - 1989). Mais, en dépit de ses aspects de pays avancé, la Polynésie française n'est pas encore au niveau de ses “modèles de référence”: France métropolitaine ou pays riches du Pacifique Sud, Australie et Nouvelle-Zélande. En effet, comme l'indiquent les indices comparatifs de mortalité (ICM), on meurt encore 5 fois plus de maladies infectieuses et parasitaires en Polynésie française qu'en France métropolitaine, et 10 fois plus qu'en Australie. Par ailleurs, il existe sans doute en Polynésie une légère sous-mortalité par cancer qui est du même ordre que celle de l'Australie. Les décès dûs aux maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire sont respectivement 1,6 et 2,6 fois plus élevés en Polynésie qu'en métropole. Les maladies de l'appareil digestif sont plus fréquemment à la source de décès en Polynésie qu'en France et qu'en Nouvelle-Zélande. Enfin, si les risques de décès par traumatisme et empoisonnement sont comparables avec ces pays, les décès consécutifs aux accidents de véhicules à moteur sur la voie publique (30/100 000) sont proportionnellement 2 fois plus élevés en Polynésie qu'en métropole (16,5/100 000),1,7 fois plus qu'en Australie (18/100 000) et 1,4 fois plus qu'en Nouvelle-Zélande (21,7/100 000). Il s'agit, en Polynésie, d'un taux tout à fait exceptionnel qui ne rencontre sans doute guère d'équivalent dans le monde, exception faite, selon l'annuaire des statistiques sanitaires mondiales de l'OMS, des situations du Surinam (27,4/100 000) ou du Koweït (28,1/100 000). Ceci n'est pas sans suggérer l'image d'un développement et d'une urbanisation aussi rapides que mal maîtrisés et artificiels, dus, selon le cas, aux essais nucléaires, au minerai ou au pétrole.

Cependant, en dépit de ces limites, la Polynésie française témoigne d'une rapide transition épidémiologique allant dans le sens prédit par le modèle proposé par Omran (1977), avec un développement des sociopathies toutefois plus précoce que d'après le modèle complété par Picheral en 1989.

MORTALITÉ INFANTILE



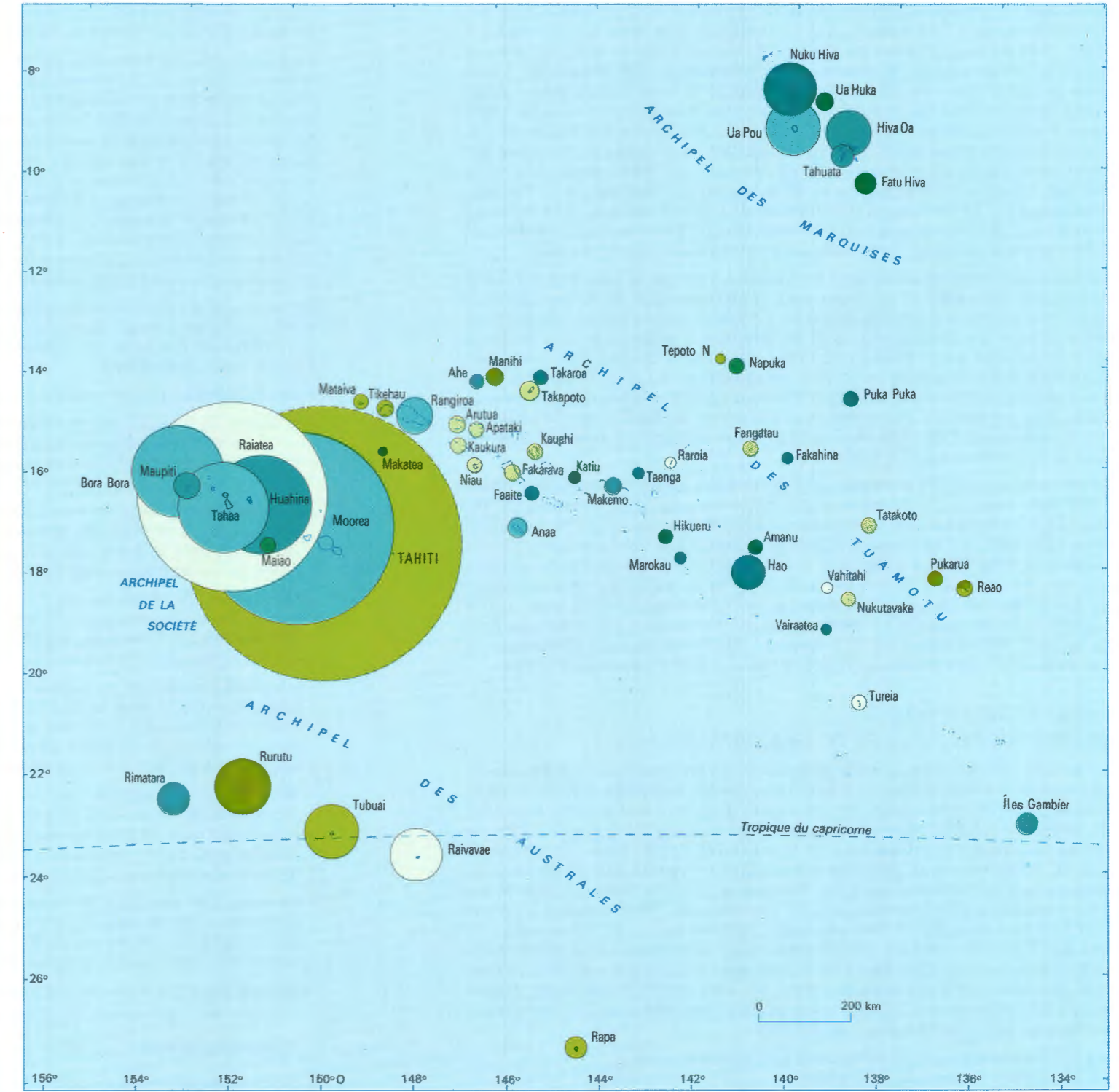
La taille des cercles est proportionnelle à l'effectif moyen annuel des naissances vivantes pour chaque île (Période 1981-1986)



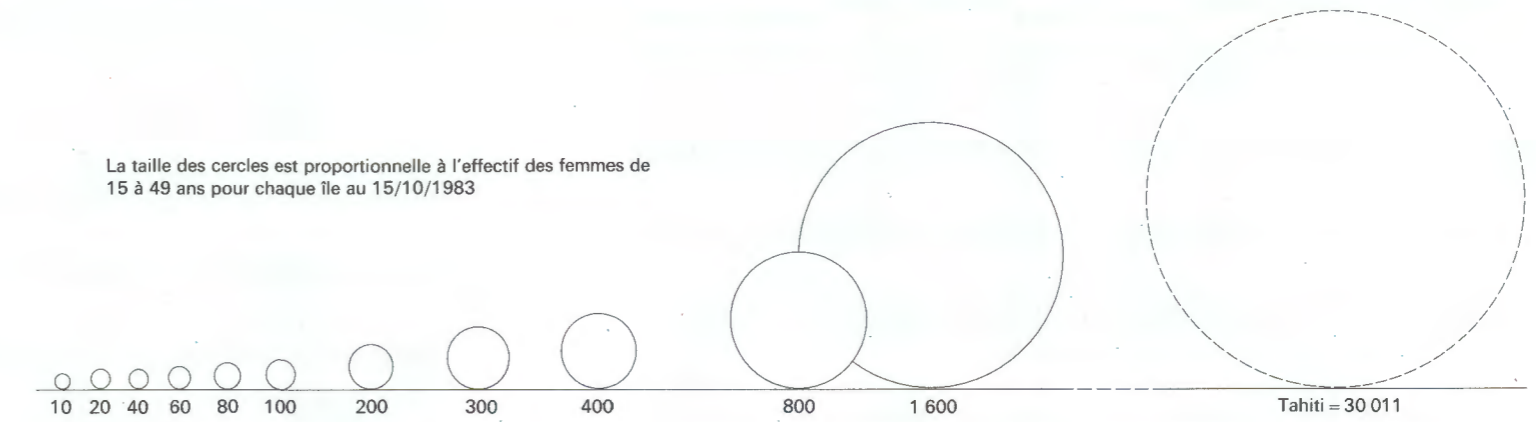
$$\text{Taux de mortalité infantile} = \frac{\text{nombre moyen annuel de décès d'enfants de moins de un an}}{\text{nombre moyen annuel de naissances vivantes domiciliées}} \times 1\,000$$



FÉCONDITÉ



La taille des cercles est proportionnelle à l'effectif des femmes de 15 à 49 ans pour chaque île au 15/10/1983



$$\text{Taux de fécondité estimé} = \frac{\text{nombre moyen annuel de naissances vivantes domiciliées}}{\text{nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans}} \times 1\,000$$



Source : INSEE . Recensement Général de la Population 1983, dépeillement de l'État Civil de Polynésie française

LES INÉGALITÉS RÉGIONALES DE LA MORTALITÉ EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

MESURE DES INÉGALITÉS RÉGIONALES

La mesure des inégalités régionales de la mortalité en Polynésie française est rendue extrêmement hasardeuse par la faiblesse des effectifs humains à considérer. Les 67 îles habitées du Territoire, sur un total de 118, regroupent 188 814 habitants au dernier recensement de septembre 1988 (Figure 5). À elle seule, l'île de Tahiti, avec 131 309 habitants, regroupe 70 % de la population totale; 75 % des autres îles habitées le sont par des groupes humains de moins de 1 000 personnes. Parmi ces 49 îles, 19 ont une population inférieure à 100 habitants, 26, entre 100 et 500 et 4, entre 500 et 1 000 habitants. Les géographes ont constaté par expérience qu'il est illusoire de mesurer la mortalité par île, compte tenu de la faiblesse des effectifs. De fait, une carte de la mortalité brute établie sur la base d'un découpage par île traduit une structuration de l'espace qui, pour être évidente à l'œil, n'en est pas moins très certainement fautive. Mais en dessous de quel "seuil dimensionnel minimal" faut-il se garder d'interpréter des mesures?

Une première façon d'abaisser ce seuil a consisté à observer la mortalité sur 6 ans pour la période 1981-1986 et sur 3 ans pour la période 1986-1988. Ceci permet, d'une part, de gommer d'éventuels épisodes, exceptionnels ou liés au hasard, pour s'intéresser à la tendance et, d'autre part, de diminuer d'autant d'années la valeur du seuil à déterminer pour la mesure du taux. En matière de mortalité une durée de l'ordre de 6 années semble constituer un maximum au-delà duquel les taux peuvent varier de façon contradictoire. De plus ces deux périodes présentent l'avantage, pour la première, d'encadrer le recensement de 1983 et pour la seconde, d'inclure le recensement de 1988. Pour cette dernière nous avons donc été amenés à estimer la population au 1/7/1987.

Compte tenu de ce qui a été envisagé dans la première partie de cette étude, de la valeur des taux mesurés de mortalité en Polynésie française et de la répartition du comptage sur plusieurs années, le seuil dimensionnel minimal peut être fixé, pour la période 1981-1986, à 2 690 habitants pour un intervalle de confiance de $\pm 1\%$, et pour la période 1986-1988, à 4 755 pour le même intervalle de confiance, et dans les deux cas, en acceptant un risque d'erreur de 10 %, supérieur déjà au risque habituellement accepté de 5 %. Concernant la mortalité infantile et pour un même risque d'erreur, si l'on accepte un intervalle de confiance de $\pm 2\%$ pour des taux de 28,8 ‰ pour 1981-1986 et de 18,2 ‰ pour 1986-1988, le seuil dimensionnel minimal peut être respectivement fixé à 3 154 et 4 029 naissances vivantes.

FAIBLESSE ET RÉDUCTION DES DISPARITÉS RÉGIONALES DE LA MORTALITÉ

C'est à l'échelle des archipels, entités géographiques de population supérieure au seuil dimensionnel minimal fixé, qu'il faut présenter les disparités régionales de la mortalité en Polynésie française, en renonçant à utiliser une échelle plus fine (Fig. 5). Malgré l'échelle retenue, il apparaît clairement qu'il n'existe pas de différences réellement significatives de la mortalité brute entre les différents archipels au cours des deux périodes étudiées, et un rapide calcul des taux de mortalité dans chaque unité spatiale indique qu'aucune île ne présente de mortalité exceptionnelle statistiquement significative. Tout au plus peut-on suggérer que la surmortalité des archipels périphériques, et notamment de l'archipel des Tuamotu-Gambier, le plus isolé, va en se réduisant et s'annule dans la période la plus récente. Ceci paraît en accord avec la tendance suggérée par les quelques données historiques disponibles (CLAIRIN-1972; RALLU-1980). Cette évolution est probablement à relier avec le développement de l'encadrement médical dans les îles périphériques depuis 1983.

Tableau 5: Évolution de la mortalité en Polynésie française par archipel (taux pour 1 000 naissances vivantes)

Archipel	Taux brut de mortalité				Taux de mortalité infantile			
	1959-1963 (1)	1969-1973 (2)	1981-1986	1986-1988	1959-1963 (1)	1969-1973 (2)	1981-1986	1986-1988
ÎLES DU VENT	10,2	8,2	5,6 ± 0,4	5,3 ± 0,4	71	57	23,6 ± 0,9	16,7 ± 3,9
ÎLES SOUS-LE-VENT	10,1	8,3	6,2 ± 1,1	5,4 ± 1	90	93	29,4 ± 7,4	22 ± 11,7
MARQUISES	8,4	8	5,2 ± 1,7	4,0 ± 1,5	80	78	36,0 ± 14,2	18 ± 16,8
AUSTRALES	14,6	8,1	6,4 ± 2,0	5,8 ± 1,9	138	108	62,6 ± 21,7	17,7 ± 20,8
TUAMOTU-GAMBIER	15,8	10,4	7,3 ± 1,7	5,3 ± 1,3	157	123	52,5 ± 13,4	31,7 ± 21,1
Archipels périphériques			6,2 ± 0,8	5,2 ± 0,7			40,7 ± 3,1	22,6 ± 7,4
POLYNÉSIE FRANÇAISE	10,8	8,2	6,0 ± 0,4	5,3 ± 0,3	92	65	27,3 ± 0,7	18,2 ± 3,5

(1) d'après Clairin: Population, 1972 — (2) d'après Rallu: Population, 1980

Le Tableau 5 indique que la mortalité a sans doute été longtemps plus forte dans les archipels éloignés, particulièrement aux îles Australes et aux Tuamotu-Gambier, notamment en ce qui concerne la mortalité infantile, l'une des plus sensibles au niveau de vie, c'est-à-dire à l'équipement sanitaire et social et au confort des foyers. Cette tendance suggère, malgré l'ampleur de l'intervalle de confiance du taux, que les Tuamotu-Gambier continuent de connaître une surmortalité infantile préoccupante quoique faible par rapport à d'autres situations. Sa diminution se heurte, dans cet archipel plus qu'ailleurs, à la dispersion de la population en petits groupes humains isolés rendant bien difficile un encadrement sanitaire satisfaisant. De même, l'archipel des Australes, qui compte des îles éloignées et d'accès difficile, présente t-il sans doute une légère surmortalité. Les îles Marquises, éloignées, mais qui bénéficient d'une couverture sanitaire et médicale importante, présentent pour leur part, des taux de mortalité standardisés et de mortalité infantile comparables à ceux des îles du Vent et des îles Sous-le-Vent.

LES INÉGALITÉS RÉGIONALES DES CAUSES DE DÉCÈS

La recherche, en Polynésie française, des inégalités régionales des causes de décès s'avère beaucoup plus fructueuse que celle des disparités de la mortalité générale. De fait, après avoir réduit partout les taux de mortalité, il est sans doute plus important désormais de savoir de quoi l'on meurt. Dans les régions qui ont atteint des taux de mortalité relativement faibles, c'est en effet dans la disparité des causes de décès que réside l'inégalité fondamentale des hommes devant la mort.

La mesure de ces inégalités relève, plus encore bien sûr que dans le cas de la mortalité générale, du comptage d'événements rares qui oblige à se limiter à l'étude des grands groupes de maladies. Elle se complique, en Polynésie, de l'inégal recueil des causes de décès d'un archipel à l'autre: là où ne réside aucun médecin les décès sont souvent de cause inconnue. C'est notamment le cas de l'archipel des Tuamotu où 90 % des causes de décès sont non certifiées, ou déclarées à la rubrique des "symptômes, signes et états morbides mal définis" (ICM 780-799). C'est, de façon générale en Polynésie, le cas de près d'un décès sur quatre. Aussi, faut-il se garder d'interpréter des différences trop faibles pour être significatives. Le Tableau 6 révèle toutefois un certain nombre d'inégalités significatives des différenciations socio-spatiales entre les îles du Vent, "modernes", "urbanisées" et les archipels périphériques, présentés comme des "conservatoires", et "ruraux".

En raison de la très mauvaise qualité du recueil des causes de décès aux Tuamotu, c'est l'indice comparatif de mortalité brute, par cause, de l'ensemble des archipels périphériques (excepté les Tuamotu) par rapport aux îles du Vent, qui fournit l'appréciation la plus forte.

Ainsi il apparaît, compte tenu des réserves de rigueur émises plus haut, que:

- le risque de mourir d'une maladie infectieuse et parasitaire est de 60 % supérieur dans les archipels périphériques qu'aux îles du Vent. Ceci paraît lié à une offre et une consommation médicales (surtout hospitalières) très inégalement réparties, et aussi, à un mode de vie plus traditionnel et plus exposé aux risques contagieux.

- ce risque, accru dans les archipels périphériques, est particulièrement manifeste pour les décès de maladies infectieuses intestinales dont beaucoup atteignent les jeunes enfants et qui sont très révélatrices du niveau de vie. Globalement le risque est en ce domaine de trois contre un.

- les risques de décès causés par des tumeurs sont sans doute un peu moins élevés dans les archipels périphériques qu'aux îles du Vent. Les décès par cancers liés aux habitudes tabagiques ne sont pas significativement différents, ce qui est en accord avec la forte consommation de tabac dans les archipels.

- les décès consécutifs au diabète sucré (ICM 250) sont proportionnellement 60 % moins nombreux dans les archipels périphériques qu'aux îles du Vent. Cela peut être mis en relation avec des régimes alimentaires moins déséquilibrés dans les archipels où les produits d'importation n'ont pas encore totalement remplacé les produits de l'agriculture et de la pêche.

- les maladies de l'appareil circulatoire sont sans doute plus souvent à la source de décès dans les îles du Vent. Cela est manifeste pour les cardiopathies ischémiques, et notamment pour les infarctus du myocarde. Le risque serait de 0,4 dans les archipels périphériques contre 1 aux îles du Vent, ce qui paraît pouvoir s'expliquer par un mode de vie plus stressant en zone urbaine pour une majorité de la population.

- les décès par maladies de l'appareil respiratoire ne sont pas significativement différents entre les îles du Vent et les archipels périphériques, à l'exception des décès par pneumonie de 80 % moins fréquents dans les archipels et dont l'explication mériterait une étude détaillée.

Tableau 6: Disparités régionales des causes de décès en Polynésie française, 1987-1988 (nombre moyen annuel de décès et taux brut moyen pour 100 000 habitants).

Causes médicales de décès	CIM - 9	Archipels										Total POLYN. FR.	Archipels périphériques	Indice (sans T-G)	ICM				
		ÎLES DU VENT		ÎLES SOUS-LE-VENT		MARQUISES		AUSTRALES		TUAMOTU - GAMBIER					Taux	Taux	Taux	Arch. î. du Vent	A. (sans T-G) î. du Vent
		Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux								
Maladies infectieuses et parasitaires	001 - 139	29	21	8	35	2	21	3	44	0	0	22	27	34	129	160			
Maladies infectieuses intestinales	001 - 009	8	6	3	14	1	14	3	37	1	6	8	16	18	273	315			
Tumeurs	140 - 208 et 230 - 239	107	77	15	67	4	48	3	44	8	87	74	64	59	83	76			
Tumeurs trach. bronch. poumons	161 - 162	22	16	3	14	1	7	2	22	3	29	16	17	14	106	88			
Tumeurs du sein	174	13	9	3	14	1	7	0	0	2	23	10	12	10	132	104			
Diabète sucré	250	20	14	1	5	0	0	1	15	1	6	12	6	6	40	40			
Maladies appareil circulatoire	390 - 459	180	130	29	134	6	75	5	74	3	35	122	96	110	74	85			
Maladies hypertensives	401 - 405	36	26	5	21	2	21	2	22	1	6	24	18	21	70	82			
Cardiopathies ischémiques	410 - 414	30	22	4	16	1	14	0	0	1	6	19	11	13	52	58			
Infarctus aigu du myocarde	410	19	14	2	7	1	7	0	0	1	6	12	6	6	41	41			
Maladies cérébro-vasculaires	430 - 438	29	21	4	16	1	14	1	7	1	12	19	14	14	66	68			
Maladies appareil respiratoire	460 - 519	58	41	8	37	2	21	4	52	3	29	40	35	36	84	88			
Pneumonie	480 - 486	16	12	1	5	0	0	0	0	1	6	10	3	3	29	24			
Bronchites chroniques, asthme	490 - 496	27	19	4	18	1	14	3	44	2	17	20	21	22	110	115			
Anomalies congénitales	740 - 759	14	10	3	14	0	0	0	0	0	0	9	7	8	67	83			
Affections période périnatale	760 - 779	12	8	1	5	2	21	0	0	1	6	8	7	7	81	84			
Symp. sign. états morb. m.d.	780 - 799	83	60	10	46	4	55	7	96	6	64	59	59	57	98	96			
Lésions, traumatismes et empoison.	800 - 999	21	15	4	16	0	0	0	0	0	0	13	8	10	53	66			
Décès non certifiés		39	28	22	101	8	103	8	111	43	491	64	179	103	644	372			
Causes extérieures	E 800 - E 999	79	57	18	81	1	14	4	52	2	23	56	54	62	95	108			
TOTAL DES DÉCÈS		726	524	122	559	24	321	35	512	53	613	524	523	502	100	96			

- les anomalies congénitales et les affections de la période périnatale ne semblent pas causer plus de décès dans les archipels qu'aux îles du Vent.

- enfin, il semble qu'il y ait 40 % de chances en moins de mourir de lésions traumatiques ou d'empoisonnement dans les archipels périphériques, que dans les îles du Vent.

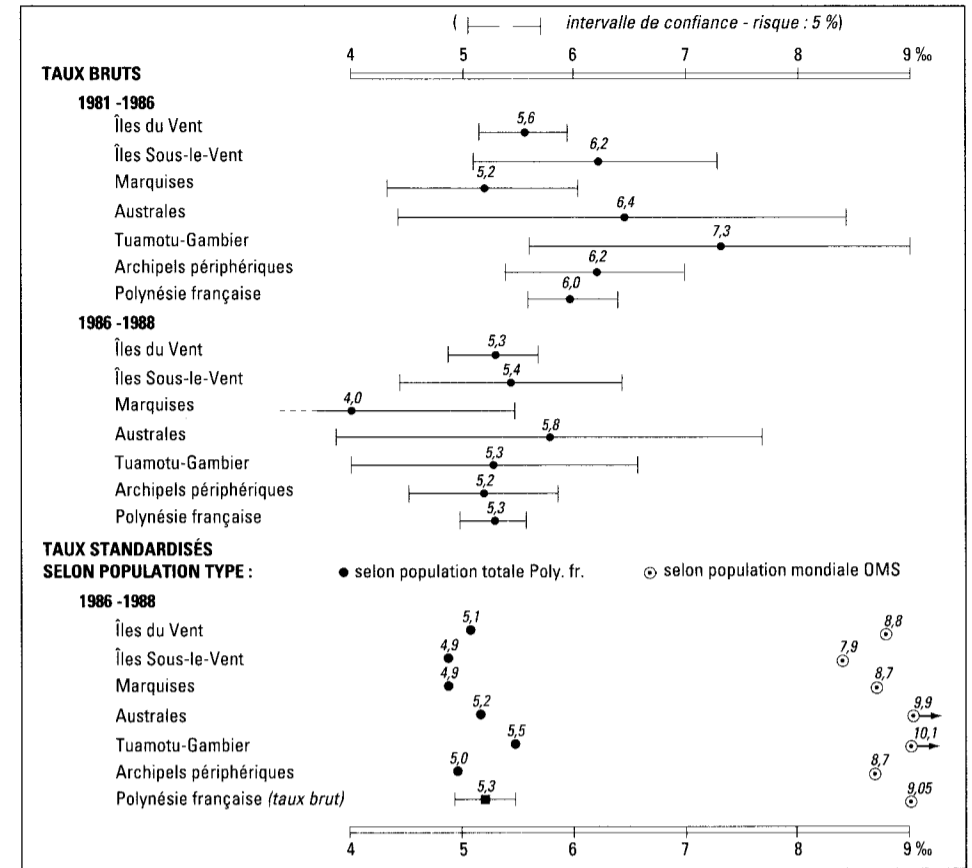


Fig. 5: Estimation de la mortalité en Polynésie française de 1981 à 1988 (taux bruts et taux standardisés, par archipel de résidence)

Les inégalités régionales de la mortalité en Polynésie française sont difficiles à mesurer. Cependant, avec quelques précautions indispensables et une méthode que nous croyons appropriée, car économique et simple, un certain nombre de différences apparaissent clairement à différentes échelles d'analyses.

La comparaison de la Polynésie avec les régions extérieures indique l'état actuel de la transition épidémiologique dans ce territoire. Le profil de la mortalité en Polynésie française se signale aujourd'hui par un niveau relativement bas de mortalité mais un niveau trop élevé de mortalité infantile sur laquelle l'évolution des années récentes montre que l'on peut encore agir. L'étude des causes de mortalité montre que la Polynésie française accuse les traits d'une transition épidémiologique rapide, incomplètement achevée et qui se manifeste à certains égards par un cumul des pathologies plus que par un transfert net de celles-ci.

Les différents archipels, placés dans des situations socio-économiques et culturelles tranchées, témoignent de situations contrastées. Tous néanmoins ont atteint en peu d'années des niveaux comparables de mortalité et de mortalité infantile. Les inégalités devant la mort apparaissent cependant fondamentales au regard des causes de décès. Et le modèle prédictif proposé plus haut semble bien s'appliquer ici. C'est sur les causes de mortalité que peut maintenant peser l'action de santé.

La mortalité a bénéficié, depuis une trentaine d'années, d'un développement spectaculaire de l'encadrement sanitaire et médical qui a notamment réussi à réduire les maladies infectieuses et parasitaires; les causes de décès doivent pour évoluer bénéficier du développement d'actions plus larges et incontestablement plus difficiles à réaliser: structures de Protection Maternelle et Infantile; diffusion des conseils d'hygiène et d'alimentation; gestion plus satisfaisante de l'espace urbain; élévation du niveau de vie et amélioration des conditions de vie, tant en zone urbaine qu'en zone rurale; enfin maîtrise de la natalité dont le niveau actuel ne permet guère la garantie à moyen et long terme de ces mesures.

E. VIGNERON

"PROJECTIONS" DE POPULATION À L'AN 2000

Établir des prévisions relève toujours un peu de la gageure, surtout dans un territoire à population relativement faible où les risques d'erreur sont plus élevés. Les projections développées ci-après sont donc seulement indicatives. De plus, nous ne disposons pas de toutes les données nécessaires à l'adoption en toute connaissance de causes d'un "modèle de mortalité pour les projections" parfaitement adapté à la situation; le modèle FAR EAST a été retenu, mais ce modèle fait ressortir un niveau de mortalité infantile plus élevé que celui actuellement observé dans le Territoire; ceci ne constitue cependant pas un obstacle, dans la mesure où ce surplus de mortalité infantile n'entraîne un léger déficit que pour la tranche des individus de 15 à 19 ans dans la période 1998-2003, déficit n'ayant lui-même qu'une répercussion faible sur le niveau des naissances de cette même période.

Les "projections" ont été réalisées à l'aide du logiciel FIVFIV-SINSIN du POPULATION COUNCIL, mis gracieusement à la disposition de l'Institut Territorial de la Statistique. Les "projections" ont pour année de référence 1983, année du dernier recensement général de la population à l'époque où ont été faits les calculs. Bien que le logiciel permette des "projections à 35 ans", seuls les résultats "à l'horizon 2003" sont présentés ici.

LES HYPOTHÈSES DE "PROJECTION"

Le nombre de naissances peut varier sous l'influence de 2 facteurs:

- le premier est de loin le plus important. Il s'agit du comportement général en matière de fécondité de chaque groupe d'âge de femmes, comportement qui détermine à la fois le calendrier de la fécondité selon le groupe d'âge et la somme des naissances réduites.
- le second est l'évolution prévisible en matière de mortalité infantile. Son niveau a un effet (de plus en plus faible) sur le nombre de naissances à venir dans les 20 à 30 années qui suivent (la mortalité infantile féminine signifie à terme un potentiel de mères en moins), ainsi que sur les comportements immédiats ou à court terme en matière de fécondité (remplacement des enfants décédés).

Quatre hypothèses ont été étudiées:

La première hypothèse est très particulière et n'est donnée qu'à titre purement informatif.

• Hypothèse 1:

Maintien de la fécondité au niveau actuel (SNR=3,8), avec un calendrier constant de la fécondité; maintien des espérances de vie à la naissance aux niveaux atteints en 1984-1985 (70,9 ans pour le sexe féminin et 65,2 ans pour le sexe masculin), ainsi que du rapport de masculinité à la naissance à 105 hommes pour 100 femmes.

Les 3 hypothèses suivantes ont les mêmes paramètres en ce qui concerne la mortalité et le sex-ratio à la naissance, à savoir: gain d'une année d'espérance de vie à la naissance par période de 5 ans pour les 2 sexes; rapport de masculinité à la naissance à 105 hommes pour 100 femmes.

• Hypothèse 2:

Évolution des taux de fécondité par âge au cours des 4 périodes quinquennales selon la tendance observée entre les périodes 1959-1963 et 1985-1986;

• Hypothèse 3:

Évolution des taux de fécondité par âge au cours des 4 périodes quinquennales selon la tendance observée entre les périodes 1969-1971 et 1985-1986;

• Hypothèse 4:

Évolution des taux de fécondité par âge au cours des 4 périodes quinquennales selon la tendance observée entre les périodes 1980-1981 et 1985-1986.

Le Tableau 7 fait ressortir ce que serait la somme des naissances réduites dans les 4 hypothèses retenues. La prolongation de la tendance 1959-1963 à 1985-1986 (H2) et celle de la tendance 1969-1971 (H3) entraînent des niveaux de fécondité assez proches les uns des autres. L'hypothèse H4 (tendance 1980-1981 à 1985-1986) conduit à une baisse moins prononcée de la somme des naissances réduites; il est à noter qu'elle reflète la tendance la plus récente en matière de fécondité.

Tableau 7: Évolution de la somme des naissances réduites (nombre d'enfants par femme) selon les différentes hypothèses

Hypothèse	Période			
	1983 - 1988	1988 - 1993	1993 - 1998	1998 - 2003
H 1	3,80	3,80	3,80	3,80
H 2	3,80	3,42	3,09	2,79
H 3	3,80	3,35	2,97	2,65
H 4	3,80	3,56	3,36	3,19

Pour ces 4 hypothèses on a supposé une migration nulle, ce qui correspond à la situation actuelle, mais pourrait être contredit par le retour de certaines familles polynésiennes de Nouvelle-Calédonie, en fonction de l'évolution de ce Territoire.

LES RÉSULTATS DES "PROJECTIONS"

Les résultats obtenus dans l'hypothèse H1 sont peu vraisemblables, mais ils ont été présentés pour montrer ce qui se passerait si rien ne changeait en matière de fécondité et de mortalité.

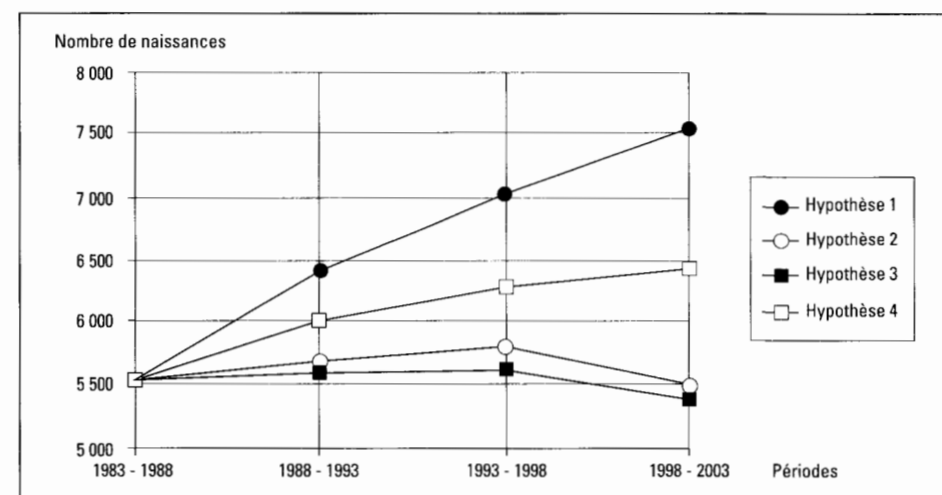


Fig. 6: Résultat des projections selon diverses hypothèses.

Évolution du nombre annuel moyen de naissances par période quinquennale entre 1983 et 2003

Pour les hypothèses H2 et H3 les résultats sont assez proches les uns des autres avec un nombre annuel de naissances qui varierait entre 5 400 et 5 800 unités.

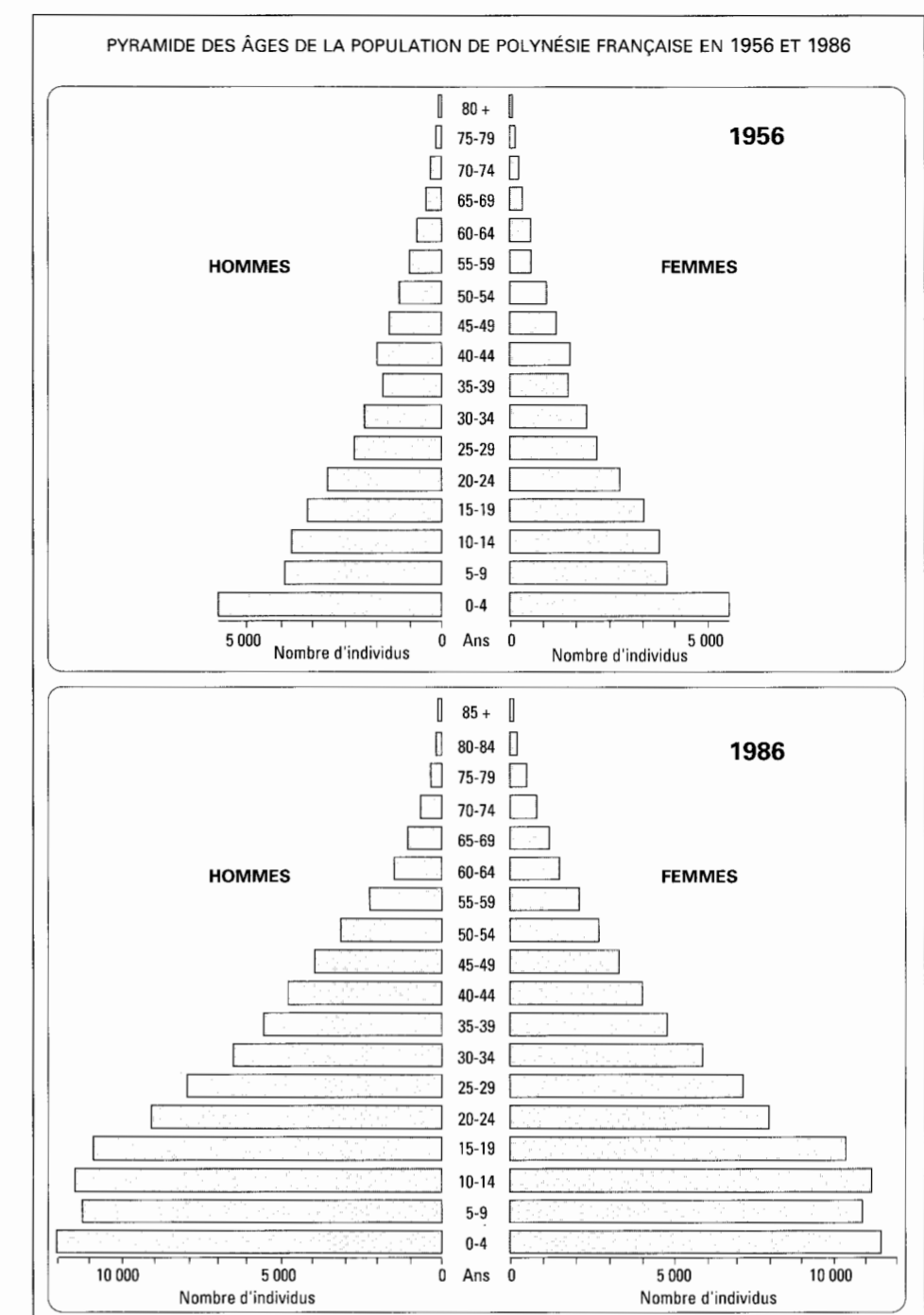
Les résultats issus de l'hypothèse H4 (tendance la plus récente de la fécondité) font apparaître un nombre croissant de naissances qui passerait de 5 521 par an, pour la période actuelle, à 6 424 par an, pour la période 1998-2003. La moyenne des hypothèses H2, H3 et H4 se situerait donc entre 5 400 et 6 500 naissances entre 1998 et 2003.

Dans tous les cas, la population de la Polynésie française à l'aube du troisième millénaire, c'est-à-dire dans moins de dix ans, se situera au-dessus de 250 000 habitants contre 60 000 au milieu du XX^e siècle!

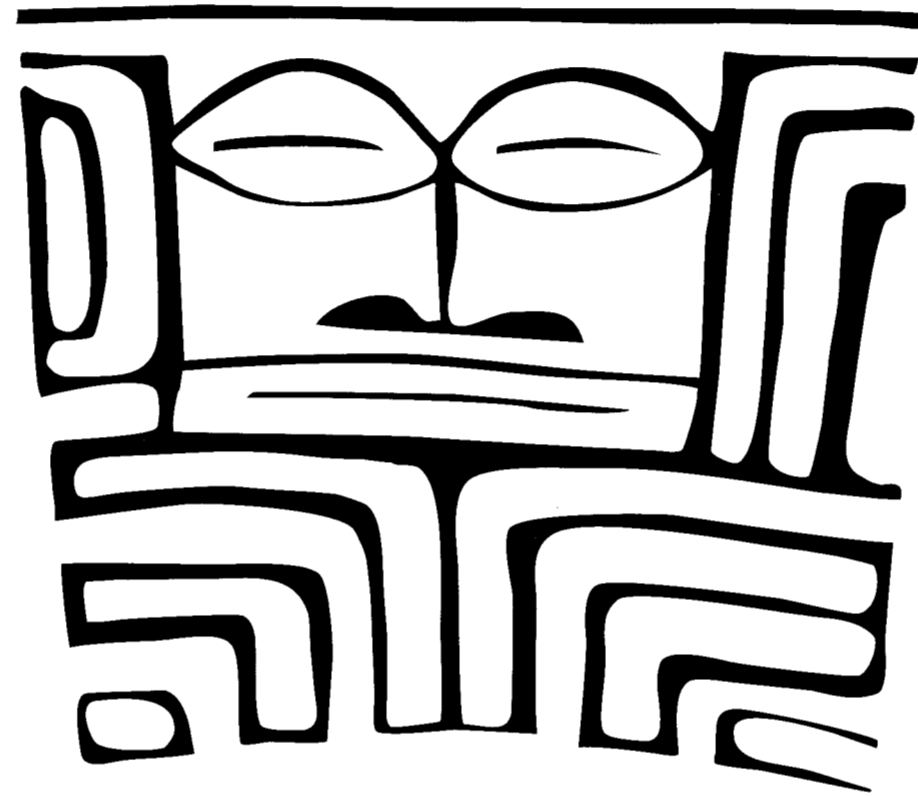
G. BAUDCHON

Orientation bibliographique

- BAUDCHON (G.) -1983- Projections de population à l'horizon 1995, Polynésie Française, Institut Territorial de la Statistique (ITSTAT) Dossier n° 7, s.l. (Papeete), n.d. *multigr.*
- CLAIRIN (R.) -1972- La population de la Polynésie Française, *Population*, 1972, 4-5: 703-727.
- LOPEZ (A.) -1989- La santé en transition à la Réunion de 1946 à 1986. *Annales de Géographie*, n°546: 152-178.
- OMRAN (A.R.) -1971- The epidemiological transition. *Milbank Mem. Fund Quaterly*, 49, n° 4: 509-538.
- PHILLIPS (D.) -1989- Hong-Kong: an epidemiological transition from Third to First World. In Salem et Jeannee eds: Actes du Coll. Santé et villes du Tiers Monde, ORSTOM, Dakar (1986), Paris, ORSTOM, pp.15-37.
- PICHERAL (H.) -1989- Géographie de la transition épidémiologique. *Annales de Géographie*, n° 546: 131-151.
- RALLU (J.L.) -1980- Situation démographique de la Polynésie Française, *Population*, 2: 385-415.
- TAYLOR (R.), LEWIS (N.) et LEVY (S.) -1989- Societies in transition: mortality patterns in Pacific Islands Populations. Nouméa, South Pacific Commission, in press.
- VIGNERON (E.) -1990- Approche de la mortalité dans de petites populations: le cas des îles de Polynésie française. Colloque "Les inégalités géographiques de la mortalité" Lille, avril 1990 (à paraître: *In Social Sciences and Medicine*)



ATLAS



DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

ÉDITIONS DE L'ORSTOM

Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération

*Cet ouvrage a bénéficié du soutien du ministère des Départements et Territoires d'Outre-Mer
et du Gouvernement de la Polynésie française*

Paris 1993

ORSTOM
Éditions

© ORSTOM 1993
ISBN 2-7099-1147-7

Editions de l'ORSTOM
213 rue La Fayette
75480 Paris cedex 10

Nous adressons nos remerciements à l'Institut Géographique National et au Service Hydrographique et Océanographique de la Marine
pour leur collaboration et leur aide précieuses.