

SOINS ET SANTÉ

Disposer d'un système de soins cohérent et efficace auquel tous peuvent avoir également recours, tel est l'idéal partout avoué. Pourtant, la réalisation de cet objectif a rencontré, en Polynésie française, de grandes difficultés. Lorsque les Européens ont découvert la Polynésie, ils ne savaient rien, ou presque, des maladies qui y sévissaient. L'idée même d'une pathologie et d'une médecine tropicales et, partant, la conception d'un système de soins adapté n'existaient pas jusqu'au milieu du XIX^e siècle. Cette idée a lentement pris corps à partir de la deuxième moitié de ce XIX^e siècle, et ces moyens ont été progressivement mis en œuvre au cours de la première moitié du XX^e siècle. La mise en place d'un système de soins et de santé efficace s'est heurtée en Polynésie à la dispersion géographique des hommes, souvent isolés en petits groupes dans des îles peu accessibles. Ce handicap a été surmonté avec l'ouverture au monde du Territoire et l'installation du Centre d'Expérimentations du Pacifique (CEP) en 1963. Mais ces deux événements ont aussi provoqué, par les mutations culturelles qu'ils ont engendrées, l'apparition et l'exigence de besoins de santé nouveaux. Avant le début des années 60, le système de soins et de santé en Polynésie avait été établi par rapport à ceux des autres colonies et pays tropicaux et il ne peut se comprendre qu'en référence à l'œuvre accomplie dans ces régions. Depuis l'installation du CEP, on ne le compare plus qu'à ceux des pays industrialisés: métropole, bien sûr, mais aussi, États-Unis, Nouvelle-Zélande, Australie.

LA LENTE ÉMERGENCE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ (1765-1963)

1765-1843: NI SYSTÈME, NI SOINS

Les récits des premiers découvreurs évoquent parfois des soins dispensés aux indigènes, par exemple ceux donnés par le chirurgien de vaisseau de Wallis, le découvreur de l'île de Tahiti, à un ébouillanté. Mais le médecin d'alors, l'unique praticien résident ou le chirurgien de vaisseau de passage, n'avait d'autre but que de dispenser ses soins aux résidents européens. Les soins donnés aux Polynésiens étaient exceptionnels. Les seuls à en bénéficier étaient ceux qui cotoyaient les Européens: famille royale, serviteurs des missionnaires... Dans les quatre-vingt premières années de présence européenne, les Polynésiens ne bénéficièrent en rien d'une médecine européenne encore embryonnaire, alors même qu'ils étaient frappés d'une multitude de maladies nouvelles et calamiteuses. À cette période des premiers contacts, d'ailleurs inorganisés, correspond une absence totale de système de soins.

1843-1880: DES SOINS MAIS PAS DE SYSTÈME

L'établissement d'un protectorat français sur l'île de Tahiti, en 1843, ne s'accompagna pas d'une véritable mise en œuvre d'un système de soins ni de santé. En effet, s'il eut pour conséquence la création d'un service de santé, avec l'ouverture d'un hôpital où exerçaient deux médecins et quatre infirmiers, l'action sanitaire outre-mer ne bénéficia pas d'une ambiance générale stimulante. En France, l'idée coloniale était encore mal affirmée et les desseins de cette entreprise, bien mal définis. Dans le protectorat, les médecins affectés étaient alors des médecins militaires hospitaliers, formés aux écoles de Rochefort ou de Brest. Ils firent à Papeete ce qu'ils firent à Saint-Louis du Sénégal ou à Pondicherry en Inde: se fixant et exerçant dans le port de la colonie, ils édifièrent un hôpital dont ils ne sortaient pas, professionnellement, et où ils soignaient les marins et les soldats ainsi que les civils européens établis dans la colonie (négociants, colons, missionnaires). Ils n'allaient pas encore vers les populations locales. Firent exceptions parmi ces médecins ceux qui, souvent pour les besoins de leur carrière, s'embarquaient à bord des navires d'exploration et en rapportaient les éléments d'une thèse soutenue à Paris ou à Montpellier. De 1846 à 1880 douze thèses concernent ainsi la Polynésie. Mais ces médecins non plus ne soignaient pas les indigènes. Ils observaient et rapportaient les premiers éléments d'une médecine tropicale. En l'absence d'offre, les Polynésiens avaient presque exclusivement recours aux soins traditionnels, tandis que les civils européens s'adressaient à un ou deux médecins civils établis à Papeete, et à une pharmacie privée, au gré des arrivages de produits plus ou moins appropriés à leurs maux.

Ainsi comprend-on qu'en 1877 le système de soins soit toujours inexistant. À cette date, le service de santé ne compte que trois médecins et un pharmacien militaires,

assistés de huit infirmiers ne sortant guère de l'hôpital militaire de Papeete. Leur influence sur la santé des populations demeure faible, presque inexistante, à l'exception de la lutte antivénérienne, comme est faible à cette époque l'influence de la France. Elle l'est d'autant plus que l'île de Tahiti n'est qu'une toute petite colonie qui compte peu au sein d'un immense empire en voie de constitution. En 1877, les médecins militaires de Tahiti ne représentent que 1,7 % des 176 officiers de santé du corps de la marine et des colonies, et encore ne sont-ils, à Tahiti, que des officiers de petit grade, la plupart dépourvus du doctorat en médecine. Pourtant la pression des événements les incite parfois à dépasser le cadre du strict service aux armées et à se tourner vers les populations. En effet, leur préoccupation principale est de combattre le mal vénérien qui dévore les troupes, stationnées ou de passage, et qui ronge aussi la population de Tahiti. Comment soigner les unes sans s'occuper de l'autre? Aussi, dès 1854, un dispensaire pour les maladies vénériennes, accueillant aussi les indigènes, était-il ouvert dans l'enceinte de l'hôpital. Les médecins assistèrent ainsi à l'hémorragie démographique qui frappait les Polynésiens, et furent parmi les premiers à s'en inquiéter. Ils étaient au demeurant, sur le terrain, porteurs de l'idée de la mission humanitaire incombant aux peuples colonisateurs. Dès 1858, le chef du Service de Santé introduisait ainsi un de ses rapports au gouverneur: "Partout où passe le gouvernement français nous rencontrons les succès dus à la sollicitude pour les populations qu'il prend sous sa protection. L'île de Tahiti placée sous certains rapports sanitaires dans des conditions spéciales devrait partager les heureux effets de notre esprit bienveillant...". Mais les moyens de cette mission n'étaient pas encore réellement donnés aux officiers de santé des colonies.

1880-1918: PREMIÈRE ÉBAUCHE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ

La période qui s'étend de 1880 à la première guerre mondiale témoigne des premiers efforts de mise en place d'une infrastructure de soins et de santé en Polynésie.

De 1880 à 1914, l'esprit colonial s'affirme pleinement en France. Il est alors nourri de l'idée de la mission civilisatrice qui incombe aux pays avancés. Cet esprit est, certes, empli d'autres idées moins nobles et d'autres appétits, mais cette idée existe, profondément enracinée, et va aider à la mise en place d'un système de santé tourné vers les populations polynésiennes. Ce qui se fait alors en France n'est pas sans répercussion outre-mer. En 1890, le corps de santé de la marine et des colonies fait place au corps de santé des colonies et pays de protectorat. La même année l'École de Santé de la Marine et des Colonies est créée à Bordeaux. Ceux qui en sortiront seront docteurs en médecine. En 1894, le nouveau ministère des Colonies, désormais distinct de celui de la Marine, prend immédiatement en charge les problèmes sanitaires et médicaux des colonies. En 1900, les médecins des colonies, comme les troupes coloniales, ne dépendent plus du ministère de la Marine, mais sont directement rattachés au ministère de la Guerre. En 1905, enfin, l'enracinement scientifique des médecins coloniaux s'affirme par la création de l'École d'application du Service de Santé des troupes coloniales à Marseille: le "Pharo".

À Tahiti, en 1884, le vieil hôpital militaire cède la place à un nouvel hôpital colonial qui abrite, aujourd'hui encore, l'hôpital psychiatrique. En 1905, un centre médical est ouvert à Uturoa, dans l'île de Raiatea aux îles Sous-le-Vent, et un médecin est en poste aux îles Marquises. En 1908, l'hôpital colonial, placé sous la tutelle militaire, devient autonome. Son ouverture sur le monde civil est désormais acquise. Le point d'orgue de cette période réside dans l'ouverture, en 1914, au débouché de la vallée d'Orofara, à l'est de Papeete, d'une léproserie destinée à encadrer et soigner les lépreux polynésiens.

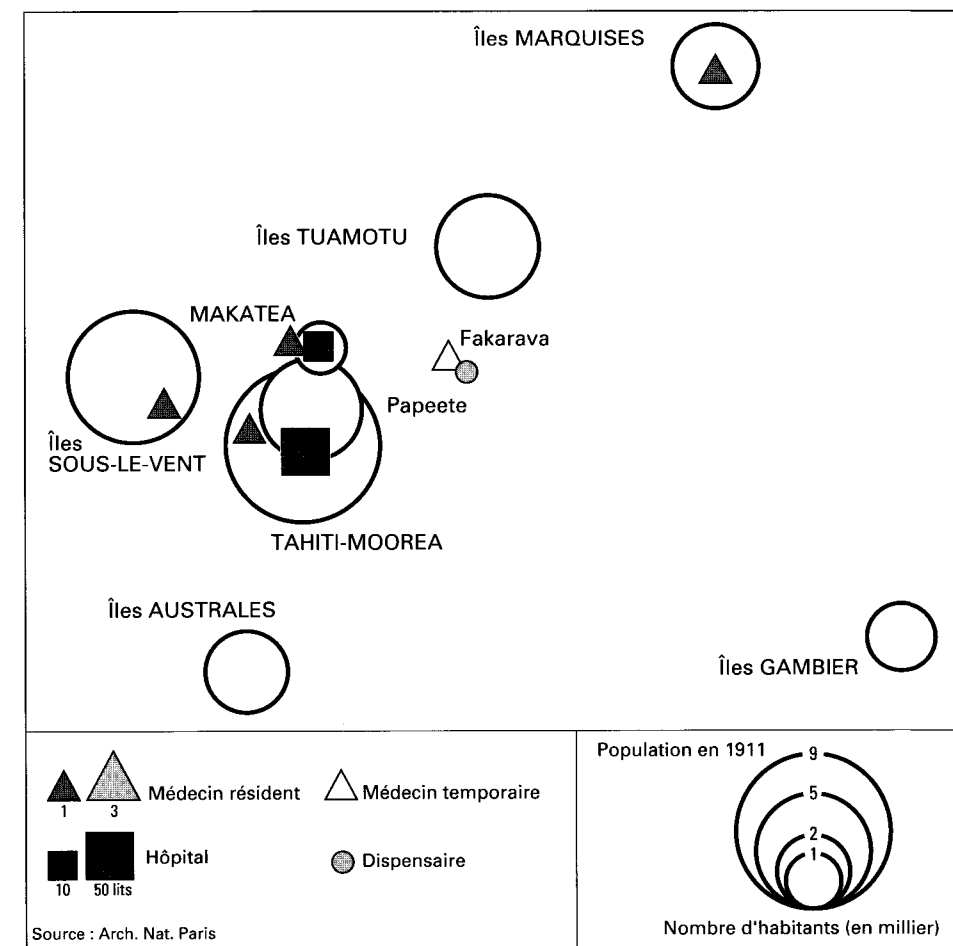


Fig. 1: Le système de soins vers 1914

1918-1963: UN SYSTÈME LIMITÉ MAIS COHÉRENT

La période de l'entre-deux-guerres constitue l'apothéose de l'Empire colonial français et aussi celle de la médecine coloniale. Les médecins des Établissements Français d'Océanie (EFO) s'affirment soucieux de faire partager aux populations dont ils ont la charge les bienfaits des nouvelles découvertes, en médecine curative comme en médecine préventive. Ils y parviennent malgré l'état sanitaire déplorable de la colonie, malgré la dépopulation encore sévère de certaines îles, et en dépit de la dispersion de ce territoire que les médecins ne cessent de décrire à leurs supérieurs comme plus grand que toute l'Europe. Le Chef du Service de Santé, dans son rapport de l'année 1926, pose le problème en ces termes: "la race n'est pas frappée de déchéance fatale et on peut la relever en la faisant profiter de conditions favorables: assistance médicale, approvisionnement en eau potable et en aliments de bonne qualité, logement sain. Malheureusement la difficulté, presque insurmontable, est d'atteindre, pour la secourir, une population aussi disséminée". L'offre de soins médicaux connaît alors un premier stade de son développement. De 4 médecins en 1920, les effectifs sont portés à 9 en 1939, et à 16 en 1960, auxquels s'ajoutent 12 médecins du secteur libéral (contre 2 en 1920). Parallèlement, les infrastructures sont développées. Le nombre de lits hospitaliers est porté de 60 en 1935, à Papeete, à 451 à la fin des années 50, répartis dans quatre îles. Les infirmeries et dispensaires sont également multipliés: de 4 en 1920, ils passent à 19 en 1960. Le développement le plus spectaculaire est celui que connaît le corps des infirmiers et sages-femmes. De 10 infirmiers en 1926, les effectifs passent à 51 en 1945 et à 126 en 1960. Ils ont en charge la totalité des problèmes de santé dans la plupart des îles dépourvues de médecins. Le rôle de ces infirmiers locaux vaut d'être souligné. Souvent isolés dans les formations sanitaires lointaines, ils ont assuré la diffusion des soins parmi les Polynésiens. Polynésiens eux-mêmes, et à ce titre mieux compris sinon mieux acceptés, ils ont aussi assuré la promotion de la médecine en luttant contre des préjugés et des pratiques mal assurées.

De cette période, date enfin, comme en bien d'autres colonies, la mise en place d'un secteur de recherche au sein de l'infrastructure de santé. En 1950, est fondé l'Institut de Recherches Médicales des EFO, chargé de mettre en place les moyens de connaissance et de lutte contre les endémies majeures du Territoire, au premier rang desquelles, la filariose de Bancroft. Par adjonctions de services et de personnels issus du corps de santé des colonies, cet institut de recherches devait occuper très vite une place de tout premier ordre dans l'encadrement sanitaire de la Polynésie française.

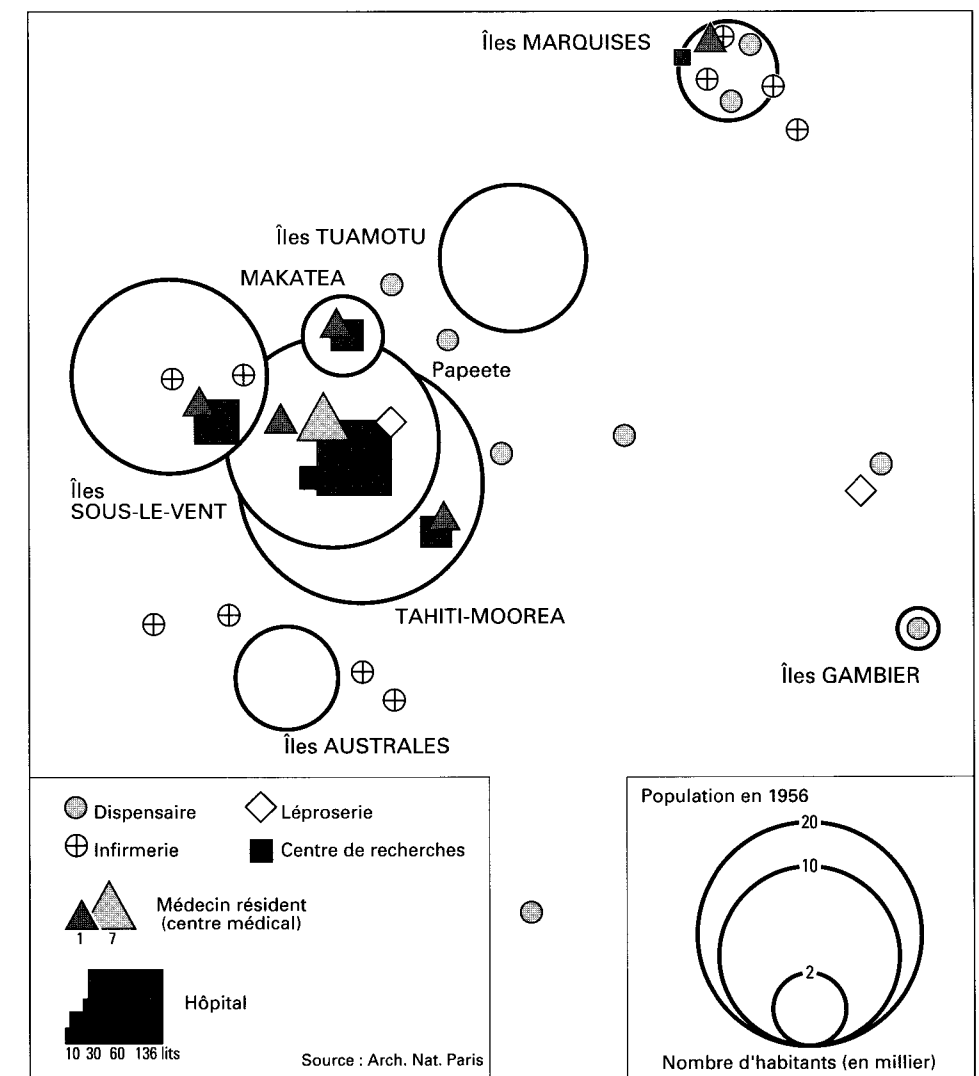
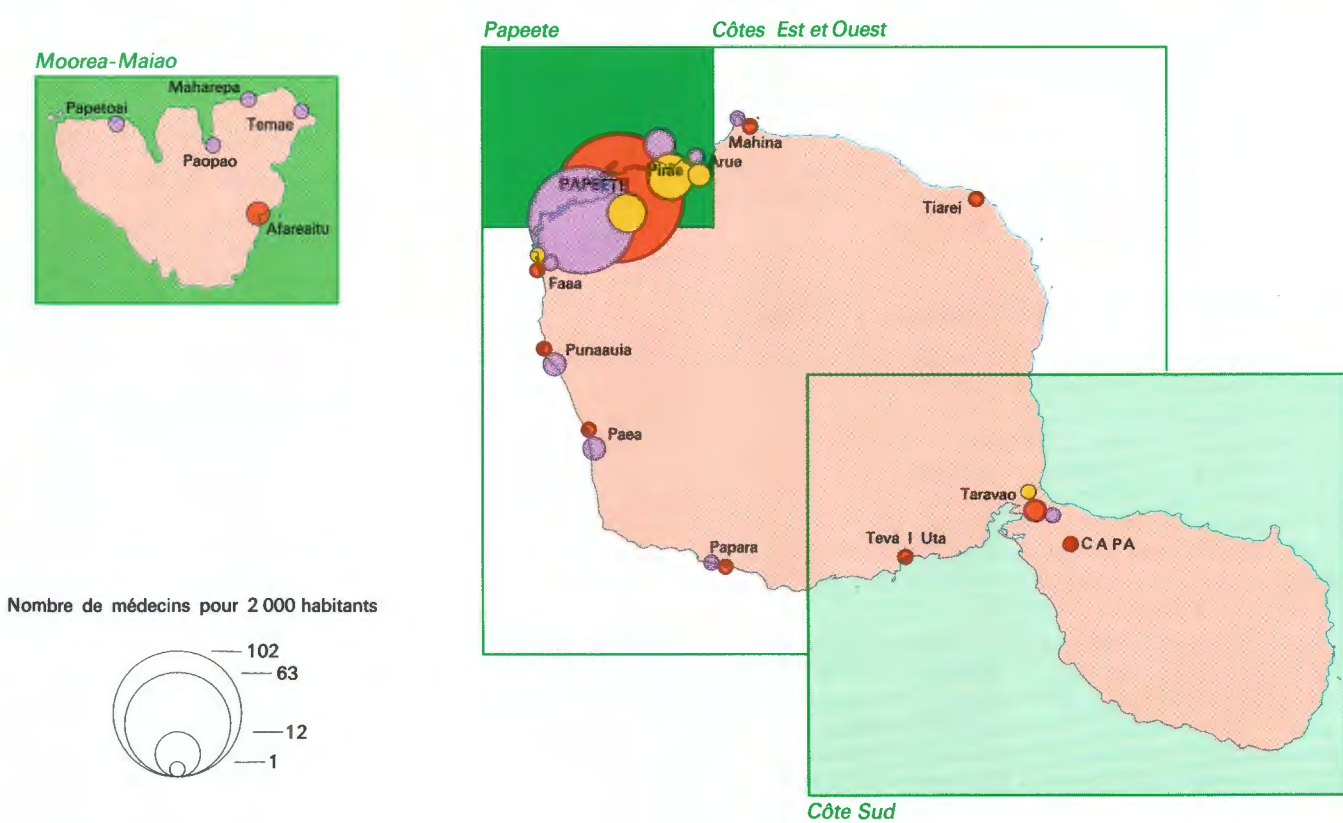
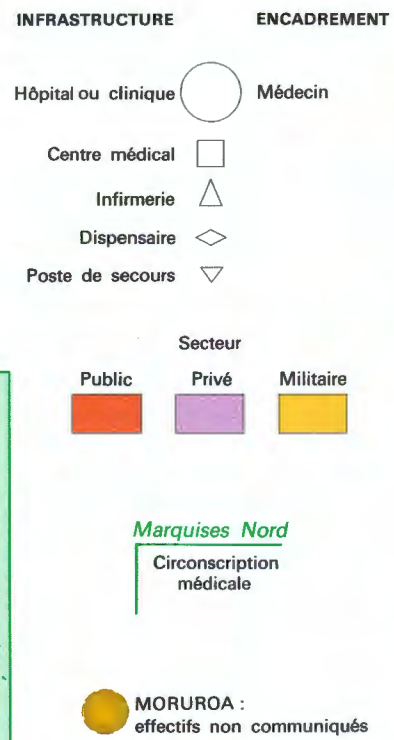
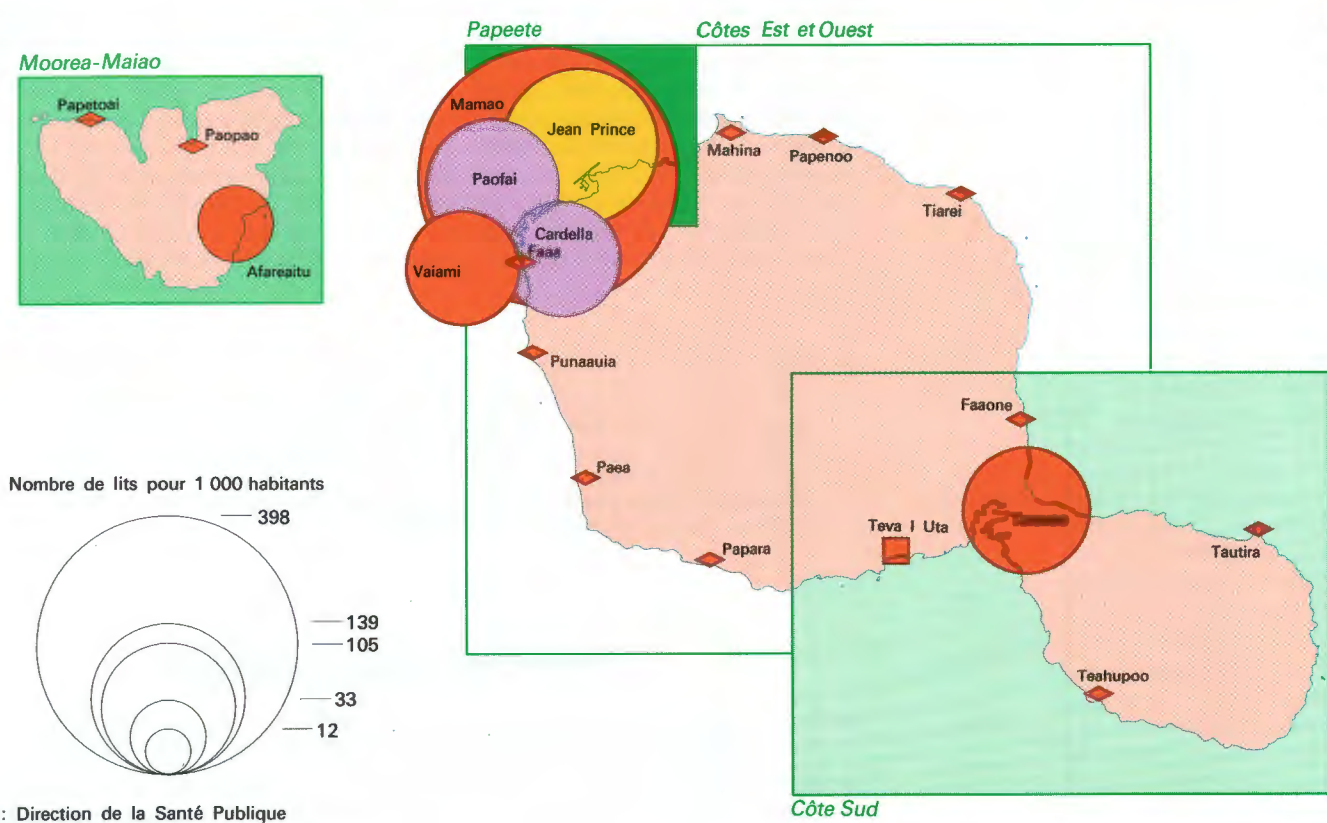
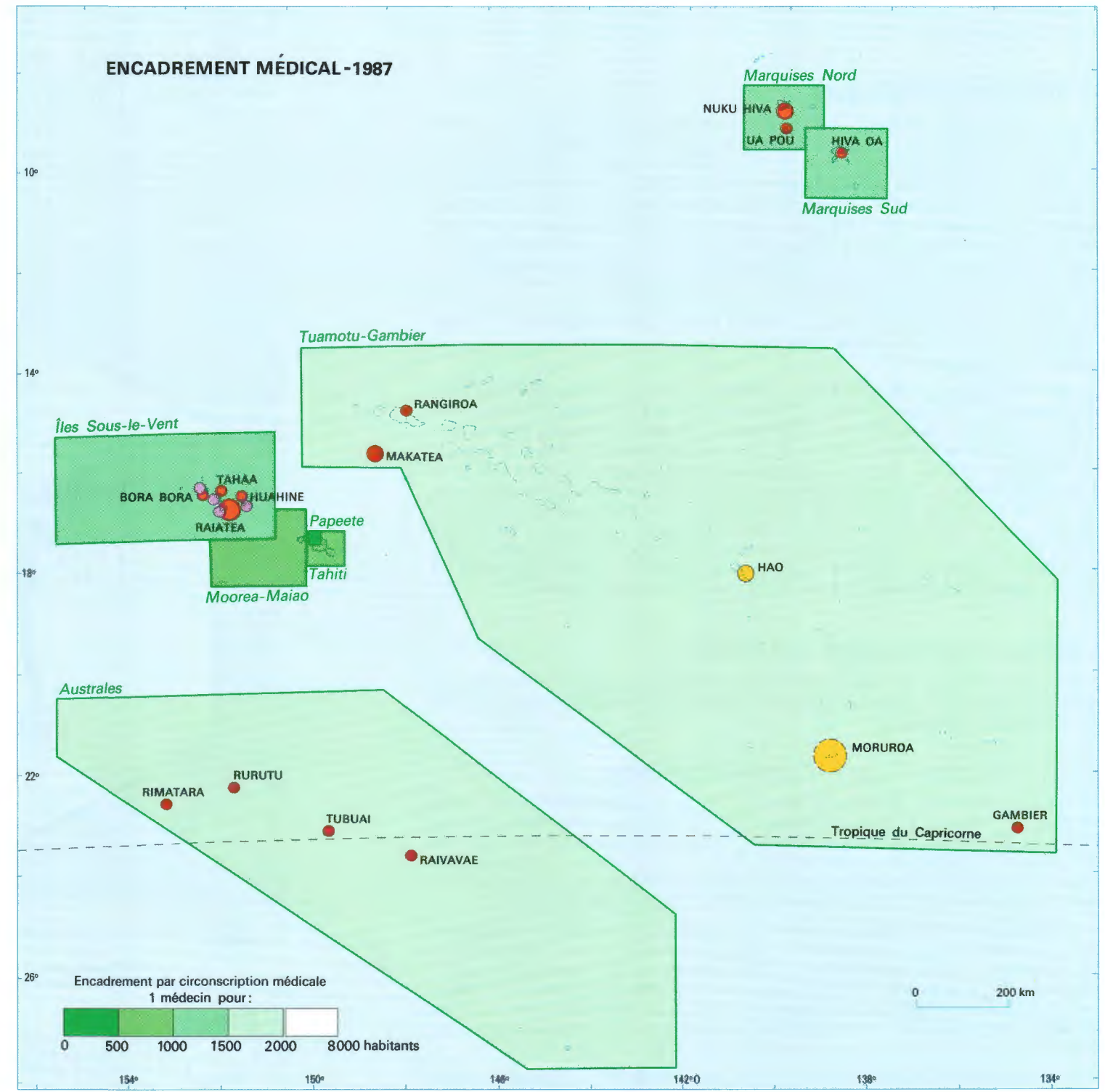
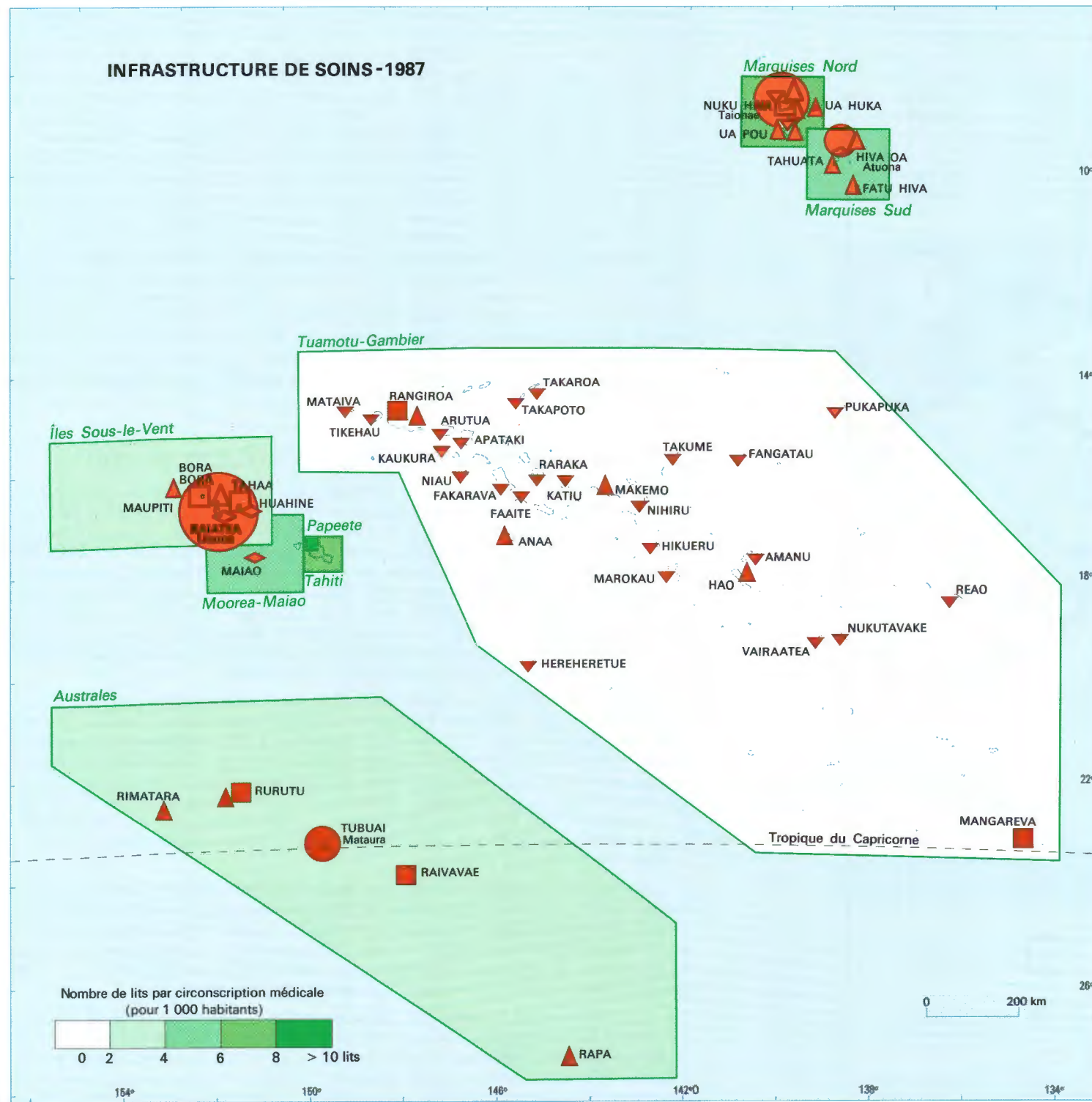


Fig. 2: Le système de soins vers 1960

Au début des années 60, l'infrastructure de soin et de santé restait encore limitée, tout entière, ou presque, dévolue au secteur public et, pour beaucoup, entre les mains d'un personnel sans formation médicale, se heurtant aux difficultés de l'éloignement et de l'isolement. Pourtant, ici aussi, comme en Afrique ou en Indochine, les médecins coloniaux avaient imaginé la "Médecine Mobile". Elle consista, en Polynésie comme ailleurs, en l'organisation de tournées médicales destinées à dispenser des soins curatifs aux malades, à prévenir par la vaccination et les conseils d'hygiène, à donner des consultations maternelles et infantiles. Enfin, ces tournées permirent de recueillir les bases d'une action sanitaire concertée par la collecte d'informations, de premier ordre pour l'époque, sur les aspects épidémiologiques mais aussi climatiques, sociaux et culturels de l'environnement polynésien.



Sources : Direction de la Santé Publique
Conseil de l'Ordre des Médecins
Direction des Services de Santé Militaire

LE DÉPLOIEMENT SANITAIRE (1963-1988)

LES POLITIQUES DE SANTÉ

L'évolution favorable des indicateurs de mortalité depuis une trentaine d'années est liée au développement du système de santé, comme l'est aussi la régression des maladies infectieuses. En effet, le contexte sanitaire du Territoire a été entièrement partie prenante de la révolution démographique, sociale et économique contemporaine. À cela plusieurs raisons: l'action pour la santé a été l'un des traits marquants de la colonisation. Cette action représente, aujourd'hui encore, une part importante de la coopération Nord-Sud et particulièrement de la coopération française. Le statut original de Territoire d'Outre-Mer (TOM) place incontestablement la Polynésie française dans une position favorable à cet égard. L'action pour la santé est, d'autre part, un souci affiché des gouvernements des pays du Sud. Son statut d'autonomie interne permet au Territoire de souscrire pleinement à l'objectif de "santé pour tous" défini par la conférence d'Alma Ata en 1978, et de se donner les moyens d'y parvenir.

Avec 6,8 milliards de F CFP en 1988, les dépenses de santé représentaient 9 % du budget territorial (73 milliards de F CFP). En moins de 30 ans, les dépenses de santé du Territoire ont été multipliées par 73, tandis que les dépenses totales du Territoire l'ont été par 133. Avec plus de 240 \$ US par habitant, les dépenses de Santé Publique de la Polynésie française sont au niveau des dépenses gouvernementales des pays industrialisés. Mais, en Polynésie française, le coût de la santé publique représente deux fois la valeur des exportations de produits du cru. Ainsi, puisque l'offre de santé occupe une place de choix dans le développement, il est légitime de l'utiliser inversement comme signe de ce même développement. À ce titre, la géographie des soins dépasse largement les seules préoccupations de santé publique pour s'inscrire dans une perspective de synthèse et de bilan du développement régional.

LA RÉCENTE CROISSANCE DE L'OFFRE

Aux moyens limités d'une offre essentiellement publique, jusqu'en 1963-1964, a succédé une offre variée, publique et privée. Cependant la répartition géographique est profondément inégale.

L'ÉVOLUTION GLOBALE DE L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

Avec 255 médecins (140 du secteur public et 115 du secteur libéral), la Polynésie française, en 1989, dispose en moyenne d'un médecin pour 698 habitants (soit 1,4 ‰). Il y a 20 ans, en 1964, il n'y avait qu'un médecin pour 2 308 habitants (0,4 ‰). La tendance à la libéralisation rapproche la Polynésie française des pays les plus développés, mais le taux global de densité médicale est encore éloigné de celui de la France métropolitaine (2,4 ‰), de l'Australie (2,04 ‰) ou des États-Unis (2,2 ‰).

À la différence de l'offre médicale, l'offre de soins dentaires est depuis longtemps le fait du secteur privé, qui comptait 17 chirurgiens dentistes dès 1964, contre 1 dans le secteur public (soit 0,2 pour 1 000 habitants). L'augmentation a été nettement plus rapide dans le secteur public, qui compte 25 chirurgiens dentistes en 1988, contre 60 dans le secteur privé. Le Territoire se rapproche ainsi, avec un taux de 0,5 praticien pour 1 000 habitants, du taux de 0,6 ‰ observé en France métropolitaine, et dépasse le taux australien (0,47 ‰).

Les autres personnels de santé (infirmiers et adjoints de soins essentiellement) relèvent, dans leur grande majorité, du secteur public. De 157 en 1964 (soit 1,7 pour 1 000 habitants), l'effectif des infirmiers est passé à 460 en 1986, (2,2 ‰). Ceci représente presque un triplement des effectifs en une vingtaine d'années, mais demeure loin encore des taux des pays développés, généralement supérieurs à 4 pour 1 000 habitants. C'est le corps des adjoints de soins qui a connu la plus spectaculaire progression: d'une vingtaine en 1968, ses effectifs sont passés à 120 dix ans plus tard et à 180 en 1986. Sur eux, comme sur les infirmiers, repose une large part de l'activité de santé, notamment dans les formations sanitaires des îles périphériques dépourvues de médecins.

Enfin, le nombre de lits hospitaliers a doublé en 20 ans, passant de 500 en 1964 à un peu plus de 1 000 en 1984, mais, rapporté à la population, le taux reste stable, à 5,4 lits pour 1 000 habitants, ce qui est très élevé.

L'INÉGALITÉ DE LA RÉPARTITION DE L'OFFRE

La répartition géographique de l'offre de santé est profondément déséquilibrée. Avec 70 % de la population totale du Territoire, l'île de Tahiti concentre 82 % des médecins, 96 % des pharmaciens, 78 % des dentistes et 85 % des lits hospitaliers. À l'opposé, l'archipel des Tuamotu-Gambier, où vit 7 % de la population du Territoire, ne dispose que de 2 % des médecins, dentistes et infirmiers, et d'aucun pharmacien, ni de lit d'hôpital. Traduite en termes de taux par archipels, l'inégalité est criante entre les îles du Vent (Tahiti et Moorea) dont les taux se rapprochent de ceux des pays les plus industrialisés ou même leur sont supérieurs, et les îles Sous-le-Vent, les îles Marquises et surtout les îles Australes et Tuamotu-Gambier dont les taux sont proches de ceux des pays pauvres.

Les vingt-cinq dernières années ont pourtant été marquées par de nombreux efforts pour réduire cette inégalité, qui est apparue aux populations et aux décideurs comme une injustice profonde, notamment en ce qui concerne la desserte médicale. Si l'on excepte les îles de Tahiti et de Moorea, au début des années 60, seules deux îles des archipels périphériques, Raiatea aux îles Sous-le-Vent et Nuku Hiva aux îles Marquises, disposaient d'un médecin. Aujourd'hui, 4 des 5 îles habitées de l'archipel des Australes ont un médecin, pour une population comprise entre 1 000 et 2 000 habitants. Aux îles Marquises, les trois îles dont la population est supérieure à 1 500 habitants disposent chacune d'un médecin, les trois autres îles étant peuplées,

chacune, par moins de 600 habitants. Aux îles Sous-le-Vent, l'île de Raiatea, avec moins de 8 000 habitants, compte 8 médecins, et 3 des 4 autres îles habitées de l'archipel ont un médecin. L'archipel des Tuamotu-Gambier, qui se caractérise par une grande dispersion du peuplement en petits groupes, est moins bien desservi. Deux îles seulement, Rangiroa et Mangareva, sur un total de 45 îles habitées, ont un médecin résident. Depuis le début des années 80, l'installation de médecins dans d'autres îles est stoppée. Elle se heurte à d'évidents problèmes économiques mais aussi, de recrutement. La dernière installation médicale, à Mangareva, une île située à 1 400 km au sud-est de Tahiti et desservie par avion une à deux fois par mois, ne concerne en effet qu'une population de 600 habitants. Aussi préfère-t-on, depuis peu d'années toutefois, recourir, autant que nécessaire, aux évacuations sanitaires des îles périphériques vers les formations centralisées de Tahiti.

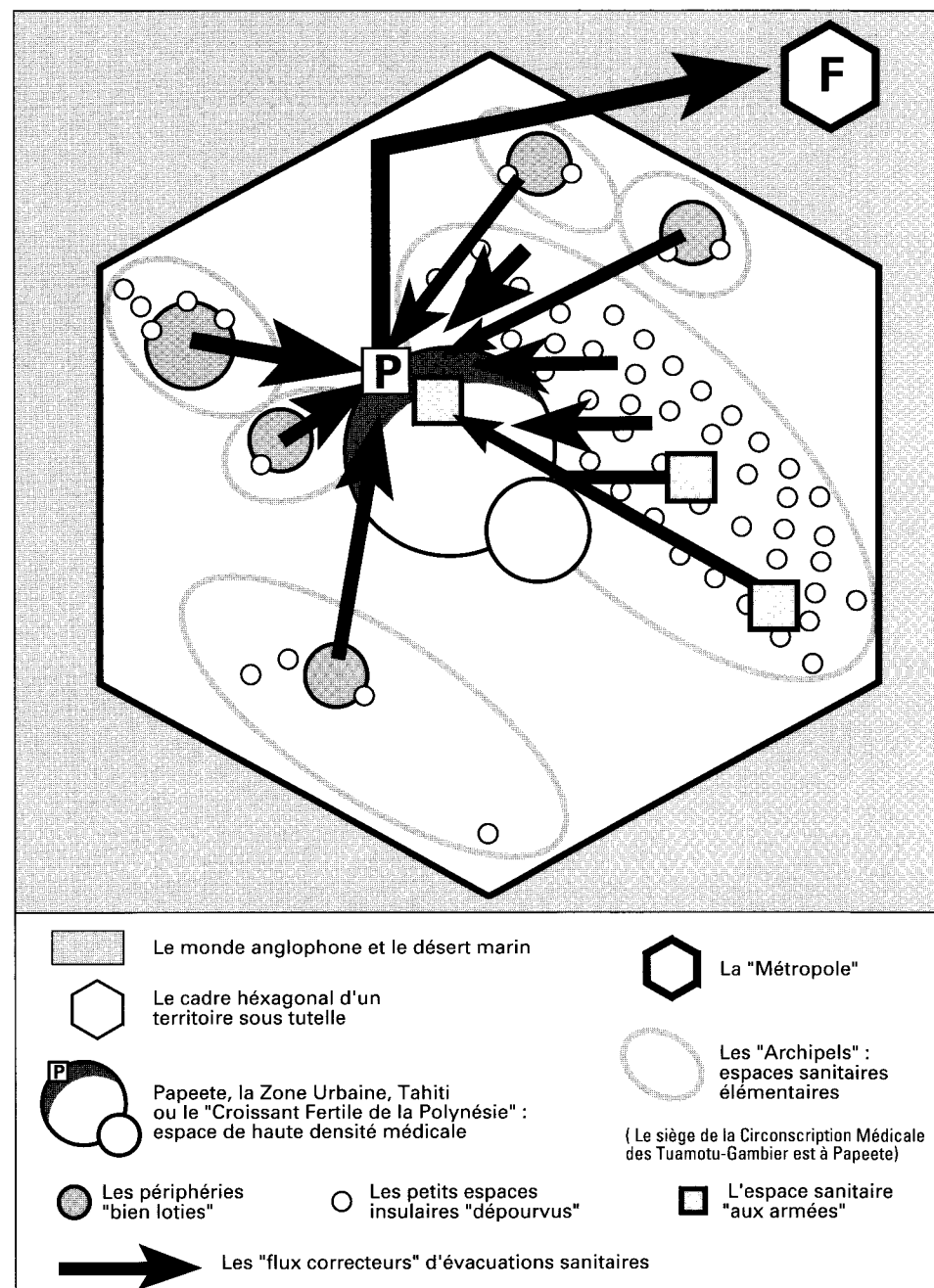


Fig. 3: Le système de soins en Polynésie: modèle d'organisation spatiale

LES ÉVACUATIONS SANITAIRES: UNE SOLUTION ORIGINALE MAIS COÛTEUSE

Assurer la couverture médicale de populations dispersées est un problème ardu où se mêlent des contraintes de tous ordres. La solution retenue en Polynésie française est originale: elle refuse celle, peu coûteuse mais inadaptée à la demande d'un Territoire à haut niveau de vie, du "médecin aux pieds nus". Elle réfute également le modèle du "médecin volant", adopté en Australie mais très coûteux et malgré tout insuffisant. Après bien des tâtonnements, a été mise en place, en 1983, une "carte sanitaire" qui définit un système de soins publics dont l'organisation pyramidale reflète les hiérarchies insulaires et démographiques du Territoire. Au sommet, l'île de Tahiti concentre les infrastructures de soins tertiaires (le Centre Hospitalier Territorial de Mamao), et assure aussi le relais pour les évacuations sanitaires vers l'extérieur du Territoire. Au niveau intermédiaire, 6 hôpitaux secondaires établis dans les îles chefs-lieux des archipels (et à Taravao, dans la presqu'île de Tahiti) dispensent des soins hospitaliers courants. Enfin, dispersées sur tout le Territoire, les formations sanitaires élémentaires, au nombre de 71, sont confiées à des médecins, pour dix d'entre elles, ou à du personnel paramédical. Dans ce contexte, l'accès aux soins des secteurs secondaire et tertiaire s'opère par l'évacuation sanitaire.

Si l'idée des évacuations sanitaires, ou "évasans", est ancienne, sa mise en œuvre est récente, car largement tributaire des moyens techniques disponibles et notamment des infrastructures aéroportuaires. La desserte maritime, lente et aléatoire pour les îles périphériques, longtemps seule disponible, est en effet inadaptée dans la majorité des cas. Aussi, comprend-on que le développement des évacuations sanitaires ait suivi la mise en place d'un réseau dense de pistes d'aviation au cours des vingt dernières années. De 300 par an environ, à la fin des années 60, le total annuel des "évasans" s'est élevé à 2 000 en 1980, pour atteindre 3 400 en moyenne sur les trois

dernières années. Au niveau local, le lien entre l'ouverture d'une piste et le développement des "évasans" est remarquable. Ainsi, par exemple, l'ouverture de la piste de Tubuai, aux îles Australes, en 1972, les a brutalement fait passer d'une trentaine par an à plus de 100 dans l'archipel, avant que l'ouverture de la piste de Rurutu, en 1976, ne les fasse s'élever à plus de 200. Aux îles Tuamotu, la création d'aérodromes entre 1975 et 1985 leur a permis de croître d'une centaine par an, au début des années 70, à plus de 1 000 ces dernières années. Au contraire, le développement des structures hospitalières dans les archipels et leur dotation en personnels et matériels qualifiés contribuent à diminuer le nombre des "évasans". Avec des taux respectifs d'évacuations sanitaires de 32 et 29 pour 1 000 habitants, les îles Sous-le-Vent et les îles Marquises nord sont aussi les mieux pourvues en équipement hospitalier. Les taux de 52 % des Marquises sud, de 63 % des îles Australes et de 73 % des Tuamotu-Gambier sont, pour leur part, liés à la faiblesse, ou à l'absence pour le dernier archipel, des infrastructures hospitalières. Paradoxalement le taux élevé de la circonscription médicale de Moorea-Maiao (44 %) peut s'expliquer par la proximité de Tahiti qui encourage le recours aux soins du secteur tertiaire. Les années 1985, 1986 et 1987 ont connu une croissance annuelle de plus de 15 %. Dans ce contexte, la baisse de 10 % enregistrée en 1988 demande confirmation. Parallèlement, les évacuations sanitaires vers l'extérieur (pour l'essentiel, vers les hôpitaux métropolitains) ont connu une très forte croissance et atteignent aujourd'hui le nombre de 300 par an environ.

LA CONSOMMATION MÉDICALE: ATTITUDES ET COÛT

À la croissance et à la diversité de l'offre globale correspondent un gonflement et une diversification de la consommation dont témoigne en premier lieu la courbe sans cesse croissante des dépenses de Santé Publique par an et par habitant depuis plus de 20 ans. À côté de la médecine, publique ou privée, les Polynésiens restent encore attachés, pour partie, aux soins dits de "médecine" traditionnelle qui répondaient à une large part de la demande au début des années 60. Mais, bien que leur importance réelle dans la consommation médicale actuelle soit impossible à chiffrer, il n'est pas sûr, en dépit de leur récente remise à l'honneur par le développement d'une nouvelle culture traditionaliste, qu'ils comptent encore beaucoup, aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine.

Les données de l'histoire et l'extraversion récente de l'économie polynésienne ont conduit à la concentration des équipements et des personnels de santé, en parallèle avec celle des hommes. Il y a ainsi accentuation du déséquilibre ville/campagne que l'on retrouve fréquemment ailleurs dans le monde: les médecins préfèrent exercer en ville et les infirmiers vivent mal une affectation lointaine. Le problème est ainsi posé d'une santé à deux vitesses, selon que l'on réside dans l'île de Tahiti ou dans les autres îles: il est difficile de comparer l'infirmerie d'un atoll et le cabinet d'un spécialiste en ville. Cela contribue aussi à l'attraction d'une zone urbaine pourtant déjà engorgée.

Le système de santé contemporain, qui veut se modeler sur celui des pays les plus riches, risque peut-être d'aboutir à une désorganisation du système mis en place depuis 1945. La localisation presque exclusive du secteur libéral dans l'île de Tahiti, et une inadaptation structurelle aux besoins réels - toujours plus de secteur curatif, toujours plus de dépenses engagées dans les soins, et peu de prévention - sont des éléments, et non les moindres, de cette possible déviation.

Des huit composantes essentielles à la mise en œuvre des soins de santé primaires, définies à la Conférence d'Alma Ata en 1978, quatre seulement peuvent être considérées comme réalisées en Polynésie française: la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes, la fourniture des médicaments essentiels. C'est-à-dire les quatre objectifs qui ne demandent pas une vision globale préalable de l'intrication des problèmes sanitaires et des questions sociales, économiques et géographiques. De fait, les quatre autres objectifs définis à Alma Ata ne sont que partiellement atteints, comme l' "Éducation Sanitaire et la Protection maternelle et infantile", ou encore très loin de l'être, comme la "Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles", l' "Approvisionnement suffisant en eau saine et les mesures d'assainissement de base", quand ce n'est "oublié": la "Planification familiale". Certains de ces problèmes, tel le planning familial, se heurtent, il faut bien le dire, à des résistances aveugles ou à de solides intérêts. Si la Polynésie française ne connaît pas une situation sanitaire aussi catastrophique que celle de la plupart des États ou Territoires de la zone intertropicale, elle risque, comme la plupart d'entre eux, d'être rapidement confrontée au grave problème de l'explosion démographique. Aura-t-elle longtemps les moyens de se comparer aux pays industrialisés?

E. VIGNERON

Sources:

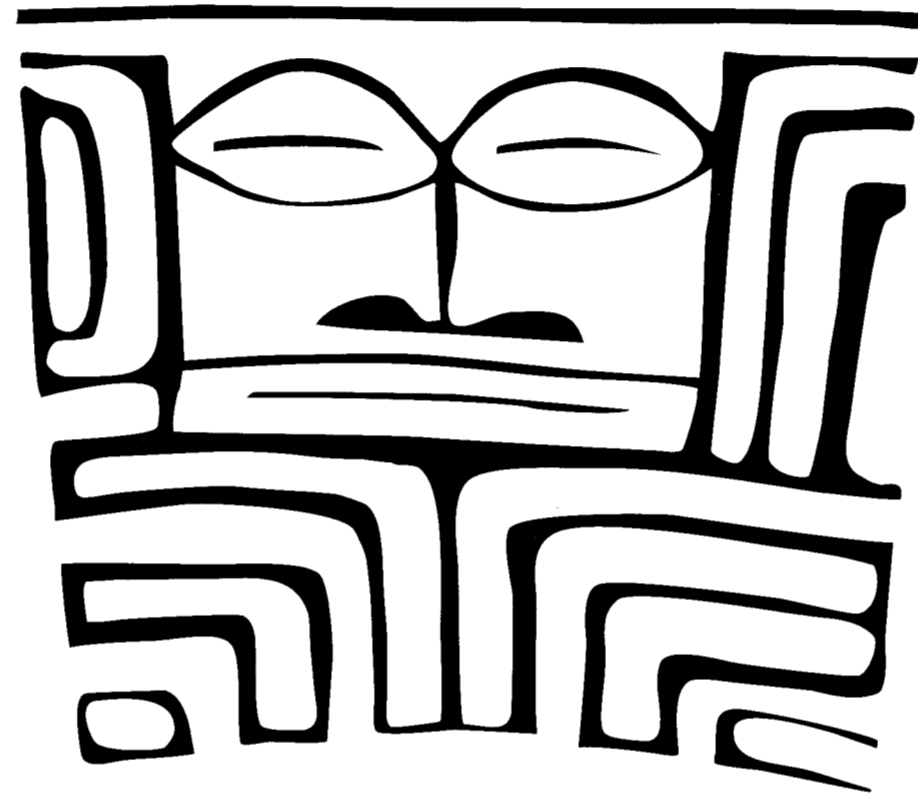
- Institut Territorial de la Statistique. Papeete
- Archives de la Direction de la Santé Publique. Papeete
- Archives de l'Institut Territorial de Recherches Médicales Louis Malardé. Papeete
- Direction des Douanes. Papeete
- Conseil de l'Ordre des Médecins en Polynésie française. Papeete
- Archives Nationales de la France d'Outre-Mer. Paris

Orientation bibliographique

VIGNERON (E.) -1988- Relations between health levels, services and demand in French Polynesia. *Social Sciences and Medicine*, Aug. 1989, vol. 29, 8: 943-951.

VIGNERON (E.), BOUTIN (J.P.), CARTEL (J.L.), ROUX (J.) et al. -1989- Aspects de la santé en Polynésie française: essai d'approche chrono-spatiale. *In*: actes du Congrès "Géographie et socio-économie de la santé", CREDES-UGI Paris, 1989, Tome II, pp. 71-80.

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.