

SANTE PUBLIQUE ET DEMOGRAPHIE EN POLYNESIE FRANCAISE DU 18^{EME} SIECLE A NOS JOURS

*Bernard Gille**

Les dépenses de santé publique sont une question fort complexe et font intervenir beaucoup de disciplines. Ainsi les maladies qui affectent la santé publique et la démographie depuis le 18^{ème} siècle permettent de mieux comprendre comment la Polynésie française a pu en arriver à une telle dérive de ses dépenses de santé.

Depuis l'arrivée du capitaine Wallis en 1767 et jusqu'en 1920 les Polynésiens ont connu tout d'abord une véritable saignée à cause des épidémies dues aux maladies apportées par les marins de passage.

Le renouveau démographique polynésien commencé dans les années 1920 et considérablement accéléré depuis l'arrivée du CEP, explique en partie l'ampleur des dépenses de santé puisque la population est passée de 20000 habitants en 1880 à plus de 265000 actuellement. D'ailleurs le rapport Bolliet précise dans son annexe 22: «La progression soutenue des dépenses d'assurance maladie s'explique par la situation démographique et des paramètres généreux.» (Volume 3, annexe 22, p.13, septembre 2010.)

Mais si les grandes épidémies ont disparu, de nouvelles pathologies sont apparues à cause des changements dans le mode de vie et les habitudes alimentaires des Polynésiens. L'allongement de la durée de vie va également engendrer de nouvelles dépenses en matière de santé publique d'ici quelques années.

Il est vrai que ces problèmes ne sont pas propres à la Polynésie française et qu'ils affectent de très nombreux pays à commencer par la métropole. Les gouffres financiers de la sécurité sociale et de la CPS sont devenus des phénomènes presque normaux, comme la pollution, au point que la majorité de la population semble ne plus s'en soucier.

* Maître de Conférences à l'Université de la Polynésie française.

Les politiques, quant à eux, appréhendent d'avoir à prendre des mesures impopulaires après avoir mis en place des systèmes de santé aussi budgétivores.

Si l'on ajoute aux dépenses de santé le dossier du financement des retraites, lié lui aussi au vieillissement de la population, il semble que le problème soit devenu insoluble. C'est le premier défi auquel la Polynésie française sera confrontée dans quelques années et ce véritable problème de société pourrait, à terme, détruire la cohésion sociale ici comme ailleurs.

Nous étudierons l'évolution de la santé publique et de la démographie en scindant notre exposé en deux périodes: du 18^{ème} siècle à 1956 et de 1956 à nos jours.

I PREMIERE PARTIE: L'EVOLUTION DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE DU XVIIIEME SIECLE JUSQU'EN 1956

Dès l'arrivée des premiers navigateurs européens au 18^{ème} siècle les problèmes de santé publique prennent une ampleur considérable dans la population polynésienne.

En effet de terribles épidémies déciment les insulaires et en premier lieu la syphilis. Comme l'a écrit Pierre-Yves Toullelan: «Peu de régions au monde devaient connaître une pareille saignée: fièvres introduites par Cook en 1774, et grippe de Vancouver en 1791. Si l'on estime que Tahiti compte 63000 habitants vers 1767, il ne subsiste plus que 16050 personnes dans l'île en 1797, selon le capitaine du Duff qui a, il est vrai, dû sous-estimer cette population». (Toullelan, mai 1991 66).

De même, après 1815, 50% de la population tahitienne disparaît à cause de la dysenterie, de la variole et des fièvres introduites par les navigateurs de passage. En 1829 les missionnaires anglais ne recensent plus que 8568 habitants. Beaucoup de maladies sont introduites par les équipages des baleiniers qui reviennent à Tahiti après de longues et difficiles campagnes de pêche pour se livrer à des semaines de débauche, répandant la syphilis et autres maladies vénériennes.

Sous le protectorat, en 1848, on dénombre un peu moins de 10000 habitants aux Iles du Vent et jusqu'en 1855 plusieurs épidémies frappent la population: la coqueluche, la variole et la rougeole. Entre 1860 et 1880 la population se stabilise aux alentours de 9000 habitants à Tahiti.

En 1918 la grippe espagnole s'abat sur Tahiti et 3000 morts seront recensés. Grâce à des mesures draconiennes de quarantaine, l'épidémie sera limitée aux Iles de la Société et à Makatea. Le taux de mortalité atteint alors 190 pour mille en

1918. Il faudra quinze ans pour retrouver la population qui existait avant l'arrivée de la grippe espagnole.

Néanmoins c'est l'archipel des Marquises qui a été le plus frappé par les épidémies à partir du XIX^{ÈME} siècle. Il y avait ainsi 80 000 habitants dans cet archipel à la fin du XVIII^{ÈME} siècle (Bailleul, 1998, p.45), ils ne sont plus que 20000 en 1842 à l'arrivée des Français et 4865 en 1880 (Idem, 136).

En 1863-1864 une épidémie de variole ravage la population. Un navire revenu du Pérou avec des Polynésiens rescapés du Blackbirding apporte la terrible maladie: il y a 958 morts à Nuku Hiva (plus d'un tiers de la population) et 600 à Ua Pou (plus de la moitié de la population).

En 1898 le dépeuplement de l'archipel est tel qu'il fait envisager la fin de la race marquisienne. Plus tard, en 1920, l'inspecteur des colonies Henri note: «A cette allure, la race Maori aura complètement disparu des Marquises dans une trentaine d'années» (cité par Bailleul, 1998, p.252).

En 1926 il ne reste plus que 2080 habitants aux Marquises! Un siècle et demi après l'arrivée des premiers navigateurs aux Marquises, il ne reste plus que 2% de la population initiale.

Après 1900 la situation s'est améliorée mais malgré un taux de fécondité de 6 enfants par femme, l'espérance de vie ne dépasse pas 25ans. En effet, en 1929 la tuberculose est responsable de 40% de la mortalité.

Toutefois, la lèpre régresse au XX^{ÈME} siècle et une léproserie est construite à Hiva Hoa après 1918: à cette date il n'y a plus que 66 lépreux alors qu'ils étaient 230 en 1895. En 1918 le résident en poste à Hiva Hoa est un médecin des troupes coloniales. Par la suite un médecin civil est affecté au groupe nord des Marquises en 1923.

Puis, en 1935 la première infirmerie est ouverte à Ua Pou et enfin en 1944 il n'y a plus qu'un seul médecin résident à Atuona (Hiva Hoa) pour tout l'archipel.

L'alcoolisme reste cependant un fléau et il fait des ravages dans la population avec des alcools fabriqués localement à base de coco, parfois à l'instigation des Européens, gendarmes compris (Bailleul, 1998, 247).

Face à ces épidémies et aux maladies endémiques, les dépenses de santé publique se limitent à l'entretien de quelques médecins militaires. Un hôpital a été créé en 1843 dans un camp militaire sur l'emplacement de Vaiami à Papeete et en 1880, il n'y a que deux médecins de la marine.

En 1884 est construit l'hôpital Vaiami qui restera l'hôpital principal de Tahiti jusqu'en 1971. En 1920 on dénombre quatre médecins publics, deux médecins

libéraux et quatre infirmiers. «En 1939, les professionnels de santé n'étaient encore que neuf au total. C'est l'augmentation du nombre d'infirmiers et de sages-femmes qui a surtout contribué à la promotion de la santé publique dans les îles. On dénombrait dix-neuf infirmiers en 1960. Le nombre de lits hospitaliers a pour sa part augmenté de 60 en 1935 à 450 (répartis sur quatre îles) à la fin des années 50» (A. Leca, RJP, 2010, 22).

Dans les archipels lointains, les administrateurs résidents sont souvent des médecins et ils améliorent grandement l'état physiologique des habitants. Ainsi, dans l'entre-deux guerres le taux de natalité est remonté à 40 pour mille.

En 1926, la population totale des EFO est de 24000 personnes. Elle passe à 36600 en 1941 dont environ 5000 étrangers, essentiellement chinois (ces derniers seront 9000 en 1952).

En 1936, on recense une population de près de 44000 personnes pour l'ensemble des archipels.

Après 1945, la vitalité démographique se confirme dans tout le territoire avec le même taux de 40 pour mille qui continue jusque dans les années 1960-1970. Cette progression est une des plus rapides du monde: elle permet d'atteindre un accroissement naturel de 2 à 3% par an. Il y a deux raisons à cela: d'une part le taux de fécondité de 6,3 enfants par femme et d'autre part la baisse du taux de mortalité. Ce dernier est passé de 20 pour mille en 1945 à 10 pour mille en 1960. L'espérance de vie est ainsi passée de 44 ans en 1945 à 54 ans en 1958 (Toullelan, 1991, p.140).

De même, la mortalité infantile va reculer nettement à partir de 1956, ce qui donne une population jeune avec 55% de moins de 20 ans dans les années 1960.

Quels sont donc les problèmes de santé publique et de démographie de 1956 à nos jours?

II DEUXIEME PARTIE: SANTE PUBLIQUE ET DEMOGRAPHIE DE 1956 A NOS JOURS

Trois points seront développés:

- Le formidable essor démographique
- L'évolution des pathologies
- L'évolution de la protection sociale jusqu'à la PSG

A Le Remarquable Essor Démographique

Entre 1956 et 1983, la population polynésienne a connu une progression démographique tout à fait remarquable puisque le nombre d'habitants à plus que doublé, passant de 76327 habitants à 167000.

Lors des recensements de 1983 et 1988, on constatait que le taux d'accroissement restait très élevé dans le pays puisqu'il atteignait 2,57%. On prévoyait à l'époque un doublement de la population en 27 ans ... En réalité, cette progression s'est ralentie puisque le nombre moyen d'enfants par femme (indice conjoncturel de fécondité) est passé de 6,3 dans les années 1970 à 3,6 en 1988 et à 2,1 en 2007.

Cette évolution est due à l'élévation du niveau de vie, au développement de l'emploi féminin et à la généralisation de la contraception. Ainsi, la population ne progresse plus que de 1,3% par an en 2008.

Si l'espérance de vie n'était que de 60 ans pour les hommes et de 65 ans pour les femmes dans les années 1980, elle est en 2008 de 78,2 ans pour les femmes et de 73 ans pour les hommes. Globalement, la durée de vie moyenne augmente régulièrement de 3,4 mois par an entre 1998 et 2008 (Rapport ISPF, Fenua Economie n° 7, 2009-2010, p.171).

D'après le rapport d'étude sur la projection de la population pour 2027 fait par l'ISPF, l'espérance de vie à la naissance ou durée de vie moyenne en 2027 sera de 79 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes. La Polynésie comptera alors 320000 habitants soit 60000 personnes de plus qu'en 2007.

Ceci aura des conséquences considérables sur les dépenses de santé puisque 17% des habitants auront plus de 60 ans en 2027, soit près de 55000 personnes. Ce rapport indique clairement: «Le vieillissement rapide de la population se répercutera fortement sur les coûts de la santé, mais aussi sur le financement des retraites» (Ibid).

Il faut donc s'attendre à une évolution des pathologies liées au vieillissement et donc à une augmentation des dépenses de santé.

B L'Evolution des Pathologies

La situation sanitaire de la Polynésie française a beaucoup changé depuis les années 1950 car certaines pathologies ont évolué, même si des similitudes persistent.

1 Le constat en 1966

Le rapport annuel de la santé publique de 1966 indique les pathologies dominantes à cette époque (cité par Dominique Marghem, *Evaluation du CHPF*, Papeete 5 octobre 2006, 31):

- Les maladies infectieuses arrivaient en tête:
 - La lèpre avait nécessité plus de 20000 journées d'hospitalisation

- La tuberculose représentait 22000 journées d'hospitalisation. En 2005, il n'y en avait plus que 26.
- La filariose lymphatique
- Le rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques
- La typhoïde: 1145 personnes hospitalisées
- La syphilis: 2255 cas diagnostiqués
- D'autres infections étaient récurrentes en 1966: celles dues à l'obésité, au diabète, à l'hypertension, à l'asthme et à la goutte (un des taux les plus élevés du monde).
- Les intoxications dues au «*raau tahiti*» (pharmacopée polynésienne)
 - «De 1966 à 1970, sur 183 décès d'enfants survenus au CHT, 43 étaient dus à une intoxication. Durant le seul mois de février 1970, la clinique Cardella a déclaré 27 décès d'enfants par intoxication au «*raau tahiti*». Les plantes le plus souvent en cause sont le *metua pua*, l'écorce de tipanier, la racine de corossol et le *patoa*» (Ibid p.32).
- Il y a également beaucoup de parasitoses intestinales et de ciguatera aux Tuamotu.
- Enfin, la psychiatrie représentait 10000 journées d'hospitalisations sur 197000.

2 Les pathologies en 2006

Elles ne sont connues que grâce au système d'information médicale du CHPF car «les motifs de consultation ou d'hospitalisation dans le secteur libéral ne sont pas connus...» (ibid 33).

Aujourd'hui les grandes endémies ont été maîtrisées grâce au travail réalisé par l'Institut Malardé et par la direction de la santé.

Les maladies infectieuses ont reculé grâce à la vaccination généralisée et aux structures de santé publiques et privées qui se sont multipliées.

Néanmoins certaines maladies infectieuses restent une préoccupation importante: le RAA, la tuberculose, la filariose, la SIDA et la leptospirose.

Les 500 professionnels de santé interrogés lors de la préparation du Plan pour la santé 2001-2005 mettaient en priorité l'obésité qui touche 40% de la population adulte et 12% des enfants, et les pathologies de surcharge comme le diabète et l'hypertension. Près de 20% de la population adulte a du diabète sucré ou de l'hypertension.

Pour la population en général et pour les adolescents en particulier les principales priorités sont l'alcoolisme et les violences conjugales.

Actuellement les pathologies les plus répandues et les plus coûteuses sont l'insuffisance rénale, les maladies coronariennes, l'augmentation du nombre de cancers, avec plus de 525 cas diagnostiqués en 2005 pour 42 en 1966.

Enfin, l'asthme et les pathologies respiratoires restent importants.

En 2007, sur 1152 décès dont la cause était connue, sur un total de 1235 décès, le cancer était la principale cause de mortalité avec 308 décès, suivi par les maladies de l'appareil circulatoire avec 292 cas. Les blessures et causes externes représentaient 132 cas et les maladies de l'appareil respiratoire 101 cas (Fenua Economie n°78, 2009-2010, p.177).

C L'évolution de la Protection Sociale de 1956 à Nos Jours

A partir de 1956, c'est l'ère des grands changements qui commence avec la mise en place de cadres juridiques nouveaux qui vont permettre par la suite la mise en place des institutions qui ont conduit à la protection sociale généralisée.

1 La loi cadre et la création des premières institutions de protection sociale

La loi cadre du 23 juin 1956 permet au gouverneur des EFO d'organiser les assurances sociales. Ainsi, un arrêté gubernatorial du 28 septembre 1956 crée la Caisse de compensation des prestations familiales et un autre arrêté du même jour met en œuvre le régime des prestations familiales au profit des travailleurs salariés.

Cette CCPF est un organisme de droit privé – comme la CPS – dans le cadre de loi du 1^{er} avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels. Elle assume une mission de service public et elle est gérée par les partenaires sociaux sous la tutelle du gouverneur (pour l'actuelle CPS ce rôle est dévolu au gouvernement de la Polynésie française).

Le décret du 22 juillet 1957 dote le territoire d'un large statut d'autonomie qui donne à l'Assemblée Territoriale la compétence en matière de santé publique. L'assemblée se voit ainsi dotée d'un pouvoir de réglementation générale considérable: elle exerce des compétences dans une quarantaine de matières qui en métropole sont réservées au parlement.

Par la suite, d'autres textes vont compléter la protection sociale: le décret du 24 février 1957 relatif aux accidents professionnels des salariés, et la délibération de l'A.T. du 24 août 1967 concernant l'assurance vieillesse qui va créer la CPS.

2 La création de la caisse de prévoyance sociale

La Caisse de prévoyance sociale ou CPS, est un organisme social de droit privé qui assume une mission de service public, placé sous la tutelle du gouvernement de la Polynésie française.

Le rôle principal de la CPS est d'assurer la gestion des régimes sociaux du pays. C'est le seul organisme à gérer tous les risques couverts, ce qui n'est pas le cas en

métropole où il existe de nombreux organismes comme l'URSSAF, l'ACOSS et les caisses primaires, régionales et nationales d'assurance maladie, ce qui est «budgétivore».

La CPS est chargée du recouvrement des cotisations des régimes contributifs, des services des prestations sociales et de la santé et des évacuations sanitaires.

Les régimes contributifs sont des régimes où les salariés payent des cotisations sociales: le régime général des salariés ou RGS (cotisations des salariés et des employeurs) et le régime général des non-salariés ou RNS (cotisations des non-salariés). Le RNS est également financé par des subventions du pays, des impôts spéciaux et d'autres ressources.

La délibération du 25 janvier 1974 vient compléter le dispositif en créant l'assurance volontaire pour les salariés, puis une délibération du 14 février 1974 rend obligatoire l'assurance invalidité des travailleurs salariés. La délibération du 7 octobre 1976 fait de même pour l'assurance volontaire.

Enfin, la délibération du 15 avril 1979 a créé le Régime de protection sociale en milieu rural (RPSMR) concernant les agriculteurs, pêcheurs et artisans pour les prestations familiales, les prestations de retraites, d'assurance maladie et d'accident du travail.

3 La creation de la protection sociale generalisee

Ce système a été organisé par la délibération du 3 février 1994 définissant le cadre de la protection sociale généralisée.

Ainsi a été créé le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF), dans lequel les bénéficiaires ne payent pas de cotisations. Il est financé par la contribution de solidarité territoriale (CST), par l'Etat et par différentes taxes.

Le RSPF a permis à un très grand nombre de pauvres ou d'indigents d'être pris en charge dans les structures libérales, alors qu'auparavant ils n'avaient accès gratuitement qu'aux structures publiques (hôpitaux et dispensaires).

Tout ceci a conduit à un fort accroissement des dépenses de santé qui ont plus que doublé entre 1988 et 1995 et le nombre de professionnels libéraux s'est accru de 50% entre 1993 et 2003, ce qui a contribué à un nouvel accroissement des dépenses de santé (A Leca, 2010, 4 et 5).

En 1988, les dépenses de santé à la charge des régimes de protection sociale territoriaux étaient de 4,8 milliards de francs CFP pour passer à 10,5 milliards en 1995, à 21,5 milliards en 1996, à 25,4 milliards en 1998, pour aboutir à près de 51 milliards en 2009.

Or, entre 1996 et 2009 la population couverte n'est passée que de 200765 personnes à 262634.

Les dépenses ont donc été multipliées par 2,3 alors que la population couverte n'a été multipliée que par 1,4 (Evolution des dépenses de santé de 1996 à 2009, document CPS).

La part imputable aux hospitalisations publiques et privées est passée de 2,6 milliards en 1988 à 5,3 en 1995, à 8,8 en 1996, à 13,9 en 2002 (A. Leca, 2010, p.27).

Les structures hospitalières ont considérablement évolué depuis le XIX^{ème} siècle: L'hôpital Vaïami a ouvert ses portes en 1884, puis le CHPF de Mamao a été construit à partir de 1966 et a ouvert ses portes en 1971-1972.

En 1965 il y avait également un hôpital à Taravao et cette année-là s'ouvrait la clinique Cardella. Il y avait également un hôpital à Taïohae aux Marquises et un autre à Uturoa dans l'île de Raiatea.

En 1966, l'hôpital militaire Jean-Prince ouvrait à Pirae (il fut fermé en 1988). Enfin, la clinique Paofai ouvrait ses portes en 1982. En 1983 le nombre de lits dans toute la Polynésie française était de 1027 pour l'ensemble des structures hospitalières publiques (843) et privées (184 à Tahiti uniquement).

En 1995 l'offre hospitalière privée représentait 211 lits et l'offre publique 555, dont 400 au CHPF et 15 à l'hôpital de Moorea.

La progression des dépenses des professionnels de santé libéraux a augmenté encore plus vite: on est passé de 2 milliards de francs cfp en 1988, à 4,5 en 1996, à 11,3 milliards en 1999 et à 14,6 milliards en 2002.

Ainsi, «le poste libéral a augmenté près de deux fois plus vite que les dépenses totales (+ 88% contre 48% en 5 ans). Alors que les dépenses opérées chez les praticiens privés équivalaient à celles du CHT en 1996, elle les dépasse maintenant de 36% et sa part dans les dépenses de santé est passée de 34 à 43% entre 1996 et 2002» (A Leca, 2010, 28).

La part des dépenses de santé dans le PIB local (536 milliards de francs CFP en 2006) est passée de 6,6% en 1999 à 7% en 2002 (Ibid.).

La PSG coûtait 40,8 milliards CFP en 1995 pour 189700 personnes et aujourd'hui la PSG engendre 103,4 milliards CFP pour 262600 personnes, soit une augmentation de 150% en 15 ans (F Venayre, 2010, 59).

III CONCLUSION

C'est donc une véritable machine infernale qui menace les finances publiques ainsi que celles de la CPS.

Le rapport Bolliet publié en septembre 2010 dans le cadre de la Mission d'assistance à la Polynésie française propose une analyse financière de la PSG, en étudiant le financement de la protection sociale, l'assurance maladie, l'offre publique de soins, les retraites et l'action sociale, sans oublier la gouvernance, la gestion et la tutelle de la PSG.

Bref, l'essentiel des questions qui sont traitées dans le cadre de cette Table Ronde et que les pouvoirs publics auront à résoudre dans les prochaines années.