NATIONS
UNIES

E

Conseil économique et social

Distr.
GÉNÉRALE

E/CN.9/1995/2
17 janvier 1995
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

Commission de la population
Vingt-huitième session
21 février-2 mars 1995
Point 3 b) de l'ordre du jour provisoire*

ÉTUDE GÉNÉRALE DES TENDANCES, POLITIQUES ET PROGRAMMES DÉMOGRAPHIQUES : SUIVI DES TENDANCES ET POLITIQUES DÉMOGRAPHIQUES À L'ÉCHELLE MONDIALE

Rapport succinct sur le suivi des tendances et politiques démographiques à l'échelle mondiale

Rapport du Secrétaire général

RÉSUMÉ

La Division de la population du Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques a entrepris une série d'études biennales sur les tendances et politiques démographiques, en application d'une recommandation du Plan d'action mondial sur la population qui a été adopté à Bucarest en 1974, puis réaffirmé à la Conférence internationale sur la population qui s'est tenue à Mexico, en 1984. À sa vingt-septième session tenue en mars 1994, la Commission de la population a prié le Secrétaire général de préparer un additif au huitième rapport concis sur le suivi des tendances et politiques démographiques, rapport dont elle était saisie au cours de ladite session (E/CN.9/1994/2), ayant à l'esprit le délai relativement court séparant les vingt-septième et vingt-huitième sessions de la Commission. Le présent rapport est établi pour refléter les données les plus récentes sur les tendances et politiques démographiques à l'échelle mondiale et les interactions entre la population et l'environnement.

* E/CN.9/1995/1.

95-01563 (F) 310195 030295 /...
9501563

Dans la première partie, on trouvera une synthèse des dernières informations sur l'importance de la population et les taux d'accroissement, la mortalité, la fécondité, la répartition de la population et les migrations internationales dans tous les pays (par. 1 à 106). Dans la deuxième partie, on examine les interactions entre la population et l'environnement, en mettant l'accent sur la densité maximale de population (par. 107 à 112).

TABLE DES MATIÈRES

		Paragraphes	Page
I.	TENDANCES ET POLITIQUES DÉMOGRAPHIQUES	1 - 106	5
	A. Dimension et accroissement de la population	1 - 22	5
	B. Mortalité	23 - 46	12
	C. Fécondité	47 - 69	21
	D. Répartition de la population	70 - 85	29
	E. Les migrations internationales	86 - 106	35
II.	POPULATION ET ENVIRONNEMENT : DENSITÉ MAXIMALE DE POPULATION	107 - 112	43

Tableaux

1. Population mondiale, estimations antérieures et projections de la variante médiane 5

2. Taux d'accroissement de la population dans le monde, dans les régions les plus développées, dans les régions les moins développées et dans les grandes régions 8

3. Opinion des gouvernements sur le taux d'accroissement de leur population en 1994 11

4. Estimations de l'espérance de vie, de la mortalité infantile et juvénile dans les principales zones et régions du monde pendant les périodes comprises entre 1990 et 1995 14

5. Points de vue des gouvernements en ce qui concerne l'acceptabilité du taux de mortalité, en fonction du niveau de développement, 1993 . 17

6. Estimation des taux de fécondité et variation en pourcentage pour les grandes régions du monde : 1980-1985, 1985-1990 et 1990-1995 22

7. Pourcentage de couples utilisant actuellement des méthodes spécifiques de contraception, par région (d'après les données des enquêtes les plus récentes effectuées vers 1990) 23

8. Taux d'accroissement de la population des zones urbaines et des zones rurales dans le monde et dans ses principales régions 31

9. Les 15 plus grandes agglomérations urbaines du monde en 1994 et, d'après les projections, en 2015 33

TABLE DES MATIÈRES (suite)

Page

10. Indicateurs clefs concernant les tendances en matière de migration par région pour 1965, 1975 et 1985 37

11. Politiques des gouvernements en matière d'immigration 1986-1994 . . 41

Figures

I. Accroissement de la population mondiale, 1950-2050 6

II. Augmentation annuelle moyenne de la population dans le monde, dans les régions développées et dans les régions les moins développées, 1950-2050 7

III. Décès par âge, 1990-1995 17

IV. Pourcentage de la population totale vivant dans les zones urbaines en 1994 et, d'après les projections, en 2025 30

I. TENDANCES ET POLITIQUES DÉMOGRAPHIQUES

A. Dimension et accroissement de la population

1. Tendances

1. Au milieu de 1994, la population mondiale atteignait 5,63 milliards de personnes (tableau 1). Au cours des 12 mois précédents, elle s'était accrue de 86 millions de personnes; elle devrait compter 87 millions de personnes supplémentaires au cours des 12 prochains mois. Actuellement, 4,47 milliards de personnes — soit 79 % de la population mondiale — vivent dans les régions en développement. Les régions développées comptent au total 1,16 milliard d'habitants.

Tableau 1

Population mondiale, estimations antérieures et projections de la variante médiane

Année	Population (milliards)
1950	2,52
1990	5,28
1994	5,63
2000	6,16
2015	7,47
2025	8,29
2050	9,83

Source : World Population Prospects: The 1994 Revision (publication des Nations Unies, à paraître).

2. Entre 1990 et 1994, le taux d'accroissement annuel de la population mondiale a été de 1,57 %, taux sensiblement inférieur à celui enregistré pendant les 15 dernières années, qui était de 1,73 %. Le taux actuel, le plus bas enregistré depuis la seconde guerre mondiale, indique une reprise des tendances à la baisse de l'accroissement démographique qui ont prévalu entre le milieu des années 60 et le milieu des années 70.

3. Les projections de la variante médiane de fécondité établies par l'ONU indiquent que ce taux continuera de baisser, pour s'établir à 1,33 % par an en 2000-2010, 1,15 % en 2010-2020, 0,95 % en 2020-2030, 0,72 % en 2030-2040 et 0,54 % en 2040-2050. En conséquence, la population mondiale devrait atteindre 7,5 milliards de personnes en 2015 et 9,8 milliards en 2050 (figure I).

Figure I

Accroissement de la population mondiale, 1950-2050

(Estimation et variantes médiane, haute et basse de fécondité)

Milliards

Source : World Population Prospects: The 1994 Revision (publication des Nations Unies, à paraître).

4. Malgré la baisse du taux d'accroissement, l'augmentation annuelle de la population mondiale demeurera stable, entre 86 millions et 88 millions par an, jusqu'à 2015. Cette augmentation sera ensuite ramenée à 75 millions entre 2025 et 2030 et à 49 millions entre 2045 et 2050 (figure II).

Figure II

Augmentation annuelle moyenne de la population dans le monde, dans les régions développées et dans les régions en développement, 1950-2050

Augmentation annuelle moyenne (millions)

Source : World Population Prospects: The 1994 Revision (publication des Nations Unies, à paraître).

5. Entre 1950 et 1994, la population des régions en développement s'est accrue de 161 % alors que le taux d'accroissement a été de 43 % dans les régions développées. Entre 1990 et 1995, la population des régions en développement a enregistré un taux d'accroissement annuel de 1,9 %. Au cours de la même période, la population des régions développées s'est accrue de 0,4 % par an (tableau 2). D'après les projections de la variante médiane, la population des régions en développement s'accroîtra de 93 % entre 1994 et 2050. Pendant la même période, celle des régions développées devrait augmenter de 4 % — accroissement de 6,5 % entre 1994 et 2025 minoré de la baisse de 2,5 % prévue entre 2025 et 2050. Vers 2045-2050, le taux d'accroissement de la population devrait être de 0,6 % dans les régions en développement; dans les régions développées, ce taux serait négatif.

Tableau 2

Taux d'accroissement de la population dans le monde, dans les régions développées, dans les régions en développement et dans les grandes régions

	1950-1955	1990-1995	2045-2050
Monde	1,8	1,6	0,5
Régions développées	1,2	0,4	-0,1
Régions en développement	2,1	1,9	0,6
Pays les moins avancés	1,9	2,8	1,1
Afrique	2,2	2,8	1,1
Asie	1,9	1,6	0,4
Europe	1,0	0,1	-0,3
Amérique latine et Caraïbes	2,7	1,8	0,5
Amérique du Nord	1,8	1,1	0,1
Océanie	2,2	1,5	0,4

Source : World Population Prospects: The 1994 Revision (publication des Nations Unies, à paraître).

6. Les effets tangibles de la diversité des taux d'accroissement de la population apparaissent sans doute mieux à l'examen de l'augmentation annuelle moyenne de la population totale des régions développées et des régions en développement. Entre 1950 et 1955, l'augmentation annuelle de la population mondiale a été de 47 millions de personnes, dont 21 % étaient originaires des régions développées et 79 % des régions en développement. Entre 1990 et 1995, la part des régions développées dans l'augmentation annuelle était de 5 % et celle des régions en développement de 95 %. On prévoit que d'ici à 2045-2050, la population des régions développées baissera en nombre, si bien que l'augmentation nette de la population sera le fait des seules régions en développement.

7. Les 47 pays les moins avancés se caractérisent par des taux de fécondité, de mortalité et d'accroissement de la population plus élevés que ceux enregistrés dans les autres pays des régions les moins développés. Entre 1950 et 1994, la population de ces pays s'est accrue de 191 %, alors que celle des autres pays des régions en développement a augmenté de 158 %. En 1994,

559 millions de personnes vivaient dans les pays les moins avancés. Entre 1990 et 1995, le taux d'accroissement de la population de ces pays était de 2,8 % par an, c'est-à-dire un point de plus que celui enregistré dans les autres pays des régions en développement. Au cours de cette période, la part des 47 pays les moins avancés dans l'accroissement de la population mondiale a été de 18 %.

8. Des différences importantes ont historiquement marqué — et continuent de marquer — la répartition et l'accroissement de la population dans les différentes régions du monde. Entre 1950 et 1994, la population de l'Afrique est passée de 224 millions à 708 millions de personnes. Le taux d'accroissement annuel moyen de 2,7 % enregistré en Afrique (soit un taux cumulé de 217 %) est le plus rapide enregistré au cours de cette période. Les populations d'Amérique latine et d'Asie ont également enregistré, depuis 1950, un accroissement de plus de 2 % par an. Avec un accroissement de 2,4 %, la population d'Amérique latine est passée de 166 millions de personnes en 1950 à 474 millions en 1994. En Asie, la population s'est accrue annuellement de 2 % entre 1950 et 1994 pour atteindre 3,4 milliards de personnes en 1994. En Europe, la population s'est accrue de 0,6 % par an. L'Europe est la seule grande région où le taux d'accroissement de la population a été inférieur à 1 % par an au cours de la période 1950-1994.

9. L'Afrique continue de présenter le taux d'accroissement de la population le plus rapide — 2,8 % annuellement entre 1990 et 1995. L'Amérique latine et les Caraïbes se situent un point en dessous (1,8 % par an). L'Asie enregistre un taux de 1,6 % par an, l'Océanie, 1,5 % et l'Amérique du Nord 1,1 %.

10. Parmi les grandes régions, c'est l'Europe, dont la population est quasiment stationnaire, qui enregistre le taux d'accroissement le plus faible. Au cours des dernières années, les quatre régions d'Europe ont connu des tendances très différentes en matière d'accroissement de la population. L'Europe occidentale enregistre le taux d'accroissement annuel le plus élevé parmi les régions développées — 0,55 % annuellement au cours de la période 1990-1995. Le taux actuel est plus élevé que celui enregistré pendant la période 1980-1985 (0,14 %) ou 1985-1990 (0,49 %); la hausse du taux d'accroissement de la population en Europe occidentale est due pour l'essentiel à l'augmentation du nombre de migrants dans la région (en particulier en Allemagne). Par contre, le taux d'accroissement de la population en Europe orientale est devenu négatif au cours de la période 1990-1995. Dans un certain nombre de pays de cette partie de l'Europe, ces années ont été marquées par une tendance à l'émigration, une forte baisse de la fécondité et une hausse ou une stagnation de la mortalité. L'Europe du Sud a connu, au cours des 15 dernières années, une tendance à la baisse du taux d'accroissement de la population, qui est passé de 0,8 %, en moyenne annuelle entre 1975 et 1980, à 0,4 % en 1980-1985, à 0,3 % en 1985-1990 et enfin 0,1 % en 1990-1995. Le recul spectaculaire de l'indice synthétique de fécondité en Europe du Sud, qui est passé de 2,3 enfants par femme en 1975-1980 à 1,4 enfant en 1990-1995, explique en grande partie la faiblesse du taux d'accroissement de la population dans la région. En Europe du Nord, ce taux s'établit à 0,3 % par an, soit un niveau comparable à celui de la période 1985-1990 et légèrement plus élevé que les 0,2 % enregistrés en 1975-1985. Ces niveaux sont conformes à l'évolution de la fécondité; les statistiques montrent qu'en Europe du Nord, la fécondité a atteint son niveau le plus bas

— à 1,81 enfant par femme — pendant la période 1975-1985, avant d'augmenter légèrement pour passer à 1,84 pendant la période 1985-1995.

11. Au cours de la période 1990-1995, la population mondiale s'est accrue annuellement de 86 millions de personnes, dont 74 millions (88 %) en Asie et en Afrique. Pour ces deux grandes régions, 55 millions (63 % du total) vont à l'Asie (dont 13 millions pour la Chine et 17 millions pour l'Inde).

12. Les projections de la variante médiane indiquent que la population de l'Afrique s'accroîtra de plus de 200 % entre 1994 et 2050. La population de ce continent qui devrait atteindre 2,1 milliards de personnes en 2050 aura triplé par rapport à 1994 et décuplé par rapport à 1950. D'après les prévisions, le taux d'accroissement de la population en Afrique sera beaucoup plus élevé que celui des autres grandes régions. Entre 1994 et 2050, on prévoit que la population de l'Amérique latine et des Caraïbes augmentera de 77 %, celle de l'Asie de 69 % et celle de l'Amérique du Nord de 34 %. La population de l'Europe devrait baisser de 7 % pendant cette période.

2. Politiques

13. La Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en septembre 1994, a contribuer à accroître l'attention que les dirigeants politiques portent aux problèmes démographiques. De nombreux gouvernements ont précisé leur position à ce sujet. De plus, les gouvernements des nombreux pays nouvellement indépendants ont commencé à élaborer des politiques dans le domaine de la démographie, après une période d'ajustement et de stabilisation au cours de laquelle ces questions n'étaient pas prioritaires.

14. Il existe un autre élément de changement important, celui de la baisse du taux d'accroissement de la population dans de nombreux pays qui, depuis un certain nombre d'années, mettaient en oeuvre des politiques de réduction de ce taux. Les résultats positifs de ces politiques ont conduit de nombreux gouvernements à réviser leur démarche dans ce domaine et à réviser leurs objectifs pour les prochaines années.

15. L'effet combiné de ces nouveaux éléments a conduit les gouvernements à modifier leur perception de l'accroissement de la population. En 1994, 22 pays sur 190 (11,6 %) considéraient que le taux d'accroissement de leur population était trop faible. Parmi les autres pays, 90 estimaient que le taux d'accroissement de leur population était satisfaisant et 78 qu'il était trop élevé. Ces chiffres rendent compte d'une intéressante évolution au cours des 20 dernières années; ainsi, la tendance décennale concernant le nombre de pays qui considèrent que le taux d'accroissement de leur population est trop élevé et ceux qui estiment qu'il est satisfaisant semble avoir été bouleversée (tableau 3). Alors que le pourcentage de pays qui considèrent que le taux d'accroissement de leur population est trop faible a continué de baisser, les pays qui estiment que ce taux est trop élevé sont moins nombreux et ceux qui considèrent qu'il est satisfaisant a augmenté pour la première fois depuis 1974.

Tableau 3

Opinion des gouvernements sur le taux d'accroissement
de leur population en 1994

(En pourcentage)

Année	Trop faible	Satisfaisant	Trop élevé	Total	Nombre de pays
1974	25,0	47,4	27,6	100,0	156
1983	18,5	45,2	36,3	100,0	168
1986	16,5	45,3	38,2	100,0	170
1989	14,7	45,3	40,0	100,0	170
1991	13,8	43,7	42,5	100,0	174
1994	11,6	47,4	41,1	100,0	190

Source : Banque de données sur les politiques démographiques créée et tenue à jour par la Division de la population du Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques du Secrétariat de l'ONU.

16. Ce sont les pays en développement qui ont modifié leur action démographique dans la plus large mesure. Pour la première fois, un certain nombre de pays ont ajusté leurs politiques démographiques pour tenir compte de la baisse du taux d'accroissement de leur population qui est en partie le fruit de bonnes politiques démographiques. Ainsi, même si les pays en développement continuent de penser en majorité que le taux d'accroissement de leur population est trop élevé, un certain nombre de pays ont, eux, modifié leur position et estiment aujourd'hui que ce taux est satisfaisant. Il y a eu peu de changement dans les pays développés. Ils sont cependant de plus en plus nombreux à considérer que le taux d'accroissement de leur population est trop faible et à s'inquiéter de la baisse de la fécondité et du vieillissement de la population.

17. En Afrique, les tendances globales sont demeurées largement inchangées, un nombre croissant de pays adoptant des politiques démographiques et intensifiant leurs efforts en vue de réduire le taux d'accroissement de la population. Il est particulièrement intéressant de noter les cas de la Namibie, de la République-Unie de Tanzanie et du Soudan, qui ont officiellement lancé des politiques de réduction du taux d'accroissement de leur population.

18. La Tunisie est également un cas digne d'intérêt : c'est le premier pays africain à avoir modifié sa position sur l'accroissement de la population à la suite des remarquables progrès accomplis dans le cadre de sa politique démographique. Le Gouvernement tunisien se déclare aujourd'hui satisfait de la tendance à la baisse du taux d'accroissement de la population.

19. En Asie, si un nombre important de pays continuent de penser que les taux d'accroissement de leur population sont trop élevés, le nombre des pays qui s'estiment satisfaits de ce taux est en augmentation. Les changements les plus importants au regard du nombre absolu d'habitants concernent la Chine. Les résultats positifs obtenus par ce pays dans sa politique démographique ont pour la première fois conduit le Gouvernement à annoncer officiellement que le taux d'accroissement de la population était satisfaisant, tout en indiquant que tout laxisme dans l'application des mesures adoptées risquait d'accélérer à nouveau

cet accroissement. La République de Corée, qui a également obtenu des résultats impressionnants, considère maintenant que le taux d'accroissement de sa population est satisfaisant.

20. En Europe, de plus en plus de pays s'inquiètent des problèmes du vieillissement et de la baisse de la population. Des changements d'orientation intéressants ont été introduits au Portugal et en Roumanie, pays qui aujourd'hui considèrent que le taux d'accroissement de leur population est trop faible, et en Croatie, laquelle a mis en oeuvre une politique d'accroissement de sa population par le biais de mesures favorisant la fécondité.

21. En Amérique latine, tout comme en Asie, les pays qui considèrent que le taux d'accroissement de leur population est satisfaisant sont de plus en plus nombreux. Cette tendance conforte le modèle géographique existant, selon lequel ce sont essentiellement les petits pays des Caraïbes fortement peuplés et quelques pays d'Amérique centrale qui considèrent que le taux d'accroissement de leur population est trop élevé, alors que presque tous les pays d'Amérique du Sud estiment que ce taux est satisfaisant. La conséquence en est que la majorité des pays d'Amérique latine (55 %) considère que les taux de croissance de leur population sont satisfaisants.

22. Dans le reste du monde, on a enregistré peu de changement dans les politiques démographiques. En Amérique du Nord, les États-Unis d'Amérique et le Canada demeurent satisfaits du taux d'accroissement de leur population; il en est de même pour l'Océanie, avec l'Australie et la Nouvelle-Zélande. La majorité des pays en développement d'Océanie estime que le taux d'accroissement de leur population est trop élevé, à l'exception de Tonga, où les taux d'émigration ont conduit le Gouvernement à réviser sa politique de réduction des taux d'accroissement de la population. En Europe orientale, quatre pays, le Bélarus, la Bulgarie, la Hongrie et l'Ukraine, considèrent que le taux d'accroissement de leur population est trop faible. Dans les pays de l'ex-URSS, les gouvernements se déclarent en majorité satisfaits des taux de croissance de leur population.

B. Mortalité

1. Tendances

23. Les taux de mortalité continuent de baisser dans la plupart des pays. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance a atteint 64,4 ans en 1990-1995 pour l'ensemble du monde, soit un accroissement de 6,5 ans par rapport à 1970-1975 (publication des Nations Unies, à paraître [a]). L'espérance de vie à la naissance dans les régions développées était de 74,4 ans, soit plus de 12 ans d'écart par rapport aux régions en développement (62,3 ans) et 11 ans de plus que l'espérance de vie moyenne qui était de 51,2 ans dans les pays les moins avancés (tableau 4). L'espérance de vie la plus longue est enregistrée dans la région constituant l'Amérique du Nord (76,1 ans), suivie de l'Europe (72,9 ans) et de l'Océanie (72,8 ans), et l'espérance de vie la plus courte en Afrique (53 ans). L'Asie et l'Amérique latine se situaient entre les deux, avec une espérance de vie de 64,5 ans et 68,5 ans respectivement. En 1990-1995, l'espérance de vie a été inférieure à 60 ans dans quatre régions : Afrique orientale, Afrique centrale, Afrique occidentale et Mélanésie. Les pays où

l'espérance de vie est la plus courte sont respectivement la Sierra Leone (39 ans), l'Afghanistan (43 ans) et la Guinée-Bissau (43 ans). On estime qu'elle dépasse en moyenne 75 ans en Europe du Nord, en Europe du Sud, en Europe occidentale, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Le Japon a l'espérance de vie la plus longue du monde (79,5 ans) suivi de Hong-kong avec 78,6 ans, de la Suède et de l'Irlande avec 78,2 ans.

24. L'écart entre l'Afrique orientale, centrale et occidentale d'une part et l'Afrique du Nord et l'Afrique australe de l'autre s'est creusé au cours des 20 dernières années. C'est ainsi que dans le premier groupe, la durée de vie a augmenté de 5 à 7 ans seulement pendant cette période, tandis qu'en Afrique du Nord et en Afrique australe, elle a augmenté d'une dizaine d'années. Les pays de l'Afrique orientale, centrale et occidentale ont été les plus touchés par l'épidémie de sida, contribuant à creuser l'écart.

25. Dans les différentes régions d'Europe, l'espérance de vie a augmenté d'environ 3 à 5 ans entre 1970-1975 et 1990-1995, sauf en Europe orientale où elle a baissé d'environ 6 mois au cours de la même période, passant de 69,4 ans à 68,9 ans. Dès 1980-1985, une baisse de l'espérance de vie à 69 ans était évidente. Elle peut être en grande partie attribuée à l'accroissement du nombre de décès dus aux maladies cardio-vasculaires (Banque mondiale, 1993). Entre 1989 et 1993, la situation s'est aggravée avec l'augmentation du nombre de décès dus aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, aux maladies de l'appareil digestif, aux maladies infectieuses et à des causes externes, notamment les suicides et les accidents (UNICEF, 1994). Les hommes entre 20 et 59 ans ont été les plus touchés.

26. L'espérance de vie des femmes est supérieure d'environ 4 ans à celle des hommes. Pour l'ensemble du monde, l'espérance de vie des hommes est de 62,4 ans, tandis que celle des femmes est de 66,5 ans (tableau 4). Dans les régions développées, cet écart entre hommes et femmes peut atteindre 7,5 ans, tandis que dans les régions en développement, les femmes ne vivent que trois ans de plus que les hommes. Dans toutes les grandes régions du monde, à l'exception de l'Amérique du Nord, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes a augmenté ou est demeuré le même entre 1970-1975 et 1990-1995. Toutefois, en Amérique du Nord, l'espérance de vie des femmes a augmenté de quatre ans au cours des 20 dernières années, alors que celle des hommes a augmenté de cinq ans, de sorte que l'écart entre hommes et femmes est passé de 7,7 ans à 6,7 ans.

27. En Asie centrale du Sud, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes est le plus faible; l'espérance de vie des hommes y est en effet inférieure de moins d'un an par rapport à celle des femmes. L'espérance de vie des hommes dans cette région était de 50,7 ans en 1970-1975, soit 1,1 an de plus que celle des femmes à cette époque. Toutefois, au cours des 20 dernières années, la durée de vie des femmes s'est améliorée davantage que celle des hommes; en 1990-1995, elle était supérieure de 0,7 an. C'est en Europe orientale que l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes est le plus grand. Celles-ci, avec une espérance de vie de 74,1 ans en 1990-1995, peuvent espérer vivre 10,3 ans de plus que les hommes; cet écart s'est accru de 8,6 ans en 1970-1975. Cela s'explique essentiellement par la réduction de l'espérance de vie des hommes, qui est passée de 64,8 ans

en 1970-1975 à 63,8 ans en 1990-1995, tandis que pour les femmes, elle passait de 73,4 ans à 74,1 au cours de la même période.

Tableau 4

Estimations de l'espérance de vie, de la mortalité infantile et juvénile dans les principales zones et régions du monde pendant les périodes comprises entre 1990 et 1995

	Espérance de vie			Taux de mortalité infantile	Mortalité des enfants de moins de 5 ans (probabilité de décès avant 5 ans)
	Des deux sexes	Hommes	Femmes		
Monde	64,4	62,4	66,5	64	86
Régions développées	74,4	70,6	78,1	10	13
Régions en développement	62,3	60,8	63,8	70	95
Pays les moins avancés	51,2	50,1	52,3	110	163
Afrique	53,0	51,5	54,6	93	144
Afrique orientale	49,7	48,2	51,1	106	160
Afrique centrale	51,3	49,7	53,0	95	149
Afrique du Nord	62,2	60,9	63,5	67	87
Afrique australe	62,6	59,8	65,6	54	86
Afrique occidentale	49,8	48,3	51,3	97	164
Asie	64,5	63,1	65,9	65	83
Asie orientale	69,7	67,6	71,9	41	44
Asie centrale du Sud	60,3	60,0	60,7	83	114
Asie du Sud-Est	63,6	61,7	65,5	55	71
Asie occidentale	66,5	64,7	68,5	57	70
Europe	72,9	68,9	77,0	12	15
Europe orientale	68,9	63,8	74,1	18	21
Europe du Nord	75,7	72,7	78,7	8	9
Europe du Sud	76,2	73,0	79,3	11	14
Europe occidentale	76,5	73,0	79,7	7	8
Amérique latine	68,5	65,9	71,2	45	56
Caraïbes	69,2	67,0	71,4	42	54
Amérique centrale	69,9	67,1	72,8	38	50
Amérique du Sud	67,9	65,2	70,6	48	60
Amérique du Nord	76,1	72,7	79,4	9	10
Océanie*	72,8	70,2	75,5	27	34
Australie-Nouvelle-Zélande	77,3	74,3	80,3	7	9

Source : World Population Prospects: The 1992 Revision (publication des Nations Unies, à paraître).

* Y compris la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

28. Le taux de mortalité infantile pour l'ensemble du monde était estimé à 64 décès pour 1 000 naissances en 1990-1995 (tableau 4) et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (probabilité de décès avant l'âge de 5 ans) était de 86 pour 1 000 naissances. Dans les régions développées, ce taux était de 10 et la probabilité de décès avant 5 ans de 13 pour 1 000 naissances, mais, dans les régions en développement, les taux correspondants étaient sept fois plus élevés, soit respectivement 70 et 95 pour 1 000 naissances. Bien que l'écart entre les taux de mortalité infantile dans les régions développées et dans les régions en développement soit passé de 83 en 1970-1975 à 60 en 1990-1995, le rapport entre la mortalité infantile dans les régions en développement et celle des régions développées est passé d'environ 5:1 en 1970-1975 à environ 6:1 en 1980-1985, pour atteindre 7:1 en 1990-1995.

29. On estime qu'en 1990-1995, le taux de mortalité infantile dépasse 60 dans deux grandes régions : l'Afrique, avec un taux de 93 décès pour 1 000 naissances vivantes et l'Asie, avec 65 décès pour 1 000 naissances vivantes. Les taux de mortalité infantile dépassaient en moyenne 60 pour 1 000 naissances vivantes en Asie centrale du Sud et dans toutes les régions de l'Afrique, à l'exception de l'Afrique australe. À l'autre extrême, les taux de mortalité infantile étaient inférieurs à 10 pour 1 000 en Europe du Nord et en Europe occidentale, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

30. Bien que les taux moyens de mortalité infantile et juvénile pour l'ensemble de l'Afrique aient été les plus élevés du monde en 1990-1995, des progrès importants ont toutefois été réalisés au cours des 20 dernières années. C'est ainsi que le taux moyen de mortalité infantile a baissé de 38 points entre 1970-1975 et 1990-1995, ce qui constitue une baisse record par rapport aux autres régions du monde. La réduction la plus importante a été enregistrée en Afrique du Nord où ce taux est passé de 132 à 67 décès pour 1 000 naissances vivantes. Toutefois, dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, la mortalité infantile et juvénile a pratiquement stagné, voire augmenté, comme en Zambie dans les années 80. L'absence de progrès dans la survie de l'enfant dans ces pays résulte de plusieurs facteurs, notamment les conflits internes, les revers économiques, la sécheresse et la famine (Jolly, 1993) ainsi qu'à la forte incidence des infections dues au virus d'immunodéficience humaine (VIH) et du sida.

31. D'après les rapports de l'OMS, l'Afrique demeure la région la plus touchée par l'épidémie de sida (Mertens et autres, 1994). Au début de 1994, près des deux tiers (environ 9 millions d'adultes) de tous les cas d'infection par le VIH ont été recensés en Afrique. Toutefois, l'épidémie se développe rapidement dans certains parties de l'Asie du Sud et du Sud-Est et, si le taux d'infection actuel se maintient, le nombre annuel de nouveaux cas devrait dépasser celui de l'Afrique. Selon l'OMS, on comptait plus de 2 millions de cas de sida à la fin de 1993 en Afrique, soit environ 67 % du nombre total de cas dans le monde. On note 13 % des cas aux États-Unis, 12 % en Amérique latine et aux Caraïbes et 5 % en Europe. Du fait que l'épidémie n'est apparue que relativement récemment en Asie, cette région ne représente que 2 % des cas de sida à l'échelle mondiale.

32. On estime qu'entre 1990 et 1995, il y aura 256 millions de décès dans le monde. Dans les régions développées, la plupart des décès (72 %) se produisent à 65 ans ou plus, tandis que seulement 3 % se produisent entre 0 et 14 ans. Par

contre, dans les régions en développement, 33 % des décès se produisent à 65 ans ou plus et 37 % entre 0 et 14 ans. C'est ainsi qu'en Afrique, la proportion de décès chez les enfants de moins de 5 ans est très élevée (43 %) du fait du rajeunissement démographique et du taux de mortalité élevé (figure III). La répartition des décès par âge en Asie et en Amérique latine reflète le passage d'une situation caractérisée par une mortalité élevée et un rajeunissement démographique à une situation où la mortalité est faible et la population vieillissante. En Asie et en Amérique latine, respectivement un quart et un peu plus d'un cinquième du nombre total des décès se produisent chez les enfants de moins de 5 ans et environ deux cinquièmes chez les personnes de 65 ans ou plus. En Europe, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande, près des trois quarts de tous les décès se produisent à 65 ans ou plus, tandis que seulement 3 % environ des décès se produisent à un âge précoce.

2. Politiques

33. Malgré les progrès considérables enregistrés dans la lutte contre la morbidité et la mortalité, le pourcentage de pays qui considèrent que leur taux de mortalité est inacceptable a très peu diminué au cours de la période 1976-1993, passant de 62,8 à 62,1 (tableau 5). C'est ainsi qu'en 1993, 118 pays sur 190 considéraient leur chiffre d'espérance de vie comme inacceptable. Les deux tiers de ces pays se trouvent dans les régions en développement et près de la moitié (46,4 %) dans les régions développées. Parmi ces derniers, deux tiers étaient des pays en transition.

Figure III

Décès par âge, 1990-1995

Monde et principales régions

Tableau 5

Points de vue des gouvernements en ce qui concerne l'acceptabilité du taux de mortalité, en fonction du niveau de développement, 1993

(Pourcentage de pays)

Niveau de développement	Acceptable	Inacceptable	Total	Nombre de pays
Monde	37,9	62,1	100,0	190
Pays développés	53,6	46,4	100,0	56
Pays en développement	31,3	68,7	100,0	134

Source : Banque de données sur les politiques démographiques tenue par la Division de la population du Département de l'information économique et sociale de l'analyse des politiques du Secrétariat de l'ONU.

34. Tous les gouvernements des pays où l'espérance de vie est inférieure à 50 ans (23 pays d'Afrique et 4 d'Asie) considèrent ce chiffre comme inacceptable. À l'opposé, lorsque l'espérance de vie est de 70 ans ou plus, les gouvernements de 22 pays sur 74 considèrent toujours ce chiffre comme inacceptable. De toute évidence, les pays visent à atteindre des chiffres d'espérance de vie supérieurs.

35. Dans les pays développés, les responsables ont centré leur attention sur les besoins des populations vieillissantes en matière de santé et sur les maladies liées aux différents modes de vie et aux conditions environnementales, comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer. De nombreux pays en transition sont particulièrement préoccupés par l'augmentation de la mortalité chez les nourrissons et les hommes économiquement actifs. La situation sanitaire dans ces pays a subi le contrecoup d'une situation économique complexe. En raison des changements structurels et de la désorganisation généralisée des fournitures d'équipements médicaux et de médicaments, ces pays éprouvent des difficultés à assurer une protection sociale et des soins de santé appropriés à leurs populations.

36. Dans les pays en développement, les politiques en matière de population ont été axées sur la réduction des taux de morbidité et de mortalité. C'est ainsi que de nombreux pays ont adopté la stratégie de l'OMS "santé pour tous d'ici à l'an 2000" et mis l'accent sur l'amélioration et le développement des services de santé; la prévention des maladies transmissibles, la lutte contre ces maladies et leur traitement; l'amélioration de l'état nutritionnel de la population, en particulier des mères et des enfants; ainsi que sur la fabrication, la fourniture et la distribution adéquates de médicaments essentiels et de vaccins. Des progrès encourageants ont été enregistrés dans certains domaines comme l'élimination de la poliomyélite, la lutte contre les infections respiratoires et la réduction des cas de coqueluche et de tétanos grâce à l'extension rapide de la couverture vaccinale.

37. Les maladies infectieuses et parasitaires sont toutefois responsables de près de la moitié des décès dans les pays en développement. Ainsi, en Afrique, en Amérique latine, en Asie et en Océanie, un grand nombre de personnes souffrent du paludisme. Par ailleurs, la schistosomiase, classée au deuxième rang des grandes maladies tropicales (après le paludisme), est endémique dans 76 pays en développement tropicaux, touchant environ 200 millions de personnes et menaçant 500 à 600 millions d'autres. Cette maladie est aujourd'hui curable, mais les efforts en vue de son éradication se heurtent au coût élevé des médicaments par rapport aux ressources financières limitées dont disposent les pays touchés. Les maladies diarrhéiques demeurent une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants dans les pays en développement.

38. Selon la septième Enquête démographique des Nations Unies auprès des gouvernements, 90 pays sur 127 estimaient que leur taux actuel de mortalité infantile est inacceptable; 73 étaient situés dans des régions parmi les moins développées. Parmi les pays ayant répondu à cette enquête, 64 se sont fixé des objectifs quantitatifs pour la réduction de la mortalité. Trente trois d'entre eux se sont donné pour objectif la réduction de la mortalité infantile.

39. La survie des enfants est étroitement liée à la santé génésique des mères. La mortalité maternelle est également élevée dans de nombreuses régions en développement. Dans de nombreux pays, la maternité sans risques a été adoptée comme stratégie pour réduire les taux de morbidité et de mortalité maternelles. Le Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, engage instamment tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales concernées à renforcer leurs activités dans le domaine de la santé des femmes et à examiner les effets de l'avortement dangereux sur la santé. Il recommande que les programmes visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles prévoient la communication d'informations et la prestation de services en matière de santé génésique, notamment dans le domaine de la planification familiale.

40. Au cours de la décennie écoulée, les guerres et les conflits internes dans de nombreux pays d'Afrique ont gravement perturbé le fonctionnement des systèmes de soins de santé et les fournitures. De plus, la sécheresse, la famine et des conditions d'insalubrité constituent autant de facteurs qui aggravent une situation sanitaire déjà précaire. Quarante-six des 53 pays de cette région (86,8 %) estiment que l'espérance de vie à la naissance est actuellement inacceptable. De nombreux gouvernements se sont fixé des objectifs quantitatifs pour la réduction des taux de mortalité et certains ont même prévu de les réduire de 50 % d'ici à l'an 2000. Les deux groupes de la population dont les taux de mortalité sont particulièrement inquiétants dans la plupart des pays africains sont les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans, d'une part, et les femmes en âge de procréer, de l'autre. Les problèmes ou les maladies qui préoccupent gravement la majorité des pays d'Afrique sont le choléra, les infections respiratoires, le sida, le paludisme, la schistosomiase, la malnutrition et, dans une moindre mesure, les complications liées à la grossesse, la tuberculose, la rougeole ainsi que les maladies de la première enfance.

41. De nombreux pays d'Asie ont fait d'importants progrès dans l'amélioration des services de santé, en particulier la vaccination, mais près des deux tiers (63 %) des gouvernements considèrent leurs taux de mortalité comme inacceptables. Cette région connaît une augmentation rapide du nombre de maladies liées au mode de vie ainsi que des problèmes urgents en matière d'hygiène du milieu. Les maladies cardio-vasculaires constituent un grave problème de santé dans la plus grande partie de la région. Les problèmes ou les maladies qui préoccupent le plus la majorité des pays sont la diarrhée, les infections respiratoires, les problèmes nutritionnels chez les enfants, les complications liées à la grossesse, les maladies transmissibles, le paludisme, la tuberculose et le sida.

42. En Amérique latine, où 45 % des pays estiment que leurs taux actuels de mortalité sont inacceptables, tous les gouvernements ont adopté des politiques et des stratégies nationales en matière de santé dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires et de santé pour tous. Toutefois, l'ajustement de ces politiques et stratégies est limité par des contraintes financières, humaines et matérielles, ainsi que par l'instabilité politique et sociale dans certains pays.

43. Les pays de la région de l'Europe sont concernés en premier lieu par les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les néoplasmes malins et le sida. De nombreux pays ont mis en oeuvre des programmes visant à encourager des modes de vie sains et à éliminer ou à réduire les maladies évitables. La tuberculose a récemment fait sa réapparition dans divers pays d'Europe occidentale, en particulier parmi les groupes défavorisés. Tous les pays d'Europe orientale, à l'exception du Bélarus, considèrent leurs taux de mortalité comme inacceptables. L'épidémie de diphtérie qui est apparue en Russie et en Ukraine en 1990 s'étend actuellement aux pays voisins. Une recrudescence des décès, en particulier chez les hommes adultes, a été constatée dans la plupart des pays d'Europe orientale. Dans la population en âge de travailler, la mortalité des hommes est quatre à cinq fois supérieure à celle des femmes dans tous les territoires de la Fédération de Russie; les accidents, les empoisonnements et les dommages corporels figurent parmi les principales causes de décès dans ce groupe d'âge.

44. En Océanie, 11 pays sur 13 estiment que leur taux de mortalité est inacceptable. Les maladies cardiaques, les tumeurs malignes, les accidents et les maladies cérébro-vasculaires figurent parmi les principales causes de décès; certains pays font également état d'une forte incidence des maladies diarrhéiques, des maladies intestinales infectieuses, des infections respiratoires, du diabète et des maladies sexuellement transmissibles. Dans certaines régions, le paludisme, la tuberculose, l'hépatite, la rougeole et la méningite sont très répandus et les taux de mortalité périnatale très élevés.

45. La propagation du sida préoccupe aussi bien les pays développés que les pays en développement. Sur les 127 pays ayant répondu à la septième Enquête démographique des Nations Unies, 89 considèrent le sida comme un problème majeur. Le même constat est fait par 60 % des pays développés et 74 % des pays en développement; 121 pays sur 127 ont adopté des mesures pour limiter la propagation du sida. De nombreux gouvernements ont mis en place des comités sur le sida et adopté des programmes de lutte et de prévention. Ils ont également mis l'accent sur les programmes d'information, d'éducation et de communication, la formation d'agents sanitaires, la surveillance épidémiologique des cas de sida, le dépistage systématique chez les donneurs de sang, l'encouragement de l'utilisation des préservatifs et le contrôle des groupes à risque. Certains gouvernements, surtout en Asie, ont imposé des restrictions à l'entrée dans leur pays des personnes infectées par le virus du sida.

46. Dans leur réponse à la septième Enquête, de même que dans les déclarations faites à la Conférence internationale sur la population et le développement, de nombreux pays des régions développées et moins développées ont exprimé leur préoccupation devant l'inégalité d'accès aux soins de santé et, partant, les différences d'état de santé entre les divers groupes sociaux, ethniques et régionaux. L'objectif principal fixé par le Programme d'action de la Conférence dans le domaine de la santé et de la mortalité consiste à faire en sorte que les services de santé et les installations sanitaires soient disponibles et accessibles à tous à un coût abordable. Aussi, tous les pays doivent faire en sorte que les soins de santé primaires et la promotion de la santé soient au centre des stratégies visant à réduire les taux de mortalité et de morbidité. Comme l'indique le Programme d'action, les efforts visant à prolonger la durée de vie et à améliorer la santé de la population doivent être axés sur la réduction des disparités entre les sexes, les régions géographiques, les classes

sociales et les groupes autochtones et ethniques en matière de morbidité et de mortalité.

C. Fécondité

1. Tendances

47. Les estimations indiquent qu'au cours des 10 années correspondant aux périodes 1980-1985 et 1990-1995, l'indice synthétique de fécondité a continué de régresser dans l'ensemble du monde, et ce, à un rythme légèrement plus rapide pendant les cinq dernières années. Pendant la décennie, il a diminué de 13,9 %, passant de 3,6 à 3,1 naissances par femme. La moyenne mondiale masque toutefois des disparités importantes dans les schémas de fécondité selon les pays et les régions. C'est ainsi qu'en 1990-1995, l'indice n'était que de 1,7 naissance par femme dans les régions développées, contre 5,8 dans les pays les moins avancés (voir tableau 6), disparité qui s'explique en grande partie par les écarts importants de niveaux de développement économique et social et d'utilisation de contraceptifs qui existent entre ces deux groupes de pays.

48. Si l'on considère uniquement les régions en développement, il ressort des estimations que la fécondité demeure relativement élevée dans de nombreux pays. Les taux les plus importants sont enregistrés en Afrique. Pendant la période 1980-1985, ils y étaient près de deux fois plus élevés que dans les autres régions en développement : 6,3 naissances par femme contre 3,8 en Amérique latine et 3,7 en Asie. En 1990-1995, malgré une diminution lente mais soutenue, l'indice synthétique de fécondité en Afrique atteint encore 5,8 contre 3,1 en Amérique latine et 3 en Asie. Ce léger fléchissement sur les 10 années considérées (7,9 %) représente toutefois moins de la moitié de celui observé en Asie et en Amérique latine (voir tableau 6).

49. L'Afrique se caractérise par des disparités importantes entre les régions. L'Afrique centrale, l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest connaissent les taux de fécondité les plus élevés, avec en moyenne 6,5 naissances par femme et, pendant la décennie en cours, une diminution à peine sensible de 5,8 % et 3 %, respectivement, pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest et aucun changement en Afrique centrale. En revanche, l'indice synthétique de fécondité est beaucoup plus faible en Afrique du Nord et en Afrique australe, avec 4,2 naissances par femme et une diminution de 25 % (le pourcentage le plus important enregistré dans le monde pendant la décennie) et 14 %, respectivement, pendant la même période (voir tableau 6). Les différents niveaux de modernisation, de développement économique, de progrès social et d'utilisation de contraceptifs (voir tableau 7) sous-tendent de toute évidence ces différents schémas des variations de la fécondité.

Tableau 6

Estimation des taux de fécondité et variation en pourcentage pour les grandes régions du monde : 1980-1985, 1985-1990 et 1990-1995[a]

Grandes régions	Indice synthétique de fécondité[b]			Variation en pourcentage		
	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1980-1985 à 1985-1990	1985-1990 à 1990-1995	1980-1985 à 1990-1995
Total mondial	3,6	3,4	3,1	-5,6	-8,8	-13,9
Régions développées	1,8	1,8	1,7	0,0	-5,6	-5,6
Régions en développement	4,2	3,8	3,5	-9,5	-7,9	-16,7
Pays les moins avancés	6,4	6,0	5,8	-6,3	-3,3	-9,4
Afrique	6,3	6,1	5,8	-3,2	-4,9	-7,9
Afrique de l'Est	6,9	6,7	6,5	-2,9	-3,0	-5,8
Afrique centrale	6,5	6,5	6,5	0,0	0,0	0,0
Afrique du Nord	5,6	4,9	4,2	-12,5	-14,3	-25,0
Afrique australe	4,9	4,5	4,2	-8,2	-6,7	-14,3
Afrique de l'Ouest	6,7	6,6	6,5	-1,5	-1,5	-3,0
Asie	3,7	3,4	3,0	-8,1	-11,8	-18,9
Asie de l'Est	2,4	2,3	1,9	-4,2	-17,4	-20,8
Asie centrale du Sud	5,0	4,5	4,1	-10,0	-8,9	-18,0
Asie du Sud—Est	4,2	3,7	3,3	-11,9	-10,8	-21,4
Asie occidentale	5,0	4,7	4,4	-6,0	-6,4	-12,0
Europe	1,9	1,8	1,6	-5,3	-11,1	-15,8
Europe orientale	2,1	2,1	1,6	0,0	-23,8	-23,8
Europe du Nord	1,8	1,8	1,8	0,0	0,0	0,0
Europe du Sud	1,8	1,6	1,4	-11,1	-12,5	-22,2
Europe occidentale	1,6	1,6	1,5	0,0	-6,3	-6,3
Amérique latine	3,8	3,4	3,1	-10,5	-8,8	-18,4
Caraïbes	3,1	2,9	2,8	-6,5	-3,4	-9,7
Amérique centrale	4,6	4,0	3,5	-13,0	-12,5	-23,9
Amérique du Sud	3,7	3,2	3,0	-13,5	-6,3	-18,9
Amérique du Nord	1,8	1,9	2,1	5,6	10,5	16,7
Océanie	2,6	2,6	2,5	0,0	-3,8	-3,8

Source : World Population Prospects: The 1994 Revision (publication des Nations Unies, à paraître), annexe, tableaux A.18 et A.19.

[a] Pour 1990-1995, les estimations correspondent à des hypothèses concernant les projections de la variante médiane.

[b] Nombre de naissances par femme.

Tableau 7

Pourcentage de couples utilisant actuellement des méthodes spécifiques de contraception, par région (d'après les données des enquêtes les plus récentes effectuées vers 1990)

Région	Toutes les méthodes	Méthodes modernes[a]	Stérilisation		Pilule	Contraceptifs injectables	Dispositifs intra-utérins	Préservatifs	Méthodes à barrière vaginale	Continence périodique	Coït interrompu	Autres méthodes
			Féminine	Masculine								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
					Pourcentage de couples dont la femme est en âge de procréer							
Monde	57	49	17	5,0	8	1,0	12	5,0	1,0	3	4,0	1,0
Régions en développement	53	48	20	5,0	6	1,0	14	3,0	0,2	2	2,0	1,0
Afrique	18	14	1	0,1	6	2,0	4	1,0	0,2	2	2,0	1,0
Afrique du Nord	38	35	2	-	18	0,3	14	1,0	0,3	2	1,0	0,3
Afrique subsaharienne	12	8	1	0,1	3	2,0	1	0,5	0,1	2	1,0	1,0
Asie et Océanie[b]	58	54	23	6,0	4	1,0	16	3,0	0,1	2	2,0	1,0
Asie de l'Est[b]	79	79	33	10,0	3	0,2	31	2,0	0,2	1	0,1	0,2
Autres pays	43	36	15	4,0	6	2,0	5	4,0	0,1	3	3,0	1,0
Amérique latine/Caraïbes	58	49	21	1,0	16	1,0	7	2,0	1,0	5	3,0	1,0
Régions développées[c]	72	50	8	4,0	16	0,1	6	14,0	2,0	7	14,0	1,0
					Pourcentage de contracepteurs							
Monde	100	86	30	8,0	14	2,0	21	9,0	1,0	6	7,0	2,0
Régions en développement	100	91	37	9,0	11	3,0	26	5,0	0,4	4	3,0	2,0
Afrique	100	79	8	0,4	36	10,0	20	4,0	1,0	11	5,0	5,0
Afrique du Nord	100	91	5	-	46	0,1	36	3,0	1,0	5	3,0	1,0
Afrique subsaharienne	100	68	10	1,0	27	17,0	8	4,0	1,0	16	7,0	8,0
Asie et Océanie[b]	100	93	39	11,0	7	2,0	28	5,0	0,2	3	3,0	2,0
Asie de l'Est[b]	100	99	41	12,0	4	0,2	39	2,0	0,3	1	0,1	0,3
Autres pays	100	84	36	9,0	13	5,0	11	9,0	0,1	6	7,0	3,0
Amérique latine/Caraïbes	100	83	36	1,0	28	2,0	11	4,0	1,0	9	6,0	2,0
Régions développées[c]	100	70	11	6,0	22	0,2	8	19,0	3,0	10	19,0	2,0

Source : Niveaux et tendances de l'utilisation des contraceptifs en 1994 (publication des Nations Unies, à paraître).

Note : Les estimations reflètent les hypothèses sur l'utilisation des contraceptifs dans les pays sur lesquels on ne dispose pas de données. Un tiret (-) indique que le chiffre est nul ou négligeable.

[a] Y compris les méthodes correspondant aux colonnes 3 à 9.

[b] Excepté le Japon.

[c] Australie-Nouvelle-Zélande, Europe, Amérique du Nord, Japon et ex-URSS.

50. Les résultats de nombreuses enquêtes démographiques récentes permettent à présent de mieux apprécier et comprendre les schémas de fécondité des pays d'Afrique. Dans les années 70, leurs taux élevés de fécondité étaient entretenus par les pays subsahariens (avec plus de 7, voire 8, naissances par femme), mais dans les années 90, la plupart de ces pays ont enregistré une diminution sensible, notamment au Kenya, où l'indice synthétique de fécondité est passé de 8 en 1977-1978 à 5,4 en 1990-1993, et au Rwanda, où il a été ramené de 8,5 à 6,2 entre 1978-1983 et 1989-1992. Toutefois, c'est dans les pays qui ont commencé leur transition démographique dans les années 80 que l'on observe la plupart des taux moins élevés de l'Afrique subsaharienne. Les plus importantes diminutions ont eu lieu en Afrique du Nord, principalement en Algérie, où l'indice synthétique de fécondité est passé de 8,1 en 1970 à 4,4 en 1987-1992. En Égypte et au Maroc, ce taux est également tombé en dessous de 5, voire à 3,3 en Tunisie en 1992. On observe l'indice le moins élevé d'Afrique (2,3) à Maurice en 1990, et le plus élevé (7,4, en fait le deuxième taux le plus élevé du monde) au Niger (Nations Unies, à paraître[a]).

51. L'Asie et l'Amérique latine ont connu des taux de diminution de la fécondité comparables, environ 18 %, pendant la décennie en cours et devraient atteindre sensiblement les mêmes indices synthétiques de fécondité en 1990-1995, soit 3 et 3,1 naissances par femme, respectivement. Les schémas de fécondité de ces deux régions varient toutefois considérablement suivant les sous-régions. En Asie, la moyenne générale couvre des disparités sous-régionales relativement importantes. Pour la période 1990-1995, ces écarts, supérieurs à 2 naissances par femme, allaient de 1,9 en Asie de l'Est (soit un niveau inférieur à l'indice de remplacement) à 4,4 et 4,1 en Asie occidentale[1] et en Asie centrale du Sud[2], respectivement. Ces différences sont encore plus importantes au niveau des pays : l'indice synthétique de fécondité du Yémen pour 1986-1987 et 1991-1992 était de 7,6, soit le taux le plus élevé du monde (Nations Unies, à paraître[c]) tandis qu'à l'autre extrême, au Japon, il était de 1,5 en 1991. La diminution générale (18,9 %) observée en Asie entre 1980-1985 et 1990-1995 correspond à une réduction rapide (20,8 %) dans les pays de l'Asie de l'Est à forte densité de population/faible fécondité (qui s'explique essentiellement par la chute du taux de fécondité en Chine) et une diminution moins importante (12 %) dans les pays à forte fécondité d'Asie occidentale (voir tableau 6).

52. En Amérique latine, les indices synthétiques de fécondité des différentes sous-régions sont relativement plus uniformes. En 1990-1995, ils s'échelonnaient entre 2,8 dans les Caraïbes et 3,5 en Amérique centrale, soit un écart inférieur à une naissance par femme. On note toutefois que les taux enregistrés en 1991 dans certaines îles des Caraïbes, comme Cuba et la Martinique, ne s'inscrivent pas dans cette fourchette (1,8 et 1,9, respectivement) et étaient inférieurs à l'indice de remplacement. À l'autre extrémité, le Honduras, avec un indice synthétique de fécondité de 5,1 en 1988-1991, connaît le niveau le plus élevé de la région d'Amérique latine (Nations Unies, à paraître[c])[3]. L'Amérique centrale a enregistré la baisse de la fécondité la plus importante d'Amérique latine (près de 24 %) pendant la décennie en cours, l'indice synthétique de fécondité se situant entre 4 et 3,5.

53. Dans les régions développées, la situation a peu évolué dans l'ensemble. Avec des indices synthétiques de fécondité situés entre 1,8 et 1,7, les pays de ces régions[4] ont enregistré des niveaux inférieurs à l'indice de remplacement

pendant la décennie en cours et un faible fléchissement de 5,6 %. Toutefois, il existe également des disparités importantes à l'intérieur de ces régions. En Europe[5], l'indice synthétique de fécondité a continué de diminuer, passant de 1,8 à 1,6 naissance par femme, soit une baisse d'environ 16 % au cours de la décennie, qui s'explique par les effets compensateurs des tendances observées dans différentes sous-régions. L'indice synthétique est demeuré constant en Europe du Nord (1,8), tandis qu'il a diminué de plus de 20 % en Europe du Sud, passant de 1,8 en 1980-1985 à 1,4 en 1990-1995. En Europe orientale, il est passé de 2,1 à 1,6 au cours des cinq dernières années et, en Europe occidentale, de 1,6 à 1,5 pendant la même période (voir tableau 1)[6]. Le taux légèrement plus élevé de l'Europe du Nord s'explique principalement par le niveau de fécondité plus élevé des pays scandinaves, notamment de la Suède, où l'indice a de nouveau atteint le taux de remplacement en 1990, 1991 et 1992. On observe l'indice synthétique de fécondité le plus faible d'Europe en Espagne (1,2 en 1992) et le plus élevé en Albanie (3 en 1991) (Monnier et Guibert-Lantoine, 1993, tableau 3).

54. En Amérique du Nord, la fécondité a tendance à augmenter et l'indice synthétique est passé de 1,8 en 1980-1985 à 2,1 en 1990-1995 (d'après les estimations), soit une augmentation d'environ 17 %. En Australie-Nouvelle-Zélande (les pays développés d'Océanie), elle est demeurée constante (1,9) pendant la même période par rapport à l'ensemble de l'Océanie, où l'indice synthétique de fécondité continue de fluctuer à environ 2,6-2,5 (tableau 6).

55. Si l'évolution de la fécondité résulte aussi des transformations socio-économiques affectant le mariage, l'allaitement maternel prolongé et d'autres pratiques qui influencent directement la grossesse et la naissance, il n'en reste pas moins que l'utilisation accrue de contraceptifs est, de façon générale, le facteur le plus important de la transition à long terme vers des niveaux de fécondité moins élevés dans les régions en développement. Il ressort des données disponibles au milieu de 1994 que, dans l'ensemble du monde, 57 % des couples dont la femme est en âge de procréer utilisent des moyens contraceptifs — 72 % dans les régions développées et 53 % dans les régions en développement. La date moyenne de la collecte de ces données est 1990. Si l'on se fonde sur l'évolution récente de la pratique des méthodes contraceptives, le niveau d'utilisation devrait avoir atteint 56 % en 1994 dans les pays en développement. Les différences régionales demeurent toutefois importantes. On estime ainsi que 18 % des couples utilisent une méthode contraceptive en Afrique, alors que, dans les pays en développement de l'Asie de l'Est, ce chiffre passe à 43 % dans le reste de l'Asie et à 58 % en Amérique latine (voir tableau 7).

56. Dans les régions développées, cette proportion est supérieure à 55 % dans tous les pays pour lesquels on dispose de données et se situe, dans la plupart des cas, entre 70 et 80 %. Quelques pays en développement (dont le plus grand, la Chine) ont atteint des niveaux comparables. Des enquêtes récentes ont révélé que parmi les pays en développement dont la population est égale ou supérieure à 100 millions d'habitants, le niveau d'utilisation de la contraception était supérieur à 65 % au Brésil et en Chine et se situait entre 40 à 50 % au Bangladesh, en Inde et en Indonésie, mais qu'il demeurait inférieur à 15 % au Nigéria et au Pakistan.

57. Si le niveau d'utilisation est encore très faible dans de nombreux pays d'Afrique et certains pays d'autres régions, la plupart des pays en développement pour lesquels on dispose de données ont cependant enregistré récemment une importante augmentation. Même dans l'Afrique subsaharienne, où la prévalence moyenne (12 %) est beaucoup moins élevée que dans d'autres régions, les enquêtes récentes font apparaître une augmentation dans plusieurs pays, dont le Botswana, le Kenya, le Lesotho, le Rwanda, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe.

58. Il ressort d'une comparaison établie sur la base d'enquêtes menées vers 1980 et 1990 qu'à quelques exceptions près, tous les pays en développement pour lesquels on dispose de données ont enregistré une augmentation du niveau d'utilisation des contraceptifs pendant la période à l'examen (Nations Unies, à paraître[b]). Le taux d'utilisation a augmenté d'au moins 1 % par an dans près des deux tiers des pays en développement, et des augmentations annuelles de 2 % ou plus ont été enregistrées en Algérie, au Bangladesh, au Mexique, en République de Corée, à Sri Lanka et dans plusieurs pays des Caraïbes. Dans les pays en développement, l'augmentation annuelle était en moyenne de 1,2 %. On observe plus fréquemment une croissance rapide de l'utilisation de méthodes contraceptives dans les pays où le taux d'utilisation avait déjà commencé à augmenter pendant la première des deux périodes considérées, sans toutefois avoir dépassé 50 % des couples. Environ 85 % des pays dont les taux d'utilisation se situaient entre 15 et 49 % au cours de périodes antérieures ont enregistré une augmentation annuelle d'au moins 1 %. L'utilisation de contraceptifs s'est également accrue rapidement dans quatre pays d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Kenya, Lesotho et Rwanda) et un pays d'Asie (Népal), dont le taux était inférieur à 15 % au début de la période.

59. Les méthodes contraceptives les plus répandues sont celles utilisées par les femmes : la stérilisation féminine (30 % de la contraception dans le monde), les dispositifs intra-utérins (21 %) et les pilules (14 %). Les principales méthodes de contraception masculine, l'utilisation du préservatif et la vasectomie, représentent respectivement 9 et 8 % de l'utilisation de contraceptifs, tandis que les principales méthodes traditionnelles, la continence périodique et le coït interrompu, comptent pour environ 13 % (voir tableau 7). Dans la plupart des pays, le recours à des méthodes modernes explique presque à lui seul l'augmentation récente du taux général d'utilisation. La stérilisation féminine est la méthode qui s'est étendue le plus rapidement au cours des dernières années, tant dans les régions développées que dans les régions en développement, même s'il existe de grandes disparités entre les pays en ce qui concerne aussi bien la gamme des méthodes actuellement utilisées que les schémas récents d'évolution.

60. Des enquêtes menées récemment continuent d'indiquer une diminution du nombre moyen d'enfants souhaités dans toutes les régions en développement et une augmentation du pourcentage de femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants. Si ce dernier pourcentage demeure nettement moins élevé dans l'Afrique subsaharienne que dans les autres régions, il a toutefois considérablement augmenté entre les études effectuées dans les années 70 et celles des années 80 ou du début des années 90. L'évolution a été particulièrement marquée au Kenya où le nombre de femmes mariées fertiles ne désirant plus d'enfants est passé de 17 % en 1977-1978 à 54 % en 1993. Malgré l'augmentation également rapide du taux d'utilisation de contraceptifs au cours de la même période (de 7 à 33 % des

femmes mariées) et la forte diminution de l'indice synthétique de fécondité (d'environ 8 enfants à environ 5,5), le nombre des naissances non désirées est passé d'environ une à deux naissances. On a également observé des écarts croissants entre la fécondité souhaitée et la fécondité effective dans d'autres pays au début de la transition démographique et il ressort des données disponibles que ce phénomène se produit dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne.

61. La plupart des données sur les attitudes et le comportement procréateurs proviennent d'enquêtes sur les femmes, mais on constate qu'un nombre croissant d'enquêtes récentes, dont de nombreuses études sur la démographie et la santé effectuées en Afrique, comportaient des échantillons relatifs aux hommes également. Une étude sur les pratiques contraceptives, effectuée en interrogeant séparément les hommes et les femmes (Nations Unies, à paraître[b]) montre qu'en Asie, en Amérique latine et en Europe, les informations fournies par les hommes et les femmes mariés sur leur utilisation de moyens contraceptifs sont généralement similaires, tandis que, dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, les hommes font état d'une utilisation notablement plus élevée de contraceptifs.

62. Dans ce dernier cas, la différence entre les réponses des hommes et des femmes s'explique généralement par une utilisation plus fréquente du préservatif masculin et de la continence périodique. Les hommes non mariés mentionnent plus souvent que les hommes mariés l'utilisation de préservatifs, même si le niveau global d'utilisation de méthodes contraceptives est plus élevé chez les hommes mariés. Le préservatif est la seule méthode dont les taux d'utilisation sont presque toujours plus élevés chez les hommes non mariés. Les données disponibles n'indiquent toutefois pas clairement si son utilisation est liée à des préoccupations en matière de contraception ou si elle correspond à la volonté d'éviter la propagation des maladies sexuellement transmissibles, et les enquêtes nationales sur la régularité de l'utilisation du préservatif ou sur son utilisation avec des partenaires sexuels différents sont peu nombreuses. Il n'est est pas moins évident, surtout lorsque l'on étudie cette méthode, qu'il faut interroger aussi bien les hommes que les femmes si l'on veut obtenir une vue globale des pratiques actuelles.

2. Politiques

63. Au lendemain de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement et compte tenu de l'attention accrue accordée aux effets des taux et tendances en matière de fécondité sur la santé maternelle et infantile et le développement économique et social, 58 % des pays jugent leurs taux de fécondité insatisfaisants. Jamais les pays n'avaient exprimé une aussi grande insatisfaction depuis que l'ONU a commencé à suivre systématiquement les politiques démographiques en 1976. Cette année-là, 47 % des pays jugeaient leur taux de fécondité trop élevé ou trop faible. En 1994, parmi les pays "insatisfaits", 79 % considéraient leur niveau de fécondité trop élevé et 21 % trop faible.

64. Cette insatisfaction s'est traduite dans la plupart des pays par des politiques visant à modifier les taux de fécondité. Sur 110 pays mécontents, 80 interviennent pour réduire la fécondité tandis que 17 ont adopté des mesures

visant à l'accroître. Les pays qui jugent leur taux satisfaisant n'en poursuivent pas moins une politique interventionniste. Ainsi, sur les 80 pays se déclarant satisfaits, 4 interviennent pour accroître la fécondité, 29 pour la maintenir au même niveau et 3 pour la réduire.

65. La désagrégation des données par région fait apparaître des disparités quant aux politiques suivies pour influer sur le taux de fécondité. C'est en Afrique, où la fécondité est la plus élevée (5,8 naissances par femme pendant la période 1990-1995), que la tendance à appliquer des politiques visant à réduire la fécondité est la plus marquée. En effet, 68 % des pays de la région mettent en oeuvre de telles politiques. En Asie, où ce taux est nettement plus faible (3 naissances par femmes), moins de la moitié des pays (43 %) s'emploient à réduire leur fécondité. Dans la région d'Europe, qui en est à la phase finale de sa transition démographique et où 33 pays sur 43 ont un taux de fécondité inférieur à l'indice de remplacement, les pays appliquent plus souvent une politique de non-intervention (49 %) ou une politique visant à augmenter la fécondité (35 %). Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, dont le taux de fécondité est pratiquement le même qu'en Asie (3,1 naissances par femme), plus de la moitié des pays (55 %) s'efforcent de réduire la fécondité, contre 62 % en Océanie.

66. Dans un certain nombre de pays, les politiques et programmes visant à modifier les taux de fécondité comportaient des objectifs quantitatifs. Les résultats de la septième Enquête démographique des Nations Unies auprès des gouvernements, effectuée en 1992, indiquent que sur les 127 pays ayant répondu, 45 avaient adopté des objectifs quantitatifs. Pour 35 d'entre eux, cet objectif était exprimé en termes d'indice synthétique de fécondité.

67. La fécondité des adolescents fait partie des préoccupations exprimées par les gouvernements. Dans la septième Enquête démographique, 59 pays sur 127 ont indiqué que la procréation parmi les femmes âgées de moins de 20 ans constituait un problème majeur, tandis que 35 autres pays en parlaient comme d'un problème mineur. Soixante-dix pays ont mis en oeuvre des programmes dans ce domaine afin de retarder les mariages et la procréation en offrant des cours d'éducation sexuelle, en améliorant les possibilités en matière d'éducation et d'emploi et en repoussant l'âge minimum légal au mariage.

68. Bien que les gouvernements soient nombreux à favoriser l'accès aux méthodes contraceptives — 81 % intervenaient directement en 1994 — la prestation de services en matière de santé génésique continue à poser de graves problèmes sur les plans tant qualitatif que quantitatif. On a pu mesurer l'ampleur des besoins non satisfaits concernant les services de planification familiale par la fréquence des avortements dangereux, définis comme une procédure d'interruption d'une grossesse non désirée pratiquée soit par des personnes non qualifiées, soit dans des conditions ne répondant pas aux normes médicales minimales, ou les deux à la fois. À long terme, ce type d'avortement peut provoquer notamment des douleurs pelviennes chroniques, une inflammation pelvienne, une obturation des trompes, une stérilité partielle et un risque accru d'avortement spontané lors d'une grossesse ultérieure. Il ressort des estimations révisées établies par l'OMS en 1993 qu'environ 20 millions d'avortements dangereux sont pratiqués tous les ans dans le monde, soit près d'un avortement pour sept naissances. Compte tenu des limitations des données et des méthodes, on observe des variations

notables lorsque l'on désagrège les données par sous-région. La fréquence de l'avortement dangereux varie d'un maximum de 30, ou plus, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Afrique orientale et en Afrique de l'Ouest, en Amérique latine et dans l'ex-URSS, à un minimum inférieur à 2 pour 1 000 en Europe du Nord et en Amérique du Nord. Certaines variations s'expliquent par le caractère moins restrictif de la législation sur l'avortement en Europe du Nord et en Amérique du Nord (11 pays sur 12 autorisent l'avortement pour des raisons économiques ou sociales), par rapport à l'Afrique orientale et à l'Afrique de l'Ouest et à l'Amérique latine (2 pays sur 45). La facilité d'accès à des services d'avortement ne garantit pas toutefois l'accès à un avortement pratiqué dans de bonnes conditions, comme l'indique l'incidence relativement élevée des avortements dangereux pratiqués dans l'ex-URSS (30 pour 1 000 femmes entre 15 et 49 ans) alors même que l'avortement y est autorisé sur demande depuis 1956.

69. Les gouvernements sont également préoccupés par le taux des avortements provoqués, comme l'ont indiqué plus de la moitié des pays ayant répondu à la septième Enquête démographique en 1992 (69 sur 127).

D. Répartition de la population

1. Tendances

70. Au milieu de 1994, 2,5 milliards de personnes — soit 45 % de la population mondiale — vivaient dans des zones urbaines dont 1,7 milliard dans les régions en développement (figure IV). La population urbaine mondiale augmente de 2,5 % par an, soit trois fois plus que la population rurale (0,8 % par an) (tableau 8). Les zones urbaines absorbent ainsi 61 millions de personnes chaque année contre 25 millions pour les zones rurales. Les projections des Nations Unies indiquent que la moitié de la population mondiale vivra dans les villes d'ici à 2005.

Figure IV

Pourcentage de la population totale vivant dans les zones urbaines en 1994 et, d'après les projections, en 2025

Pourcentage

Source : World Urbanization Prospects: The 1994 Revision (publication des Nations Unies, à paraître).

Tableau 8

Taux d'accroissement de la population des zones urbaines et des zones rurales dans le monde et dans ses principales régions

(Pourcentage)

	1975-1995	1995-2025
	Population urbaine	
Monde	2,6	2,2
Régions développées	0,9	0,6
Régions en développement	3,8	2,9
Pays les moins avancés	4,9	4,6
	Population rurale	
Monde	1,0	0,1
Régions développées	-0,3	-0,3
Régions en développement	1,2	0,2
Pays les moins avancés	1,4	1,3

Source : World Urbanization Prospects: The 1994 Revision (publication des Nations Unies, à paraître).

71. Les modes d'urbanisation diffèrent considérablement dans les régions développées et les régions en développement. En 1994, 75 % de la population des régions développées, contre 37 % de celle des régions en développement, étaient des citadins. Toutefois, les régions en développement connaissent une urbanisation rapide, contrairement aux régions développées où ce processus s'est ralenti.

72. Entre 1975 et 1995, la population urbaine des régions en développement a plus que doublé, à un taux de 3,8 % par an. Entre 1995 et 2025, elle devrait augmenter de 135 % soit à un taux de 2,9 % par an. D'ici à 2025, 57 % de la population des régions en développement devraient vivre dans les villes. En revanche, la population urbaine des régions développées s'accroît lentement. Entre 1975 et 1995, la population urbaine a augmenté de moins de 1 % par an et, entre 1995 et 2025, elle devrait s'accroître encore plus lentement (0,6 % par an).

73. Dans les pays les moins avancés, les schémas d'urbanisation sont très différents de ceux des autres pays des régions en développement. En 1994, seuls 22 % de la population des pays les moins avancés vivaient dans les zones urbaines. La population urbaine devrait augmenter de 4,6 % par an entre 1995 et 2025 et 43 % de la population des pays les moins avancés devraient vivre dans les villes d'ici à 2025.

74. Un tiers de la population de l'Afrique et de l'Asie vit dans des zones urbaines contre 7 personnes sur 10 en Europe, en Amérique du Nord et en Amérique latine. D'ici à 2025, on prévoit qu'un peu plus d'un Africain et d'un Asiatique

sur deux seront des citadins, contre 8 sur 10 en Europe, en Amérique du Nord et en Amérique latine.

75. D'après les chiffres de l'ONU, Tokyo est actuellement la plus grande agglomération urbaine du monde, avec 26,5 millions d'habitants en 1994, soit plus d'une fois et demie la population de New York (16,3 millions) qui vient au deuxième rang mondial (tableau 9). Les trois autres villes les plus peuplées sont : Sao Paolo (16,1 millions), Mexico (15,5 millions) et Shangai (14,7 millions).

76. Le nombre des mégalopoles de 8 millions d'habitants et plus augmente rapidement, notamment dans les régions en développement. De deux seulement en 1950 (New York et Londres), leur nombre est passé à 22 en 1994. L'Asie compte 12 mégalopoles, l'Amérique latine 4 et l'Afrique 2 (Lagos et Le Caire).

77. Dans les régions en développement, les mégalopoles se développent plus vite que dans les régions développées. Exception faite de Tokyo et de Los Angeles, les mégalopoles ont enregistré un taux moyen d'accroissement annuel de 1 % ou moins entre 1970 et 1990 dans les régions développées, contre plus de 2 % dans les régions en développement.

78. Toutefois, seulement 6 % des citadins habitent dans des mégalopoles de 8 millions d'habitants ou plus. De fait, plus de la moitié de la population urbaine mondiale vit dans des villes de moins de 500 000 habitants. Les projections indiquent que la moitié d'entre eux vivront toujours dans ces villes en 2015.

Tableau 9

Les 15 plus grandes agglomérations urbaines du monde en 1994
et, d'après les projections, en 2015

Agglomération		Population en 1994 (en millions d'habitants)	Agglomération		Population en 2015 (en millions d'habitants)
1.	Tokyo	26,5	1.	Tokyo	28,7
2.	New York	16,3	2.	Bombay	27,4
3.	Sao Paolo	16,1	3.	Lagos	24,4
4.	Mexico	15,5	4.	Shangai	23,4
5.	Shangai	14,7	5.	Jakarta	21,2
6.	Bombay	14,5	6.	Sao Paolo	20,8
7.	Los Angeles	12,2	7.	Karachi	20,6
8.	Beijing	12,0	8.	Beijing	19,4
9.	Calcutta	11,5	9.	Dhaka	19,0
10.	Séoul	11,5	10.	Mexico	18,8
11.	Jakarta	11,0	11.	New York	17,6
12.	Buenos Aires	10,9	12.	Calcutta	17,6
13.	Osaka	10,6	13.	Delhi	17,6
14.	Tianjin	10,4	14.	Tianjin	17,0
15.	Rio de Janeiro	9,8	15.	Manille (zone métropolitaine)	14,7

Source : World Urbanization Prospects: The 1994 Revision (publication des Nations Unies, à paraître).

79. La population rurale mondiale continue d'augmenter (à un taux moyen annuel de 1 % entre 1975 et 1995) mais de moins en moins vite. Actuellement, la population mondiale comprend 3,1 milliards de ruraux. D'ici à 2015, ce chiffre devrait passer à 3,3 milliards puis retomber à 3,2 milliards en 2025.

2. Politiques

80. En 1994, 25,3 % des États Membres et observateurs de l'ONU étaient satisfaits de la répartition de leur population, tandis que 75 % n'en étaient pas satisfaits. Ces chiffres représentent toutefois une amélioration par rapport à ceux de 1990, où 19 % étaient satisfaits, tandis que 81 % souhaitaient des changements majeurs ou mineurs en la matière.

81. Les gouvernements des pays d'Afrique demeurent les moins satisfaits de la répartition de leur population : 11 % jugent la situation actuelle satisfaisante, alors que 66 % souhaiteraient des changements majeurs. À la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, la République centrafricaine a évoqué la répartition spatiale inégale et l'urbanisation rapide du pays, phénomène difficile à gérer qui avait entraîné des crises sociales et culturelles. La Gambie a noté que le taux élevé de migration vers les zones urbaines était un sujet de vive préoccupation pour le Gouvernement; cet exode avait contribué à aggraver les encombrements, à

détériorer les conditions sanitaires, et à accroître le chômage et ses effets sur les jeunes, et imposait une charge excessive aux infrastructures sociales des zones urbaines, tout en causant des pénuries de main-d'oeuvre dans les zones rurales. La Namibie, pays où le taux d'urbanisation est de 5 %, a dit à la Conférence du Caire que l'exode croissant vers les villes était une tendance regrettable, et que les femmes et les enfants devaient de plus en plus souvent effectuer les travaux agricoles, tandis que les hommes partaient vers les villes à la recherche d'un hypothétique emploi rémunérateur. De même, le Zaïre a noté que l'exode rural avait accru les tensions dans les centres urbains du pays (citant le Rwanda comme exemple devant inciter à la prudence en la matière). En ce qui concerne les politiques relatives à la répartition de la population, l'Angola a indiqué qu'il soutenait la mise en oeuvre de stratégies de développement régional et urbain visant à ralentir l'exode rural et à atténuer les disparités géographiques. L'un des pays les moins urbanisés du monde, le Kenya, a fait observer que sa politique avait pour but de favoriser l'urbanisation tout en s'efforçant de remédier au problème des terres à rendement marginal et peu peuplées, qui étaient touchées par la désertification.

82. En Asie, 39 % des gouvernements souhaitaient des changements majeurs, tandis qu'un plus grand nombre (45 %) estimaient que des changements mineurs seraient suffisants. À la Conférence internationale sur la population et le développement, la République démocratique populaire lao a souligné que la répartition géographique de sa population était très dispersée et inégale, environ 85 % des habitants vivant dans les zones rurales et pratiquant une agriculture de subsistance. La République de Corée a indiqué qu'au cours des 30 dernières années, la concentration de la population dans les grandes villes, notamment dans la zone métropolitaine de Séoul, s'était accélérée, ce qui avait entraîné un surpeuplement chronique dans les zones urbaines, ainsi qu'un déséquilibre du développement régional. La Mongolie a indiqué que son gouvernement appliquait des mesures visant à prévenir le dépeuplement en développant les services sociaux dans les zones rurales éloignées, tout en encourageant la concentration dans les villes, pour continuer de combiner harmonieusement modes de vie nomade et urbain. La Thaïlande a fait remarquer que l'exode rural était associé à des problèmes qui allaient de l'aggravation des embouteillages à l'entassement dans des logements trop exigus, et des problèmes de santé en matière de procréation et de fécondité à la dégradation de l'environnement. Pour encourager un développement équilibré, le Gouvernement avait élaboré des stratégies favorisant une croissance décentralisée et la création d'activités économiques en dehors des principaux centres urbains comme Bangkok.

83. En Europe, où 44 % des gouvernements jugeaient la répartition actuelle de leur population satisfaisante, l'Albanie a dit que l'urbanisation rapide et sauvage, consécutive à la libéralisation du pays, avait entraîné des problèmes d'emploi, de logement, de santé et de protection de l'environnement. Dans le but d'harmoniser la répartition spatiale de la population et sa stratégie générale de développement, le Gouvernement prévoyait de mettre en oeuvre diverses mesures sociales pour mieux intégrer les migrants dans le milieu urbain et faciliter leur accès au travail, en leur proposant des prêts à faible taux d'intérêt, un enseignement et des services de santé, tout en continuant d'encourager les investissements visant à améliorer l'infrastructure et à accroître la production dans les zones rurales. En Croatie, le nombre des

réfugiés et des personnes déplacées avait atteint un niveau critique (près de 10 % de la population totale); le Gouvernement a dit qu'avec la guerre était apparue une nouvelle expression dans la terminologie démographique — le nettoyage ethnique — qui visait une stratégie planifiée de terreur et de violence, notamment les exécutions arbitraires et les campagnes de harcèlement en vue de forcer les habitants à quitter leur foyer, de façon à créer des territoires homogènes sur le plan national.

84. En Amérique latine, région où 48 % des gouvernements souhaitaient des changements majeurs, les Bahamas ont évoqué les difficultés qu'elles connaissaient du fait de la structure archipélagique du pays, ce qui exigeait un doublement des services de base (santé, éducation) dans toutes les îles. El Salvador a mentionné l'élaboration en cours d'un projet de loi concernant l'organisation et l'aménagement du territoire; il s'intéressait également aux populations déracinées, démobilisées et rapatriées à la suite du récent conflit armé et s'attachait à promouvoir leur intégration dans la société dans le cadre du plan de reconstruction nationale. La Bolivie encourageait la mise en place d'un système hiérarchisé de villes dans le but d'assurer un développement régional et urbain intégré, tenant compte des plans d'utilisation des sols, et de réduire les taux élevés de croissance urbaine en encourageant le développement de villes moyennes. Le Pérou a dit qu'il s'attaquait au problème des personnes déplacées dans le pays; entre 1983 et 1992, 600 000 personnes (120 000 familles) avaient été contraintes de fuir du fait de la violence terroriste; aujourd'hui, la violence ayant diminué, une de ses principales actions consistait à favoriser le retour de ces populations ou groupes ethniques dans leur lieu d'origine.

85. En Océanie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée a dit qu'elle était actuellement confrontée à un phénomène qu'avait connu de nombreux pays développés au début de la révolution industrielle, à savoir la migration des populations rurales en quête d'un emploi rémunérateur; le pays avait besoin de l'appui de la communauté internationale pour encourager la création d'emplois dans les zones rurales, où la qualité de vie était bien meilleure, tout en contribuant effectivement au progrès de l'économie nationale. Le Gouvernement de Tuvalu a indiqué que sa politique en matière de population tenait compte du phénomène de l'exode rural et de l'effet qu'il avait sur les modes de vie traditionnels et visait à promouvoir une gestion des ressources foncières qui soit compatible avec les caractéristiques de la répartition de la population.

E. Les migrations internationales

1. Tendances

86. Au cours de la décennie écoulée, les migrations internationales ont été le processus démographique le plus affecté par les changements importants qui sont intervenus dans l'ordre mondial. La désintégration des États-nations a aussitôt entraîné la création de groupes de population que l'on peut désormais considérer comme migrants internationaux. En outre, les conflits qui ont accompagné la désintégration de certains États ont été à l'origine de flux importants et très visibles de réfugiés, de demandeurs d'asile et de personnes déplacées qui ont porté les questions de migration au premier rang des préoccupations de la communauté internationale. Il reste cependant à établir de meilleurs systèmes

de suivi permettant la quantification des migrations internationales. Les informations dont on dispose sur les événements récents sont encore par conséquent incomplètes. De fait, même en ce qui concerne les périodes antérieures, les données disponibles sur les migrations internationales sont en général partielles (car elles ne portent que sur un petit nombre de pays ou de régions) et ne peuvent être comparées; il est donc essentiel de disposer d'une série d'estimations comparables pour l'ensemble des pays. On dispose maintenant de telles données pour les années 1965, 1975 et 1985. Par conséquent, avant d'examiner la période la plus récente, il convient d'analyser la nature de ces estimations mondiales et des tendances qu'elles révèlent en matière de migration.

87. Les estimations relatives au nombre de migrants internationaux présents dans chaque pays au début des années 1965, 1975 et 1985 découlent d'informations sur le nombre de personnes nées à l'étranger (ou, dans certains cas, d'étrangers) figurant dans les recensements effectués par les pays, ainsi que d'informations sur le nombre de réfugiés présents dans les pays en développement. Au niveau mondial, les données obtenues indiquent que le nombre de migrants internationaux est passé de 76 millions de personnes en 1965, à 85 millions en 1975 et à 106 millions en 1985 (tableau 10). Le taux annuel d'accroissement de la population de migrants internationaux est donc passé de 1,1 % au cours de la période 1965-1975 à 2,2 % entre 1975 et 1985, ce qui indique que, dès le milieu des années 70, les migrations internationales se sont accélérées. Cependant, l'expérience des pays développés et des pays en développement était très différente. Ainsi, alors que le taux d'accroissement annuel de la population des migrants internationaux dans les pays développés n'a augmenté que modérément, passant de 2 % par an au cours de la période 1965-1975 à 2,2 % entre 1975 et 1985, dans les pays en développement, ce taux a presque sextuplé, passant de 0,4 % au cours de la période 1965-1975 à 2,2 % entre 1975 et 1985. L'augmentation rapide du nombre de migrants dans les pays en développement était due, pour une large part, à l'accroissement rapide du nombre de migrants internationaux en Asie du Sud, en Afrique du Nord et en Asie occidentale. En Asie du Sud, l'exode de quelque 4,4 millions d'Afghans après l'invasion de leur pays par les forces russes en 1979 a donné lieu à d'importantes concentrations de réfugiés dans la République islamique d'Iran et au Pakistan, et est en grande partie responsable de l'accroissement enregistré dans la région. En Afrique du Nord et en Asie occidentale, le nombre de migrants internationaux a augmenté parce que les pays producteurs de pétrole de la région, notamment les membres du Conseil de coopération du Golfe, ont fait appel à un plus grand nombre de travailleurs migrants.

88. Malgré l'augmentation rapide du nombre de migrants internationaux dans les pays en développement, ces derniers ne représentaient en 1985 que 55 % des migrants à l'échelle mondiale, alors que la population des pays d'accueil représentait 76 % de la population mondiale. La proportion de migrants internationaux par rapport à la population totale des pays en développement est par conséquent restée faible (1,6 % du total). Par contre, les migrants internationaux représentaient 4,1 % de la population des pays développés. Ainsi, les migrations internationales ont continué d'être relativement plus importantes dans les pays développés.

Tableau 10

Indicateurs clefs concernant les tendances en matière de migration par région pour 1965, 1975 et 1985

Région	Nombre de personnes nées à l'étranger (en milliers)			Répartition en pourcentage par région			Pourcentage de la population totale			Taux d'évolution annuel		
	1965	1975	1985	1965	1975	1985	1965	1975	1985	1965-1975	1975-1985	1965-1985
Monde	75 934	84 636	105 537	100,0	100,0	100,0	2,3	2,1	2,2	1,1	2,2	1,6
Monde, sauf Chine et ex-URSS	75 527	84 183	105 050	99,5	99,5	99,5	3,2	2,9	3,0	1,1	2,2	1,6
Pays développés	31 398	38 342	47 915	41,3	45,3	45,4	3,2	3,5	4,1	2,0	2,2	2,1
Pays en développement	44 535	46 294	57 623	58,7	54,7	54,6	1,9	1,6	1,6	0,4	2,2	1,3
Afrique subsaharienne	7 122	10 335	11 290	9,4	12,2	10,7	3,0	3,3	2,7	3,7	0,9	2,3
Asie du Sud	18 700	15 565	19 156	24,6	18,4	18,2	2,8	1,9	1,8	-1,8	2,1	0,1
Asie de l'Est et du Sud-Est	7 580	7 421	7 486	10,0	8,8	7,1	1,9	1,5	1,2	-0,2	0,1	-0,1
Afrique du Nord et Asie occidentale	5 464	7 437	13 390	7,2	8,8	12,7	4,0	4,2	5,7	3,1	5,9	4,5
Amérique du Nord	12 680	15 018	20 435	16,7	17,7	19,4	6,0	6,3	7,8	1,7	3,1	2,4
Caraïbes et Amérique centrale	453	533	854	0,6	0,6	0,8	2,0	2,0	2,7	1,6	4,7	3,2
Amérique du Sud	5 359	5 167	5 602	7,1	6,1	5,3	2,4	1,8	1,5	-0,4	0,8	0,2
Europe	15 617	19 382	22 952	20,6	22,9	21,7	3,5	4,1	4,7	2,2	1,7	1,9
Océanie	2 552	3 324	3 884	3,4	3,9	3,7	14,8	15,9	16,0	2,6	1,6	2,1

Source : Tendances en matière de migration, 1993 (base de données de la Division de la population du Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques du Secrétariat de l'ONU).

89. Comme l'indique le tableau 10, il existe d'importantes variations au niveau des taux d'accroissement du nombre des migrants internationaux et de leur répartition selon les grandes régions du monde. En 1985, c'est en Europe et en Amérique du Nord que se trouvaient les plus grandes concentrations de migrants internationaux (23 millions et 20 millions respectivement). En Amérique du Nord, les États-Unis accueillaient à eux seuls 16,5 millions de migrants, chiffre qui comprend la majorité de près de 3 millions de migrants sans papiers, dont la situation a par la suite été régularisée par la loi de 1986 sur la réforme et le contrôle de l'immigration. Parmi les régions en développement, l'Asie du Sud comptait 19 millions de migrants internationaux en 1985, suivie par l'Afrique du Nord et l'Asie occidentale avec 13 millions, et l'Afrique subsaharienne avec 11 millions. Les estimations portant sur l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne comprenaient tous les réfugiés qui, selon le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) se trouvaient dans ces différentes régions en 1985.

90. On notera que le nombre de migrants internationaux en Asie de l'Est et du Sud-Est, région qui comprend la Chine et le Japon, était relativement faible en 1985 (7,5 millions) et qu'il était resté stable depuis 1975. À compter de 1985 cependant, des pénuries de main-d'oeuvre dans les pays nouvellement industrialisés de la région ont accéléré les migrations. D'après certaines estimations, au début des années 90, le Japon accueillait près de 300 000 migrants en situation irrégulière venant s'ajouter au million de

résidents étrangers légalement établis dans le pays. La province chinoise de Taiwan comptait environ 45 000 migrants en situation irrégulière; dans la République de Corée, en 1992, un effort de régularisation a conduit 61 000 personnes à présenter des demandes; et en Malaisie, la même année, 320 000 migrants sans papiers ont demandé à légaliser leur situation dans le cadre d'un programme d'amnistie (Stalker, 1994). Ces chiffres indiquent que, bien qu'ils hésitent à importer des travailleurs étrangers, les pays de la région dont l'économie est en pleine croissance doivent souvent s'y résigner s'ils veulent rester compétitifs.

91. Enfin, le tableau 10 montre que le nombre de migrants internationaux s'est accru modérément en Amérique du Sud depuis 1975 et davantage en Amérique centrale et dans les Caraïbes. Les migrations dans cette dernière région résultaient principalement des guerres civiles et conflits qui ont sévi en Amérique centrale pendant les années 80 et qui ont grandement diminué au cours des années 90.

92. La plupart des chiffres susmentionnés ne tiennent pas compte des changements intervenus dans les mouvements migratoires internationaux depuis 1985, date à laquelle les processus qui ont abouti à la fin de la guerre froide et à la démocratisation des gouvernements de l'Europe centrale et orientale et de l'ex-URSS ont commencé à avoir des incidences sur la dynamique des migrations internationales. À mesure que les pays en transition ont assoupli leur réglementation en matière de sortie du territoire, un nombre croissant de leurs ressortissants sont allés vers les pays à économie de marché d'Europe occidentale, du Sud et du Nord, où ils ont demandé l'asile, invoquant la fin de la guerre froide, ou ont été admis en tant qu'immigrants relevant de catégories spéciales. Parmi ces dernières figurent le groupe des Aussiedler admis par la République fédérale d'Allemagne, qui est composé de personnes d'origine allemande, venant de pays autres que l'ex-République démocratique allemande et les Grecs pontiques, à savoir les personnes d'origine grecque, venant principalement de l'ex-URSS et admis par la Grèce. Au cours de la période 1985-1990, la RFA a admis 1,1 million d'Aussiedler venant de pays en transition. De fait, l'accroissement du nombre d'Aussiedler admis par le pays a été si rapide après 1988 qu'une fois que l'Allemagne de l'Est et l'Allemagne de l'Ouest ont été réunifiées, le Gouvernement allemand a décidé de limiter le nombre de personnes qu'il accueillerait chaque année et lancé des projets visant à fournir aux personnes d'origine allemande vivant dans des pays en transition d'autres possibilités d'émigration. Le fait qu'au cours de la période 1983-1989, sur le 1,3 million de demandeurs d'asile dans les pays à économie de marché, 30 % venaient de pays en transition donne également une idée de l'accroissement des migrations Est-Ouest pendant les années 80.

93. L'éclatement de l'URSS a suscité de nouvelles craintes concernant d'éventuels mouvements migratoires vers les pays développés à économie de marché. Bien qu'il n'y ait pas eu de flux Est-Ouest de grande ampleur, la dynamique des migrations dans la région a cependant connu des changements importants, dont le plus notable est l'accroissement des flux de migrants vers la Fédération de Russie dû au fait que les Russes de souche "reviennent" d'autres États successeurs. En outre, les courants de réfugiés et de migrants forcés entre les États successeurs déchirés par des conflits ethniques ont augmenté et l'on signale de nouveaux mouvements migratoires en direction de

certains pays d'Europe centrale et orientale. Ainsi, en 1992, 35 000 citoyens de l'ex-Union soviétique, 20 000 Roumains et jusqu'à 10 000 personnes originaires de la Bulgarie et de l'ex-Yougoslavie résidaient illégalement dans la République tchèque et en Slovaquie (Stalker, 1994).

94. Depuis 1990, la principale source de migrants en Europe est l'ex-Yougoslavie, dont la désintégration a entraîné des conflits armés en Croatie et en Bosnie-Herzégovine et déclenché le plus vaste mouvement de victimes de guerre et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays qui ait eu lieu en Europe depuis la seconde guerre mondiale. Au milieu de 1994, le HCR a estimé que le nombre de personnes ayant besoin de protection dans l'ex-Yougoslavie s'élevait à 3,8 millions : 2,7 millions d'entre elles se trouvaient en Bosnie-Herzégovine et 500 000 en Croatie (Nations Unies, 1994[a]). En outre, plusieurs pays ont accordé un asile temporaire à des personnes originaires de l'ex-Yougoslavie, notamment l'Allemagne, l'Autriche, la Suède, la Suisse et la Turquie, qui, en 1992, accueillaient quelque 360 000 personnes.

95. L'Afrique est une autre région qui continue d'être touchée par les conflits. En 1994, on estimait qu'elle accueillait 6 millions de réfugiés, dont la majorité se trouvait en Afrique de l'Est. Bien que certains événements positifs, comme l'indépendance de l'Érythrée en 1993 et les élections au Mozambique, rendent maintenant possible le rapatriement des réfugiés (90 000 dans le cas de l'Érythrée), les conflits continuent de déraciner les populations. La crise en Somalie par exemple a entraîné l'exode d'un million de personnes, dont un quart est rentré depuis lors, et le rapatriement d'environ 500 000 réfugiés éthiopiens. Le Soudan, qui accueille 840 000 réfugiés, est lui-même la source de 350 000 réfugiés qui ont trouvé asile dans la République centrafricaine, en Éthiopie, au Kenya et au Zaïre (del Mundo, 1994). Les bouleversements au Burundi, au Rwanda et au Togo ont également entraîné un exode massif de population, notamment dans le cas du Rwanda où le décès du Président, en avril 1994, a déclenché des violences ethniques qui ont fait des milliers de morts en quelques semaines. Un grand nombre de Rwandais ont cherché refuge dans les pays voisins et la majorité des 300 000 réfugiés du Burundi qui avaient fui au Rwanda en 1993 ont dû quitter le pays.

96. En Asie, le rapatriement des réfugiés afghans qui vivaient dans la République islamique d'Iran et au Pakistan a permis une réduction de leur nombre, de 6,2 millions au début de 1990 à 4,5 millions au début de 1993. Cependant, la poursuite des combats en Afghanistan a empêché le rapatriement de tous les réfugiés. Autre fait positif, en 1993, un accord intervenu entre les Gouvernements du Bangladesh et du Myanmar a permis le rapatriement de quelque 250 000 citoyens du Myanmar qui avaient cherché refuge au Bangladesh en 1991 et 1992.

2. Politiques

97. Plusieurs événements mondiaux importants ont entraîné un certain nombre de changements non négligeables dans les politiques en matière de migrations internationales depuis la précédente évaluation, publiée dans World Population Monitoring, 1993 (Nations Unies, à paraître), lorsque la crise du Golfe et l'évolution rapide de la situation en Europe orientale et dans l'ex-Union soviétique retenaient l'attention de la communauté internationale.

98. Au cours de la période 1992-1994, des événements d'importance mondiale se sont déroulés dans divers pays, dont Cuba, Haïti, le Rwanda et la Yougoslavie. Les guerres civiles, les troubles et l'instabilité politique ont déclenché des mouvements migratoires d'une ampleur sans précédent dans toute l'Europe et en Afrique, et des flux nettement moins importants en Amérique latine et vers les États-Unis.

99. À l'Ouest, les tensions raciales et culturelles se sont exacerbées du fait de la présence d'un nombre croissant d'étrangers à la recherche d'un emploi et d'un logement et de services de base à une période de déclin économique général et de chômage élevé. De fait, le racisme et la xénophobie se sont intensifiés, de même que l'hostilité des populations face à l'afflux massif d'immigrants. En Afrique, la charge financière qu'impose l'accueil d'un nombre toujours croissant de réfugiés a mis à rude épreuve la pratique consistant à accorder l'asile à un grand nombre de personnes en quête de refuge. Le flux massif d'immigrants a également eu un impact important sur les politiques nationales. Les gouvernements ont commencé à réviser leurs politiques en matière d'immigration et à adopter des lois visant à répondre aux préférences nationales à court terme et à fermer les frontières aux étrangers. À la fin de 1993, de nombreux pays avaient déjà imposé des restrictions à l'entrée sur leur territoire pour différentes catégories de migrants, rejeté les demandes d'asile présentées par des personnes venant de "pays sûrs" et expulsé sans délai celles qui arrivaient à la frontière sans les documents d'identité nécessaires. Des modifications de la législation relative à l'asile ont été adoptées afin de simplifier le processus et d'éliminer les demandes frauduleuses car, de l'avis général, les demandes d'asile se substituaient de plus en plus fréquemment aux migrations ordinaires.

100. En fait, si l'on compare la situation d'aujourd'hui à ce qui se passait il y a moins de 10 ans, on constate qu'un nombre croissant de pays souhaitent maintenir ou réduire leurs niveaux d'immigration (tableau 11).

Tableau 11

Politiques des gouvernements en matière d'immigration, 1986-1994

(Pourcentage de pays)

Année	Politique visant à encourager l'immigration	Politique visant à maintenir l'immigration	Politique visant à réduire l'immigration	Total	Nombre de pays
1986	3,5	77,1	19,4	100,0	170
1989	4,7	63,7	31,8	100,0	170
1994	4,7	62,7	32,6	100,0	190

Source : Banque de données sur les politiques en matière de population de la Division de la population du Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques du Secrétariat de l'ONU.

101. Le continent africain continue de se caractériser par des taux élevés de migrations internationales. En fait, les mouvements transfrontières sont un phénomène courant car chaque jour, des centaines de milliers d'Africains traversent les frontières internationales sans être soumis à des formalités. Ces migrations font partie des mouvements naturels de population appartenant à un même groupe ethnique dans une région où les frontières politiques traversent des territoires où vivent des groupes de population homogènes. L'Afrique a également le nombre de réfugiés le plus important du monde, quelque 6 millions de personnes fuyant une violence qu'aggravent la sécheresse et une misère toujours croissante. Cette situation est exacerbée par le fait que de nombreux réfugiés sont accueillis principalement par un petit nombre de pays pauvres. Au Rwanda, par exemple, en juillet 1994, en 24 heures, plus de 500 000 personnes ont fui l'armée rebelle qui avançait pour se réfugier au Zaïre voisin. De nombreux pays d'Afrique sont préoccupés par le nombre de non-nationaux vivant sur leur territoire.

102. L'Asie reste, pour d'autres régions du monde, une source importante d'immigrants permanents, de réfugiés et de main-d'oeuvre contractuelle. La Chine s'efforce de réduire le flux d'immigrants souhaitant s'établir de façon permanente tout en maintenant le flux de ceux qui ont des permis de travail, des personnes à leur charge, des réfugiés et des demandeurs d'asile. L'Inde a pour politique d'encourager ses nationaux non résidents à rentrer avec leurs capitaux et leurs qualifications et à constituer ainsi un atout pour le pays. Sa politique vis-à-vis des immigrants clandestins est de les renvoyer dans leurs pays d'origine. Le Gouvernement japonais s'efforce d'accroître le flux de personnes en possession d'un permis de travail temporaire. Afin de mettre un terme à la prolifération des colonies de squatters, le Gouvernement malaisien a décidé que les employeurs recrutant des travailleurs étrangers devraient prouver qu'ils peuvent leur fournir un logement satisfaisant, sinon le Département de l'immigration rejettera la demande de l'employeur d'importer de la main-d'oeuvre étrangère. En outre, tous les étrangers qui souhaitent travailler en Malaisie doivent passer un examen médical dans leur pays d'origine. Parmi les faits nouveaux concernant les politiques relatives aux réfugiés en Asie, on notera la

fixation d'une date limite, dans le cadre du Plan d'action global sur les réfugiés indochinois, pour le retour au Viet Nam, d'ici la fin 1995, de tous les demandeurs d'asile réfugiés. Le processus de rapatriement s'est poursuivi dans la région en 1993; celui de réfugiés cambodgiens de Thaïlande a figuré parmi les opérations les plus réussies.

103. Confrontés à un nombre croissant de migrants tant légaux que clandestins, divers pays européens ont adopté des lois plus restrictives en matière d'immigration, afin d'endiguer le flux d'immigrants et de demandeurs d'asile. La cinquième Conférence des ministres européens responsables des problèmes de migrations (1993) a souligné qu'il était nécessaire d'adopter une politique globale afin de modérer les mouvements migratoires, ainsi que des mesures pour lutter contre le racisme, la xénophobie et l'intolérance. En février 1994, l'Union européenne a publié une communication de la Commission adressée au Conseil et au Parlement européen, dans laquelle elle demandait que des mesures soient prises dans trois domaines clefs : traitement des causes des pressions migratoires, contrôle des mouvements migratoires et amélioration de l'intégration des migrants légaux dans les pays d'accueil.

104. En Amérique latine, le Gouvernement brésilien s'efforce d'accroître le nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile souhaitant entrer dans le pays tout en maintenant le flux d'immigrants permanents, de ceux qui ont des autorisations de travail temporaires et des personnes à leur charge. Au Mexique, le Gouvernement s'efforce de réduire le flux des immigrants permanents, des personnes à la charge de ceux qui ont obtenu des autorisations de travail et des réfugiés et demandeurs d'asile, tout en maintenant le courant de ceux qui possèdent des permis de travail temporaires. Le Brésil et le Mexique s'efforcent de réduire ce que les deux gouvernements considèrent comme des niveaux élevés d'émigration. Les programmes du HCR dans la région au cours de la période 1993-1994 ont notamment porté sur le rapatriement des réfugiés chiliens et guatémaltèques, l'accélération de l'afflux de réfugiés africains au Brésil, la mise en oeuvre de projets devant avoir des effets rapides au Belize, en El Salvador et au Guatemala et l'organisation d'activités de formation et productives à l'intention des femmes réfugiées et rapatriées.

105. Parmi les mesures prises récemment en Amérique du Nord, on mentionnera le Diversity Transition Program aux États-Unis, dans le cadre duquel sont délivrés chaque année 40 000 visas à des étrangers venant de 34 pays et dont on a déterminé qu'ils avaient été affectés négativement par les modifications apportées en 1965 à la loi sur l'immigration. Fonctionnant sur le principe de la loterie, ce programme d'une durée de trois ans (1992-1994) vise à la sélection d'un certain nombre de personnes ayant envoyé une demande au Service d'immigration et de naturalisation. Bien qu'il ne crée pas un marché commun pour les migrations de travail, et ne résolve pas le problème de migration permanente ou illégale vers les États-Unis, l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA), sujet de première importance pour le Gouvernement américain en 1993, facilite l'entrée des représentants des milieux d'affaires négociants, investisseurs et personnes ayant été transférées à l'intérieur d'un groupe. En 1994, c'est la politique adoptée par les États-Unis à l'égard des réfugiés haïtiens qui a fait la une des journaux. La nouvelle loi sur l'immigration qui est entrée en vigueur au Canada au début de 1993 contient un certain nombre de dispositions clefs : elle autorise le Gouvernement à limiter

pendant un certain temps la mobilité géographique d'un immigrant, afin que ses compétences puissent être utilisées dans les régions où elles sont les plus utiles; permet de mieux contrôler l'entrée des migrants clandestins en renforçant les contrôles aux frontières; pénalise les compagnies aériennes qui transportent des passagers non munis des documents de voyage requis; et introduit un nouveau système en une étape concernant l'octroi du statut de réfugié, qui devrait permettre d'évaluer les demandes en moins de six mois.

106. L'Australie reste le pays d'Océanie qui accueille le plus d'immigrants. Afin de répondre aux préoccupations croissantes au sujet des personnes entrant clandestinement dans le pays ou essayant de se soustraire aux règlements en matière d'immigration, elle a adopté en 1992 une loi modifiant la réglementation de la migration, qui simplifie les formalités d'immigration, place les non-ressortissants sous l'autorité d'un organisme unique s'agissant de l'autorisation d'entrer dans le pays ou d'y rester et précise les règles relatives à la détention. La nouvelle politique en matière d'immigration, adoptée en mai 1994, a accru le nombre d'immigrants de 10 000 à 73 000 par an.

II. POPULATION ET ENVIRONNEMENT : DENSITÉ MAXIMALE DE POPULATION

107. La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, qui s'est tenue à Rio de Janeiro en 1992, a reconnu que les facteurs démographiques faisaient partie des principales forces qui influent sur la base de ressources écologiques dont dépend, en dernière analyse, le développement durable (Nations Unies, 1993). Le programme Action 21, adopté lors de la Conférence, définit plusieurs objectifs essentiels visant à intégrer les tendances et les facteurs démographiques à l'analyse globale des questions d'environnement et de développement. Il souligne que l'évaluation quantitative du rôle relatif des facteurs démographiques dans la dégradation de l'environnement est loin d'être terminée. Dans ce contexte, le suivi des tendances démographiques est particulièrement important. Action 21 recommande notamment de procéder à une évaluation de la densité maximale nationale. On appelle densité maximale de population le nombre optimal d'habitants pouvant vivre durablement de l'agriculture d'un pays ou d'une région donnée. Elle dépend essentiellement des caractéristiques agroclimatiques du sol cultivable et des techniques utilisées.

108. L'étude effectuée en 1982 par la FAO et l'Institut international pour l'analyse des systèmes appliqués (Higgins et al., 1982) constitue une tentative remarquable pour évaluer la densité potentielle à l'échelon national. D'après cette étude, 57 % des 117 pays étudiés ne seront plus à même de satisfaire à leurs besoins alimentaires, d'ici à l'an 2000, si l'on part du principe qu'ils continueront d'utiliser du matériel de faible technicité. Cette étude a soulevé une vive controverse sur la question de l'utilisation du concept de densité maximale pour étudier les interactions entre la population, les ressources, le développement et l'environnement.

109. Dans plusieurs pays, on a récemment procédé à des estimations de la densité maximale au niveau subnational. En Asie, pour l'île de Palawan aux Philippines, elle a été calculée par zone écologique (Western, 1988). La densité maximale de population est difficile à évaluer car la consommation de ressources par habitant varie, les individus pouvant contrôler dans une certaine mesure les

ressources naturelles dont ils sont tributaires. Parallèlement, une mauvaise gestion de l'environnement peut conduire à l'abaissement du seuil de densité maximale. L'île de Palawan a été choisie car elle a récemment enregistré un accroissement rapide de sa population, dû à la migration interne d'habitants d'autres îles où les activités de plantation se sont effondrées et où règnent des conflits politiques. Les tendances démographiques et d'utilisation des sols actuelles ont été projetées pour six zones écologiques (littoral, mangroves, zones de faible altitude, collines basses, collines hautes et montagnes) selon trois scénarios différents (développement maximal, conservation maximale et un compromis entre les deux). Les résultats montrent que les zones de hautes collines et de montagnes seraient les plus sujettes à la dégradation écologique et que le scénario intermédiaire est le meilleur. La simulation a également mis en évidence la nécessité de décourager les installations de population dans les zones de haut plateau et de rechercher un équilibre entre la préservation et le développement.

110. En Afrique, des estimations de la densité maximale ont été effectuées pour le Kenya oriental (Bernard et al., 1989). Bien que la population kényenne soit en majorité rurale, seulement 17 % des terres ont un potentiel agricole moyen ou élevé. Les politiques coloniales ont exacerbé la situation en attribuant les terres agricoles à fort potentiel à de grandes fermes et à des exploitations d'élevage et les terres à faible potentiel aux réserves indigènes. De ce fait, les plus fortes densités de population sont concentrées sur les terres les moins productives, alors que d'autres zones potentiellement productives demeurent sous-peuplées et sous-exploitées. La pression démographique des anciennes réserves a entraîné des migrations vers les terres arides et semi-arides moins fertiles du Kenya oriental, ce qui a provoqué un accroissement rapide de la population (environ 2,5 à 3 % par an). Les projections pour cette région tiennent compte des répartitions de densité, des zones agroécologiques, de la dimension minimale des exploitations permettant de faire vivre un ménage chaque année (calculée d'après le volume des récoltes et leur valeur calorique), de la superficie totale et de la superficie des terres cultivables. Elles se fondent sur trois scénarios d'évolution technologique (niveau faible actuel, niveau intermédiaire reposant sur l'utilisation de certaines technologies intensives, et niveau avancé impliquant l'utilisation généralisée de technologies intensives et la conservation) et sur trois scénarios d'accroissement de la population (2,0, 2,5 et 3 % par an). Les résultats ont montré que, même dans le cadre d'un scénario optimiste qui conjuguerait une forte composante technologique et un faible accroissement de la population, la densité maximale serait dépassée dans tous les districts du Kenya oriental d'ici à l'an 2020. L'une des principales conclusions de cette étude est que la base de ressources limitée et le taux d'accroissement élevé de la population de cette région exigent une planification globale du développement régional et rural.

111. Au Mexique, une série de calculs de densité maximale régionale a fourni des estimations pour 205 microrégions (García de Alba, 1993). Selon ces estimations, plus d'un tiers du pays, principalement le littoral de l'océan Pacifique, peut absorber une augmentation de la population et développer ses ressources agricoles et halieutiques et son cheptel. Un autre tiers du pays, principalement dans le nord et l'est, a la capacité de faire vivre sa population actuelle. Quant au dernier tiers, qui regroupe essentiellement les régions

arides du nord et du centre, sa capacité d'absorption d'une augmentation de la population est très faible.

112. Les détracteurs du concept de densité maximale de population ont souligné que celui-ci ne tenait pas suffisamment compte de l'influence potentielle de l'évolution technologique, des aspirations à un meilleur niveau de vie, des possibilités et des effets de commerce international, et des contraintes institutionnelles, sociales, économiques et politiques qui pèsent sur l'utilisation des sols et la production. Les défenseurs du concept, de leur côté, soutiennent qu'il reste pertinent en tant qu'outil heuristique et que les nouvelles tentatives de calcul prennent davantage en compte les variations des facteurs institutionnels et socio-économiques.

Notes

[1] L'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie font à présent également partie de l'Asie occidentale. Ces estimations ne peuvent être comparées à celles présentées dans la révision de 1992.

[2] L'Asie du Sud, appelée à présent Asie centrale du Sud, comprend les nouveaux pays suivants : Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan. Ces estimations ne peuvent être comparées à celles présentées dans la révision de 1992.

[3] On ne dispose pas de données actualisées pour Haïti, autre pays à forte fécondité, où l'indice synthétique était de 5,8 en 1988-1989 (Nations Unies, à paraître).

[4] Y compris l'Europe, l'Amérique du Nord, le Japon et l'Australie-Nouvelle-Zélande.

[5] Les données régionales concernant l'Europe ne peuvent être comparées aux précédentes estimations, du fait que des pays nouvellement indépendants sont à présent inclus dans plusieurs sous-régions. Ainsi, le Bélarus, la Fédération de Russie, la République de Moldova, la République tchèque, la Slovaquie et l'Ukraine font également partie de l'Europe orientale. L'Europe du Sud comprend aussi la Bosnie-Herzégovine, la Croatie, la Slovénie, l'ex-République yougoslave de Macédoine et la Yougoslavie.

[6] En Europe orientale, seule la République de Moldova devrait atteindre le taux de remplacement (2,1) en 1990-1995 (Nations Unies, à paraître[a], tableau A19).

Références

Banque mondiale (1993). Rapport sur le développement dans le monde, 1993. New York : Oxford University Press.

Bernard, F., et al. (1989). Carrying capacity of the eastern ecological gradient of Kenya. National Geographic Research (Washington, D.C.), vol. 5, No 4, p. 399 à 422.

del Mundo, Fernando (1994). The future of asylum in Africa. Refugees (Genève), No 96, p. 3 à 7.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (1994). Crisis in Mortality, Health and Nutrition Economies in Transition Studies. Regional Monitoring Report, No 2 (août). New York.

García de Alba, L. (1993). Distribución de problación, ambiente y análysis regional. In Población y Ambiente: Nuevas Interrogantes a Viejos Problemas?, H. Izazola and S. Lerner, eds. México, D.F.: Sociedad Mexicana de Demografía; and El Colegio de México. New York: The Population Council, p. 131 à 144.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (1994). Populations of concern to UNHCR: a statistical overview, 1993. Genève.

Higgins, G., et al. (1982). Potential Population Supporting Capacity of Lands in the Developing World. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO).

Jolly, Richard (1993). Intensive programmes to accelerate reduction of child mortality. Déclaration faite à l'occasion de la réunion des ministres de la santé, Mexico, 18 octobre 1993.

Mertens, Thierry E., et al. (1994). Global estimates and epidemiology of HIV infections and AIDS. AIDS 1994, vol. 8, supplément 1, p. S361 à S372.

Monnier, Alain, et Catherine Guibert-Lantoine (1993). La conjoncture démographique : l'Europe et les pays développés d'outre-mer. Population (Paris), vol. 4, No 4 (juillet-août), p. 1043 à 1067.

Nations Unies (1993). Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, Rio de Janeiro, 3-14 juin 1992, vol. I et Corr.1, numéro de vente : F.93.I.8 et corr.

_____ [1994 a)]. Rapport du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Documents officiels de l'Assemblée générale, quarante-neuvième session, Supplément No 12. A/49/12.

_____ [1994 b)]. Rapport concis sur l'observation des tendances et des politiques démographiques, notamment en ce qui concerne les réfugiés : rapport du Secrétaire général. E/CN.9/1994/2.

_____ [à paraître a)]. World Population Prospects: The 1994 Revision, tableaux en annexe.

_____ [à paraître b)]. Niveaux et tendance de l'utilisation des contraceptifs en 1994.

_____ [à paraître c)]. Evolving Patterns of Fertility Behaviour in Developing Countries.

_____ [à paraître d)]. World Urbanization Prospects: The 1994 Revision.

_____ [à paraître e)]. World Population Monitoring, 1993.

Stalker, Peter (1994). The Work of Strangers: A Survey of International Labour Migration. Genève : Bureau international du travail.

Western, S. (1988). Carrying capacity, population growth and sustainable development: a case-study from the Philippines. Journal of Environmental Management (Londres), vol. 27, No 4, p. 347 à 367.