



## Conseil économique et social

Distr. générale  
20 décembre 1999  
Français  
Original: anglais

### Commission de la population et du développement

#### Trente-troisième session

27-31 mars 2000

Point 3 de l'ordre du jour provisoire \*

**Suite donnée aux recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement**

### **Rapport succinct sur le suivi des questions de population à l'échelle mondiale en 2000 : population, parité et développement**

#### **Rapport du Secrétaire général**

#### *Résumé*

Le présent rapport a été établi conformément au mandat de la Commission de la population et du développement et à son programme de travail pluriannuel établi par thèmes et priorités, que le Conseil économique et social a approuvé par sa résolution 1995/55. Par ses décisions 1998/1 et 1999/1, la Commission a décidé que le thème de sa trente-troisième session en 2000, serait «Parité, population et développement».

Le rapport fait la synthèse de certains aspects des questions relatives à la population, à la parité et au développement. Il comprend un historique des questions de population et de parité à l'échelle mondiale et fournit des données récentes concernant des thèmes comme la constitution de la famille, la santé et la mortalité, y compris le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), le vieillissement et les migrations internes et internationales. On peut consulter la version préliminaire et non éditée du rapport complet dans le document de travail ESA/WP/159.

Le rapport a été élaboré par la Division de la population (Département des affaires économiques et sociales) du Secrétariat de l'ONU, avec l'aide du Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA).

\* E/CN.9/2000/1.



## Table des matières

|                                                                                                                                                                     | <i>Paragraphe</i> | <i>Page</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|
| Introduction : Les questions de population et de parité et la communauté internationale .....                                                                       | 1-13              | 3           |
| I. Formation de la famille .....                                                                                                                                    | 14-37             | 6           |
| II. Santé et mortalité .....                                                                                                                                        | 38-72             | 13          |
| III. Vieillesse et sexospécificités .....                                                                                                                           | 73-92             | 23          |
| IV. Migrations intérieures .....                                                                                                                                    | 93-101            | 28          |
| V. Migrations internationales .....                                                                                                                                 | 102-122           | 31          |
| VI. Conclusions .....                                                                                                                                               | 123-130           | 35          |
| <b>Tableaux</b>                                                                                                                                                     |                   |             |
| 1. Moyennes mondiale et régionale des niveaux actuels d'utilisation de la contraception, par type de méthode .....                                                  |                   | 9           |
| 2. Taux d'analphabétisme par sexe et taux bruts de scolarisation, 1980 et 1996 .....                                                                                |                   | 11          |
| 3. Espérance de vie à la naissance : évolution et écart entre les hommes et les femmes, dans le monde et par grande région, 1950-1955, 1975-1980 et 1995-2000 ..... |                   | 14          |
| 4. Mortalité infantile et postinfantile dans le monde et par grande région : estimations pour 1995-2000 .....                                                       |                   | 15          |
| 5. Statistiques et caractéristiques de l'épidémie de VIH/sida par région, décembre 1999 .....                                                                       |                   | 20          |
| 6. Population mondiale âgée de 60 ans ou plus, par sexe, et proportion d'hommes et de femmes âgés (2000 et 2050) .....                                              |                   | 23          |
| 7. Nombre estimatif des migrants de chaque sexe et pourcentage de femmes dans le total des migrants, dans le monde et par grande région, 1965 et 1990 .....         |                   | 31          |
| <b>Figures</b>                                                                                                                                                      |                   |             |
| I. Mortalité par sexe et par principaux types de causes dans le monde pour 1998 .....                                                                               |                   | 17          |
| II. Composition de la population par âge et par sexe, dans les régions développées et les régions moins développées (2000 et 2050) .....                            |                   | 24          |

## Introduction : Les questions de population et de parité et la communauté internationale

1. La communauté internationale a commencé à s'intéresser aux questions de population et de parité peu après la création de l'Organisation des Nations Unies. La seconde moitié du XXe siècle a été marquée par deux faits importants : premièrement, les questions relatives aux droits de l'homme ont pris une importance croissante dans les politiques et programmes de population; deuxièmement, une nouvelle orientation a été donnée aux politiques en faveur des femmes, qui mettent désormais davantage l'accent sur l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes que sur l'amélioration de leur condition.

2. L'Organisation des Nations Unies a commencé à entreprendre des activités relatives à la population et à la parité en 1946 lorsque le Conseil économique et social a créé la Commission de la condition de la femme<sup>1</sup> et la Commission de la population<sup>2</sup>. En 1948, l'Assemblée générale a adopté la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>3</sup>, selon laquelle chacun peut se prévaloir des droits et des libertés proclamés dans la Déclaration sans distinction aucune, notamment de sexe. Il y est également affirmé que tout individu a droit à la vie et à le droit de se marier et de fonder une famille, ainsi que de circuler librement à l'intérieur d'un État et de quitter son pays, aspects essentiels de l'évolution démographique.

3. Les années 50 et le début des années 60 ont vu l'apparition d'un consensus sur les questions de population et de parité. En 1967, l'Assemblée générale a adopté la Déclaration sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes<sup>4</sup>, dans laquelle elle préconisait des mesures visant à éliminer les obstacles à l'égalité des droits de la femme avec l'homme. L'année suivante, l'Assemblée a adopté la Proclamation de Téhéran<sup>5</sup> élaborée par la Conférence internationale des droits de l'homme tenue dans cette ville, premier instrument international qui reconnaissait que les parents avaient le droit fondamental de déterminer librement et consciemment la dimension de leur famille et l'échelonnement des naissances.

4. L'année 1979 a marqué une étape importante en ce qui concernait la parité avec l'adoption par l'Assemblée générale de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>6</sup>. Dans cette Convention, l'Assemblée allait plus loin que dans la Déclaration de 1967 en préconisant la modification des schémas de comportement socioculturel afin d'éliminer les préjugés fondés sur l'idée de l'inégalité entre hommes et femmes. Elle y affirmait les droits égaux des femmes et des hommes de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits.

5. Une autre grande étape a été franchie par la suite dans le domaine de la parité avec l'organisation à Nairobi, en 1985, de la Conférence mondiale chargée d'examiner et d'évaluer les résultats de la Décennie des Nations Unies pour la femme : égalité, développement et paix. Les participants à la Conférence ont adopté les Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme<sup>7</sup>, qui offraient des perspectives nouvelles et engageaient les femmes à jouer un rôle central dans le développement.

6. La quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue en 1995 à Beijing, a pris un certain nombre de mesures importantes. Le Programme d'action de la Conférence<sup>8</sup> faisait référence de façon répétée à la notion de parité et insistait sur la nécessité, non seulement de réaliser l'égalité des droits des hommes et des femmes, mais encore de faire participer les femmes pleinement et activement à la prise de décisions dans tous les domaines. Parallèlement, les hommes étaient invités à jouer de nouveaux rôles et à modifier leur comportement et il était conseillé de tenir compte des spécificités dans tous les programmes et politiques. Le Programme d'action préconisait aussi l'élimination de toutes les formes de violence à l'encontre des femmes et la promotion des droits des petites filles. Il réaffirmait en outre les recommanda-

tions concernant les droits en matière de procréation, la santé en matière de reproduction et la planification familiale formulées lors de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994.

7. La façon dont la communauté internationale traite les questions de population a également évolué au fil du temps. À la suite de la Conférence internationale des droits de l'homme tenue à Téhéran en 1968, une série de trois conférences internationales sur la population a servi de cadre à la définition des politiques mondiales en matière de population.

8. La première de la série, la Conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest en 1974 a adopté le Plan d'action mondial sur la population<sup>9</sup>. L'une des idées majeures des principes et objectifs du Plan<sup>10</sup> était que les tendances démographiques revêtaient une importance particulière en raison de leurs incidences sur le développement socioéconomique. Le droit de bénéficier de services de planification familiale, consacré lors de la Conférence de Téhéran, y était réaffirmé et étendu à tous les couples et individus. On y affirmait le droit des femmes de prendre pleinement part au processus de développement et de participer à la définition et à la mise en oeuvre des politiques socioéconomiques et de population. Reconnaissant que la famille était l'unité de base de la société, le Plan d'action traitait des questions de parité dans la section intitulée «Procréation, formation des familles et condition de la femme»<sup>11</sup>. Le Plan préconisait que l'éducation des filles et des garçons soit développée pour leur permettre de contribuer plus efficacement à la vie économique et que la contribution économique des femmes aux travaux ménagers et agricoles soit reconnue.

9. La Conférence internationale sur la population, organisée à Mexico en 1984, a permis de réaliser d'importants progrès dans les domaines de la population et de la parité. Ses recommandations concernant le rôle et la condition de la femme<sup>12</sup> faisaient l'objet d'une section distincte de celles relatives à la procréation et à la famille<sup>13</sup> et occupaient une place importante dans le rapport. Les gouvernements y étaient priés d'intégrer pleinement les femmes à toutes les phases du processus de développement et de veiller à ce que celles-ci puissent participer librement à la vie active. Il leur était demandé d'offrir aux femmes, par l'éducation, la formation et l'emploi, des possibilités d'épanouissement personnel. Les hommes étaient invités à participer davantage à la vie familiale sous tous ses aspects. Afin de promouvoir l'information et l'action politique, les gouvernements devaient diffuser des données sur la population et autres données ventilées par sexe. Les participants à la Conférence de 1984 ont fixé un objectif quantitatif pour ce qui était de la réduction de la mortalité maternelle. S'agissant de la procréation et de la famille, les participants ont réaffirmé les principes du Plan d'action mondial sur la population. Ils ont noté que la famille revêtait des formes multiples, parmi lesquelles les familles monoparentales. S'agissant des migrations, les participants ont préconisé de prêter une aide aux femmes migrantes ainsi qu'aux femmes laissées seules et sans soutien financier dans les zones rurales. Ils ont également appelé l'attention sur le nombre croissant de femmes réfugiées.

10. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement<sup>14</sup>, tenue au Caire en 1994, a permis de procéder à un examen plus large et plus approfondi des liens entre les questions de population et de parité. Le Programme d'action reposait sur la volonté de défendre les droits fondamentaux. Il y était indiqué que les droits des femmes et des fillettes faisaient inaliénablement, intégralement et indissociablement partie des droits universels de la personne humaine. Le Programme d'action comprenait un chapitre entièrement consacré à l'égalité entre les sexes et à la promotion des femmes, qui traitait de nouveaux thèmes tout en précisant les recommandations formulées par le passé. Il préconisait l'élimination de la violence à l'égard des femmes et invitait les pays à prendre des mesures permettant aux femmes de concilier leurs rôles de mère avec l'exercice d'un emploi, à garantir aux femmes le droit d'effectuer des transactions commerciales et à promouvoir l'égalité entre les sexes en matière d'emploi. Les pays étaient aussi invités à condamner les viols en tant qu'instrument délibéré de guerre. Dans une section (B) consacrée à la petite fille, le Programme d'action

appelait à corriger la surmortalité parmi les filles et à éliminer les mutilations génitales féminines. Il comportait en outre une section (C) sur les responsabilités masculines et la participation des hommes à la vie familiale et en matière de procréation. Outre le chapitre susmentionné, les questions de parité étaient traitées en parallèle avec d'autres questions dans l'ensemble du Programme d'action. Presque tous les chapitres comportaient des recommandations concernant l'égalité entre les sexes ou les femmes et les petites filles.

11. Le Programme d'action appelait en particulier l'attention sur la persistance de la pauvreté, en particulier chez les femmes. On y définissait de nouveaux objectifs quantitatifs, plus précis, pour réduire la mortalité maternelle. Il était préconisé d'accorder une attention particulière aux besoins des migrantes internationales, en particulier des réfugiées, et de prendre des sanctions contre ceux qui se livraient à la traite internationale des femmes. Un chapitre distinct (XI) était consacré à la population, au développement et à l'éducation. Il soulignait la nécessité d'éliminer les inégalités entre les sexes et de démarginaliser les femmes par le biais de l'éducation. Il préconisait d'utiliser des données ventilées par sexe aux fins de la recherche et de mener des travaux de recherche sur le rôle des hommes dans la planification familiale.

12. La vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale chargée d'examiner et d'évaluer l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement s'est tenue en juin et juillet 1999. Les participants ont constaté que l'on avait progressé dans la mise en oeuvre du Programme d'action mais que dans certains domaines, les progrès demeuraient limités. Ils ont adopté un ensemble de grandes mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action<sup>15</sup>, y compris des recommandations sur la promotion et la protection des droits fondamentaux des femmes, l'émancipation des femmes, l'adoption d'une perspective sexospécifique dans les programmes et les politiques et le plaidoyer en faveur de l'égalité et de l'équité entre les sexes.

13. On s'est rendu compte au fur et à mesure de la mise en oeuvre des politiques et des programmes relatifs à la population et à la parité qu'il restait encore beaucoup à faire. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et les principales mesures adoptées lors de la vingt et unième session extraordinaire préconisaient qu'il soit tenu compte des sexospécificités lors de l'analyse des tendances sociodémographiques. Le présent rapport vise à mieux faire comprendre les problèmes en jeu et à proposer des solutions efficaces pour les régler. Les sections ci-après font la synthèse des données récentes concernant les principaux aspects de l'évolution de la population et leurs liens avec les questions de parité. Le rapport traite en particulier des schémas et des tendances concernant la formation de la famille, y compris la nuptialité, la contraception et la fécondité; la mortalité, notamment les principales causes de décès, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquise (sida); le vieillissement de la population; et les migrations internes et internationales. Les politiques et activités menées par les gouvernements dans les domaines susmentionnés sont également passées en revue.

## **I. Formation de la famille**

14. Les études sur la famille et la fécondité ont pris une orientation nouvelle d'importance en cessant d'être presque exclusivement axées sur les femmes pour adopter progressivement une perspective plus équilibrée englobant également les hommes. C'est en grande partie grâce au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement qu'on est passé non seulement d'une approche orientée sur la planification familiale à une stratégie plus globale en matière de santé de la reproduction, mais aussi d'une démarche orientée uniquement sur les femmes à une politique incluant aussi les hommes. Comme on a pris de plus en plus conscience qu'il fallait connaître les attitudes et le comportement des femmes et des

hommes pour bien comprendre la dynamique relative à la fécondité et à la famille, on s'est efforcé d'intégrer ces derniers dans les programmes de recherche, les analyses et les politiques. Afin de combler les lacunes actuelles, un nombre croissant d'enquêtes démographiques à grande échelle commencent à inclure les hommes dans leurs échantillons nationaux.

15. Le rôle et la position des hommes et des femmes dans la société ont une incidence déterminante sur le début de l'activité sexuelle. Il est de plus en plus manifeste que l'inégalité entre les sexes présente des risques pour la santé sexuelle et génésique des femmes qui ne peuvent pas choisir en toute liberté le moment où elles seront sexuellement actives, accroît les dangers auxquels les exposent certains comportements sexuels et réduit leur aptitude à réclamer des mesures de protection à leurs partenaires. C'est en général à l'adolescence que commence l'activité sexuelle, période de la vie où les individus sont particulièrement vulnérables et souvent trop mal informés pour choisir en connaissance de cause.

16. Au cours des dernières décennies, il y a eu de grands changements non seulement en ce qui concerne l'âge de l'initiation sexuelle mais aussi le contexte dans lequel elle se déroule. Certaines études indiquent que dans les pays développés, l'activité sexuelle tend à commencer à un plus jeune âge, mais les indications sont moins concluantes en ce qui concerne les régions moins développées, les conditions variant beaucoup d'un pays à l'autre. Les premières règles surviennent plus tôt, grâce à un meilleur état de santé et à l'amélioration de la nutrition tandis que les jeunes tendent à se marier plus tard, ce qui accroît l'écart entre le moment de la maturation sexuelle et celui de la constitution de la famille et rallonge en conséquence la période d'activité sexuelle potentielle avant le mariage. Cette évolution a fait prendre conscience des dangers que courent les jeunes célibataires qui ont souvent un accès limité à l'information et aux services de santé, notamment la planification familiale, et sont donc plus exposés aux risques potentiels d'une activité sexuelle non protégée tels que les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles.

17. Le début de l'activité sexuelle pendant l'adolescence est une expérience commune aux hommes et aux femmes, mais les circonstances sont souvent différentes, spécialement dans les pays en développement. En général, les hommes deviennent sexuellement actifs à un plus jeune âge que les femmes. Des données récentes révèlent cependant que les écarts sont peu importants et que les schémas diffèrent selon les régions. Alors que dans la plupart des pays d'Amérique latine, les hommes deviennent sexuellement actifs avant les femmes, c'est la situation inverse qui prévaut dans plusieurs pays d'Afrique. C'est lorsqu'on considère le contexte dans lequel commence l'activité sexuelle que les différences entre les sexes sont plus marquées. Chez les hommes en effet, l'activité sexuelle pendant l'adolescence a lieu avant le mariage, alors que pour un pourcentage élevé de femmes, elle a lieu dans le cadre du mariage. La mesure dans laquelle des moyens efficaces de protection contre les grossesses et les maladies sexuellement transmissibles sont utilisés au début de la vie est un autre aspect important. Les données des pays développés et des pays en développement indiquent que les adolescents se soucient peu de protection au début de leur activité sexuelle.

18. Dans les sociétés où l'identité et la condition des femmes sont essentiellement définies par leur place dans la famille et par leurs fonctions procréatrices, les mariages précoces tendent à être plus répandus. Au fur et à mesure que l'éducation se développe et que les rôles des femmes se diversifient, les mariages précoces deviennent moins fréquents. En fait, le moment du mariage peut également influencer la position de la femme dans la société et dans la famille. Par exemple, une femme qui se marie jeune doit souvent arrêter l'école, ce qui n'est pas sans effet par la suite sur son degré d'autonomie et de pouvoir au sein de la famille.

19. Les données existantes indiquent qu'il existe au niveau mondial de grandes variations dans l'âge du mariage. L'âge moyen pour les filles est de 14 ans au Bangladesh et environ 16 ans en Inde, au Népal et au Yémen, mais plus de 26 ans au Japon et dans plusieurs pays d'Europe.

Dans la plupart des régions du monde, on a constaté qu'en général, l'âge du mariage reculait. Dans les régions développées, ce phénomène est en partie attribuable au fait qu'un nombre croissant de couples choisissent de cohabiter à un plus jeune âge. L'accroissement du taux de divorces et la baisse du nombre de remariages font aussi que les femmes adultes passent de plus en plus de temps non mariées.

20. Alors que dans nombre de pays en développement, il est courant que les femmes se marient à l'adolescence, c'est rarement le cas chez les hommes, dans la plupart des sociétés, principalement parce que, selon les normes sociales en vigueur, l'homme, avant de se marier, doit être à même d'assurer le soutien économique de sa famille. Dans la plupart des pays, les maris sont en général plus âgés que leurs épouses, bien que la différence d'âge varie beaucoup d'une région à une autre. Cette différence est en moyenne moins importante en Amérique latine et en Asie qu'en Afrique du Nord et dans l'Afrique subsaharienne, bien que, récemment, l'écart ait diminué dans toutes les régions du monde.

21. D'une manière générale, les femmes bénéficiant d'une meilleure éducation, on observe un recul de l'âge de la maternité, une diminution du nombre d'enfants ainsi qu'une baisse des grossesses non désirées. L'évolution des normes et des comportements sexuels a joué un rôle crucial dans la deuxième révolution démographique que les sociétés industrialisées avancées ont connue au cours des dernières décennies. Outre un taux de fécondité peu élevé, cette nouvelle situation démographique recouvre de grands changements quant au rôle central que la famille joue pour l'individu, ce que reflètent l'âge plus tardif du mariage et l'expansion du concubinage, du taux de divorces et du nombre de naissances hors mariage. Chacun s'accorde à dire que les hommes et les femmes ayant des niveaux d'éducation et de participation à la vie active de plus en plus similaires, il en est résulté de grandes transformations sur le plan de la famille.

22. Un nombre croissant de pays sont parvenus à un taux de fécondité déficitaire, d'abord dans les régions développées, et récemment dans certaines zones moins développées, en particulier dans l'Asie de l'Est et du Sud-Est. D'après la révision de 1998 des estimations et projections démographiques établies par l'Organisation des Nations Unies<sup>16</sup>, 61 pays représentant 44 % de la population mondiale ont atteint un taux de fécondité de remplacement ou déficitaire. Mais dans nombre d'entre eux, les données indiquent que le nombre d'enfants désirés (2 en moyenne par famille) est supérieur au nombre effectif, ce qui indique une demande latente plus importante. D'après la révision de 1998, dans 13 pays, essentiellement en Europe de l'Est et du Sud, le taux de fécondité tourne autour de 1,5 enfant par femme. Selon certains chercheurs, la différence entre le nombre d'enfants voulus et leur nombre effectifs expliquerait en partie par le fait que les institutions ne se sont pas adaptées aux nouveaux rôles des femmes et n'ont pas pris les mesures qui auraient permis de minimiser les problèmes auxquels peuvent se heurter les hommes et les femmes qui tentent d'associer indépendance économique et éducation des enfants.

23. Le moment où les jeunes deviennent parents a des conséquences importantes pour le reste de la vie reproductive, notamment pour ce qui est de la taille de la famille, de la santé de la mère et des enfants et du bien-être familial. Dans la plupart des pays, le taux de procréation très précoce – avant l'âge de 15 ans – est généralement faible, bien que dans certains pays de l'Afrique subsaharienne tels que le Libéria, le Mali et le Nigéria, ainsi qu'au Bangladesh, 10 % environ des jeunes femmes aient un enfant avant cet âge. Dans nombre de pays en développement, il est cependant fréquent d'avoir un enfant avant l'âge de 18 ans, bien qu'on ait constaté que dans la plupart des régions du monde, l'âge de la procréation tend à reculer. La grande majorité des études se sont surtout intéressées aux effets négatifs de la procréation précoce sur les femmes, du fait essentiellement que dans la plupart des sociétés, la paternité des adolescents n'est pas un phénomène courant. Mais ces derniers aussi sont sans doute mal préparés à assumer toutes les responsabilités inhérentes à l'éducation des enfants. Les quelques

études dont on dispose indiquent que, bien que les conséquences soient moins graves que pour les femmes, la paternité des adolescents a aussi des incidences négatives sur leur éducation et sur leur carrière.

24. La plupart des premières naissances surviennent dans le cadre du mariage, mais dans certaines sociétés, un pourcentage considérable de jeunes femmes ont un enfant hors mariage. Dans l'Afrique subsaharienne, par exemple, la proportion de premières naissances hors mariage chez les femmes âgées de 20 à 24 ans atteint environ 40 % au Kenya et au Libéria, et dépasse les 70 % au Botswana et en Namibie. Alors que dans la plupart des régions du monde, on constate une tendance à la baisse des taux de fécondité chez les adolescentes, la proportion de naissances hors mariage est en hausse dans un grand nombre de pays, qu'il s'agisse de régions peu développées ou développées. De récentes études qui s'appuient sur les données fournies par des enquêtes sur la fécondité et la planification familiale en Europe indiquent, par exemple, qu'en Suède, en Autriche et en France, la moitié environ des mères âgées de 25 à 29 ans ont eu leur premier enfant hors mariage, tandis qu'en Norvège, en Allemagne et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, ce pourcentage était d'environ un tiers. Une proportion importante de naissances hors mariage survient cependant chez les couples qui cohabitent; en conséquence, la récente augmentation de ce type de naissance n'indique pas nécessairement un accroissement du nombre des mères abandonnées.

25. Bien qu'en principe, la décision de recourir à la contraception concerne les deux partenaires, c'est le plus souvent à la femme qu'incombe cette responsabilité, en grande partie parce que les fabricants de la plupart des contraceptifs modernes comptent sur les femmes pour en commencer et en poursuivre l'utilisation. D'après les dernières estimations qu'a faites l'ONU du taux d'utilisation de la contraception, 58 % des couples mariés dans le monde ont recours à des contraceptifs, et parmi eux, moins d'un tiers utilisent des méthodes qui requièrent la participation de l'homme (préservatifs ou vasectomie) ou sa coopération (méthode des températures et coït interrompu) (tableau 1). Dans les régions développées, on a davantage recours aux méthodes faisant appel à une participation de l'homme (environ 50 % de l'utilisation des moyens de contraception utilisés) que dans les régions moins développées (environ 20 %). Cet écart s'explique en partie par le fait que dans les régions développées, en particulier en Europe de l'Est et du Sud, on a davantage recours à l'abstinence périodique et au retrait.

Tableau 1  
Moyennes mondiale et régionale des niveaux actuels d'utilisation de la contraception<sup>a</sup>, par type de méthode

(Pourcentage)

| Principales régions         | Méthodes axées sur la femme |        |          |                              | Méthodes axées sur l'homme |                         |              |                                             |
|-----------------------------|-----------------------------|--------|----------|------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------|---------------------------------------------|
|                             | Total                       | Pilule | Stérilet | Autres méthodes <sup>c</sup> | Stérilisation féminine     | Stérilisation masculine | Préservatifs | Méthode des températures et coït interrompu |
| Monde                       | 58                          | 8      | 13       | 3                            | 19                         | 4                       | 4            | 8                                           |
| Régions développées         | 70                          | 17     | 6        | 2                            | 9                          | 5                       | 14           | 19                                          |
| Régions moins développées   | 55                          | 6      | 14       | 2                            | 21                         | 4                       | 2            | 5                                           |
| Afrique                     | 20                          | 7      | 4        | 2                            | 2                          | 0,1                     | 1            | 4                                           |
| Asie <sup>d</sup>           | 60                          | 5      | 17       | 2                            | 24                         | 5                       | 3            | 4                                           |
| Amérique latine et Caraïbes | 66                          | 14     | 7        | 2                            | 28                         | 1                       | 4            | 9                                           |
| Océanie                     | 29                          | 5      | 1        | 6                            | 9                          | 0,2                     | 1            | 7                                           |

Source: *World contraceptive Use 1998*, wall chart (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.99.XIII.4).

<sup>a</sup> Niveau d'utilisation des contraceptifs chez les femmes mariées en âge de procréer, y compris si possible chez celles vivant en union consensuelle.

<sup>b</sup> Y compris les produits injectables, les diaphragmes et les spermicides.

<sup>c</sup> Y compris également l'abstinence sexuelle totale si elle est pratiquée à des fins contraceptives, les méthodes traditionnelles et les autres méthodes qui ne sont pas rapportées séparément.

<sup>d</sup> Excepté le Japon.

26. Face à la prévalence croissante des maladies sexuellement transmissibles, et notamment de la contamination par le VIH, les gouvernements attachent maintenant autant d'importance à la prévention de ces affections, notamment parmi les jeunes sexuellement actifs, qu'aux grossesses non désirées. Cette double préoccupation a probablement des incidences sur les choix de contraceptifs. Elle met également en évidence qu'il importe que les hommes partagent la responsabilité dans ce domaine, puisque l'usage du préservatif, seule méthode qui permet à la fois d'éviter les grossesses non désirées et de se protéger contre les maladies, suppose un partenaire masculin consentant. Mais le taux mondial d'utilisation du préservatif reste faible. Selon les estimations de l'ONU, seuls 4 % environ des couples ont recours à cette méthode – les pourcentages étant situés entre moins de 2 % dans les pays peu développés et 14 % dans les régions développées. Ces chiffres sont toutefois basés sur des enquêtes réalisées auprès des femmes mariées; ils sont donc peut-être en-deçà des taux réels d'utilisation dans la population en général.

27. On sait depuis longtemps que les hommes influencent les décisions en matière de contraception, mais c'est surtout depuis une dizaine d'années qu'on s'intéresse spécifiquement à eux en tant que partenaires essentiels pour la santé en matière de procréation et que cette prise en compte se traduit par des mesures concrètes. Alors qu'ils s'adressaient autrefois essentiellement aux femmes, les programmes de planification des naissances intègrent de plus en plus volontiers les hommes – désormais considérés comme des participants intéressés et importants – et réorientent leurs services en conséquence. Les sondages n'ont pas confirmé les a priori antérieurs sur la réticence des hommes à assumer leur part de responsabilité dans

la régulation des naissances. Les études récentes montrent également que la communication au sein du couple influe grandement sur les comportements dans le domaine de la contraception.

28. Personne ne conteste le rôle crucial joué par l'éducation dans le progrès socio-économique et le bien-être des individus. L'écart entre le niveau d'instruction des femmes et des hommes tend à entretenir et perpétuer l'inégalité entre les sexes au sein de la famille et dans la société en général. En revanche, la parité des niveaux d'instruction contribue à éroder progressivement la logique de la division stricte des rôles propres à chaque sexe dans la sphère privée et la vie en société. C'est la raison pour laquelle le Programme d'action insiste sur l'importance de l'éducation des filles. Il vise plus précisément à favoriser le maintien des fillettes et des adolescentes à l'école afin que l'écart dans la scolarisation (enseignement primaire et secondaire) soit comblé d'ici à 2005.

29. L'éducation des filles influence directement et indirectement et de multiples manières la formation de la famille et les comportements en matière de procréation. En règle générale, les jeunes filles qui font ou ont fait des études supérieures se marient et deviennent mères plus tard. Pour ce qui est du nombre d'enfants, les femmes instruites ont tendance à préférer les familles plus petites, car elles ne considèrent pas qu'elles ont un rôle exclusivement nourricier et ont plus d'ambitions pour l'éducation de leurs enfants, ce qui les dissuade d'avoir une progéniture trop nombreuse. Ainsi, dans le cas des femmes, l'éducation n'influence pas seulement le désir d'enfant, mais aussi la volonté et la possibilité de choisir le nombre d'enfants souhaités grâce à la contraception. Plusieurs études ont montré que les femmes instruites connaissaient et acceptaient mieux les méthodes contraceptives, qu'elles y avaient plus volontiers recours, et qu'elles étaient par conséquent moins exposées aux grossesses non désirées, ce qui donne à penser que l'instruction permet de faire des choix en matière de procréation. Les recherches montrent aussi que le degré d'instruction des deux partenaires du couple a une influence sur la constitution de la famille et exerce un effet cumulatif.

30. En 1996, le taux d'analphabétisme dans la population âgée de plus de 15 ans était de 16 % pour les hommes et de 29 % pour les femmes. Les statistiques de scolarisation indiquent que le niveau d'instruction dépend largement du niveau de développement social et économique et que l'inégalité de traitement des filles en matière de scolarité est plus marquée dans les régions où le niveau d'instruction moyen est peu élevé. Depuis quelques dizaines d'années, l'enseignement primaire se développe à peu près partout, sauf en Afrique subsaharienne, où le ralentissement s'est amorcé au début des années 80 sous les effets de la crise économique et de la restructuration de la dette, qui ont entraîné une augmentation des frais de scolarité pour les parents et une baisse de la qualité de l'enseignement. La sous-représentation des filles dans l'enseignement primaire est maintenant beaucoup moins marquée dans les pays en développement en général, sauf en Afrique subsaharienne, en Afrique du Nord et en Asie du Sud. La présence des filles diminue très nettement au niveau des enseignements secondaire et supérieur, mais là encore les écarts filles-garçons se sont réduits.

Tableau 2  
Taux d'analphabétisme par sexe et taux bruts de scolarisation, 1980 et 1996

|                             | Pourcentage d'adulte analphabète |    |      |    | Taux bruts de scolarisation |     |      |     |                         |    |      |     |
|-----------------------------|----------------------------------|----|------|----|-----------------------------|-----|------|-----|-------------------------|----|------|-----|
|                             |                                  |    |      |    | Enseignement primaire       |     |      |     | Enseignement secondaire |    |      |     |
|                             | 1980                             |    | 1996 |    | 1980                        |     | 1996 |     | 1980                    |    | 1996 |     |
| Grandes régions             | H                                | F  | H    | F  | H                           | F   | H    | F   | H                       | F  | H    | F   |
| Monde                       | 23                               | 38 | 16   | 29 | 103                         | 88  | 105  | 95  | 52                      | 41 | 63   | 55  |
| Régions développées         | 2                                | 5  | 1    | 2  | 101                         | 101 | 103  | 103 | 89                      | 90 | 99   | 102 |
| Régions peu développées     | 31                               | 53 | 21   | 38 | 104                         | 86  | 106  | 94  | 42                      | 28 | 55   | 45  |
| Pays les moins avancés      | 52                               | 75 | 41   | 62 | 77                          | 54  | 79   | 61  | 20                      | 9  | 23   | 15  |
| Afrique                     | 48                               | 72 | 34   | 54 | 89                          | 69  | 85   | 71  | 27                      | 16 | 36   | 30  |
| Asie                        | 28                               | 51 | 19   | 37 | 106                         | 87  | 110  | 98  | 46                      | 32 | 62   | 50  |
| Amérique latine et Caraïbes | 18                               | 23 | 12   | 15 | 106                         | 103 | 116  | 110 | 44                      | 45 | 55   | 60  |

Source : *Annuaire statistique de l'UNESCO, 1998*, Paris et Lanham (Maryland, É.-U.), Publication UNESCO et Berman Press, 1998.

1. Les gouvernements sont de plus en plus nombreux à mesurer la nécessité de mieux informer les adolescents des deux sexes sur la procréation, les maladies sexuellement transmissibles, l'infection par le VIH, les risques inhérents aux grossesses prématurées et les avantages sanitaires liés à l'usage des contraceptifs. Mais à quel âge et dans quel cadre cette formation doit-elle intervenir? Qui doit la dispenser? Les réponses sont loin d'être unanimes, même parmi les partisans les plus résolus de l'éducation sexuelle généralisée des jeunes. Dans les pays développés, où les enfants sont scolarisés jusqu'à 15, 16 ou 18 ans, il est généralement admis que l'école est l'endroit qui convient le mieux à ce type d'enseignement, les institutions pour la jeunesse venant en seconde position. Du reste, l'éducation sexuelle figure dans les programmes d'enseignement des premières années du secondaire de la plupart des pays développés. Dans certains pays, les cours de préparation à la vie familiale commencent dès les premières années de scolarité, et leur contenu est adapté en fonction du développement affectif et cognitif des enfants. En revanche, ce genre d'enseignement est rarement dispensé dans les pays en développement.

2. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement a souligné que «les gouvernements devraient veiller à l'application rigoureuse des lois sur le mariage pour garantir qu'aucun mariage ne sera célébré sans le libre et plein consentement des futurs époux. Ils devraient aussi veiller à l'application rigoureuse des lois fixant l'âge minimum du consentement au mariage et l'âge de nubilité et, si nécessaire, relever celle-ci» (par. 4.21). Dans de nombreuses régions du monde, les femmes sont mariées contre leur gré ou contraintes par leur famille d'accepter des unions dont elles ne veulent pas, tout cela au mépris de leurs droits fondamentaux. L'âge minimum du mariage est fixé par la loi pratiquement partout dans le monde. Il est le plus souvent de 18 ans pour les hommes et de 16 ans pour les femmes.

3. Reste que beaucoup de lois fixant l'âge minimum du mariage présentent l'inconvénient de placer la barre trop bas pour les femmes – et beaucoup plus bas que pour les hommes – ce qui semble impliquer que les filles ont besoin de moins de temps pour se préparer au mariage puisque leur rôle se limitera à élever les enfants et à vaquer à des tâches ménagères. La loi fixant l'âge minimum légal du mariage a été modifiée dans plus de 50 pays au cours des 20 dernières années mais, dans certaines régions, elle n'est guère appliquée. En Afrique, par exemple, alors que l'âge légal du mariage est souvent assez élevé, les unions sont en réalité bien plus précoces.

De plus, dans de nombreux pays, l'âge minimum légal du mariage requérant le consentement parental est beaucoup plus bas que celui du mariage non soumis à ce consentement.

4. Autrefois, les hommes étaient peu pris en compte dans les programmes de planification des naissances. Ils étaient même parfois systématiquement écartés, car on considérait que de toute manière ils n'étaient pas intéressés, et qu'ils étaient même hostiles aux initiatives de ce genre. Mais le Programme d'action a officiellement reconnu le rôle important qui est le leur pour la santé génésique des femmes. Il engage tous les pays à proposer aux hommes aussi bien qu'aux femmes des services de santé en matière de procréation «accessibles, d'un coût abordable, pratiques et acceptables partout les usagers». Il demande aussi que les programmes de santé en matière de reproduction cessent de considérer les hommes et les femmes isolément et qu'ils adoptent une démarche plus générale englobant les partenaires masculins et axée sur les couples. Un certain nombre de pays ont créé ces dernières années des programmes pour les hommes.

5. À l'époque où la fécondité entrait dans une phase de transition historique en Europe et en Amérique du Nord, les principales méthodes de maîtrise de la fécondité – coït interrompu, abstinence et préservatif – étaient laissées au bon vouloir des hommes. Depuis la «révolution contraceptive» des années 60 et la généralisation de la pilule, les nouveaux moyens contraceptifs fonctionnent presque tous par action sur le cycle hormonal féminin. De nombreuses femmes préfèrent sans doute recourir aux méthodes anticonceptionnelles qui leur garantissent une protection prolongée (pour des raisons de commodité ou parce qu'elles n'ont pas besoin d'en informer leur mari), mais elles deviennent du même coup tributaires de services de santé qui sont souvent mal équipés pour répondre à leurs besoins médicaux. Qui plus est, les lois ou règlements administratifs de certains pays restreignent toujours l'accès à toute une série de méthodes de régulation des naissances, et les femmes doivent même parfois obtenir la permission de leur mari ou de leurs parents pour pouvoir bénéficier des services de contraception.

6. L'inégalité de traitement est particulièrement criante en matière de stérilisation. Dans la plupart des pays, on stérilise beaucoup plus volontiers les femmes que les hommes, alors que la ligature des trompes implique une intervention chirurgicale plus risquée, plus délicate techniquement et plus coûteuse que la vasectomie. Mais la stérilisation féminine est assurément la méthode contraceptive la plus répandue dans le monde, puisqu'elle représente 30 % des cas de recours à la contraception. Depuis 1974, la tendance, dans de nombreuses régions du globe, est à l'assouplissement ou à la suppression des restrictions touchant la stérilisation volontaire. Pour éviter les abus et compte tenu de l'irréversibilité de la méthode, de nombreux États ont toutefois fixé des conditions d'âge, de parité et autres critères pour toute stérilisation volontaire. De nombreux pays imposent des restrictions aux femmes mais non aux hommes.

7. Un certain nombre de pays d'Asie de l'Est, ainsi que de l'est et du centre de l'Asie du Sud, ont une longue et solide tradition de préférence pour les garçons, préférence qui s'explique à la fois par la conviction que les fils supporteront mieux la pénibilité des travaux agricoles et qu'ils transmettront le patronyme et le lignage, par la charge que représente la nécessité de doter correctement les filles quand elles se marient, et par des valeurs culturelles profondément ancrées. Les couples qui souhaitent n'avoir qu'un ou deux enfants veulent souvent être sûrs que ce sera un garçon. Dans le cadre de la lutte contre la «sélection prénatale», le Parlement indien a voté en 1994 une loi qui réglemente les tests prénatals et dont l'objectif déclaré est d'interdire l'utilisation du diagnostic prénatal pour déterminer le sexe de l'enfant à venir, ceci afin d'éviter les féticides féminins.

## II. Santé et mortalité

8. Partout dans le monde, la mortalité a sensiblement régressé au XXe siècle. Ne serait-ce qu'au cours des 50 dernières années, l'espérance de vie mondiale à la naissance est passée de 46,5 ans au cours de la période 1950-1955 à 65,4 ans entre 1995 et 2000 (voir tableau 3). Dans les pays développés, où la longévité avait déjà considérablement augmenté avant 1950, l'espérance de vie à la naissance est passée de 66,6 à 74,9 ans depuis le début des années 50. La plupart des pays en développement n'ont toutefois commencé à voir décroître la mortalité qu'après 1950; après cette date, la transition s'est cependant accélérée. Selon les estimations, l'espérance de vie à la naissance dans les pays en développement aurait fait un bond spectaculaire de 22,4 ans, passant de 40,9 ans entre 1950 et 1955 à 63,3 ans entre 1995 et 2000. Même dans les pays les moins avancés, l'espérance de vie a augmenté de 14,9 ans, passant de 35,6 à 50,5 ans.

9. La chute de la mortalité au XXe siècle a été imputée à un ensemble de facteurs, dont la hausse des revenus, l'amélioration de la nutrition, les progrès en matière d'hygiène et d'approvisionnement en eau, la prévention des maladies et les réformes de la santé publique, qui ont permis d'améliorer les conditions de vie. Dans les régions en développement où le recul de la mortalité résulte principalement de la forte régression de la mortalité infantile et postinfantile pendant la deuxième moitié du XXe siècle, les programmes de santé publique ont eu une influence majeure. L'un des principaux agents du progrès a été l'emploi de technologies nouvelles pour la prévention et la lutte contre les maladies.

10. La réduction de la mortalité découle aussi en grande partie du rôle plus important joué par l'éducation. Il a été démontré que l'éducation, en particulier celle des femmes, influait davantage sur la mortalité infantile et postinfantile que l'action conjuguée de l'accroissement des revenus, des progrès sanitaires et de l'emploi dans le secteur moderne de l'économie. Une étude récente des causes du recul de la mortalité dans le monde attribue pour un tiers l'allongement de l'espérance de vie des hommes et des femmes entre 1960 et 1990 à l'augmentation du niveau d'instruction des femmes.

11. Bien que la plupart des facteurs à l'origine de la baisse de la mortalité au XXe siècle aient contribué à l'amélioration des conditions de vie des deux sexes, la longévité des femmes a augmenté plus vite partout dans le monde, l'espérance de vie des femmes à la naissance entre 1995 et 2000 dépassant celle des hommes dans la quasi-totalité des pays. À l'échelle mondiale, selon les estimations pour 1995-2000, l'espérance de vie des femmes à la naissance dépasse de 4,4 années celle des hommes, l'écart étant plus net dans les régions développées (7,6 ans) que dans les régions en développement (3,2 ans). Dans les pays les moins avancés, l'écart est encore plus faible, soit 1,9 an environ.

Tableau 3

**Espérance de vie à la naissance : évolution et écart entre les hommes et les femmes, dans le monde et par grande région, 1950-1955, 1975-1980 et 1995-2000**

| Région                      | Espérance de vie globale<br>(années) |           |           | Écart entre les deux sexes<br>(espérance de vie des femmes par rapport à celle des hommes) |           |           |
|-----------------------------|--------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
|                             | 1950-1955                            | 1975-1980 | 1995-2000 | 1950-1955                                                                                  | 1975-1980 | 1995-2000 |
| Monde                       | 46,5                                 | 59,7      | 65,4      | 2,7                                                                                        | 3,5       | 4,4       |
| Régions développées         | 66,6                                 | 72,1      | 74,9      | 5,0                                                                                        | 7,4       | 7,6       |
| Régions en développement    | 40,9                                 | 56,8      | 63,3      | 1,7                                                                                        | 2,0       | 3,2       |
| Pays les moins avancés      | 35,6                                 | 45,3      | 50,5      | 1,3                                                                                        | 1,8       | 1,9       |
| Afrique                     | 37,8                                 | 48,0      | 51,4      | 2,7                                                                                        | 3,2       | 2,8       |
| Asie                        | 41,3                                 | 58,5      | 66,3      | 1,4                                                                                        | 1,6       | 3,1       |
| Europe                      | 66,2                                 | 71,2      | 73,3      | 5,1                                                                                        | 7,7       | 8,2       |
| Amérique latine et Caraïbes | 51,4                                 | 63,1      | 69,2      | 3,4                                                                                        | 5,2       | 6,5       |
| Amérique du Nord            | 69,0                                 | 73,3      | 76,9      | 5,8                                                                                        | 7,8       | 6,6       |
| Océanie                     | 60,9                                 | 68,2      | 73,8      | 3,8                                                                                        | 5,6       | 4,9       |

Source : *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.99.XIII.9).

12. C'est dans les pays développés ci-après que l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes est le plus faible (inférieur à cinq ans) : Islande, Malte, Suède et ex-République yougoslave de Macédoine. Selon les estimations, les écarts les plus importants (supérieurs à 11 ans) sont enregistrés au Bélarus, en Estonie, en Lettonie, en Lituanie et dans la Fédération de Russie. Les taux de mortalité élevés et les forts écarts entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes enregistrés en Europe de l'Est sont liés au fait que la mortalité a cessé de baisser dans cette région depuis 1965 et que l'espérance de vie y est même en recul, surtout chez les hommes.

13. L'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes dans les pays développés est imputable pour l'essentiel aux différences observables en ce qui concerne la mortalité à l'âge adulte et au troisième âge, la mortalité infantile et postinfantile ayant cessé depuis longtemps d'avoir un réel impact sur les chiffres dans ces régions. Si l'on examine les écarts relatifs aux taux de mortalité par tranche d'âge au-dessus de 30 ans enregistrés pour divers pays développés, on constate que les hommes vivent beaucoup moins vieux que les femmes dans tous les pays, quel que soit le groupe d'âge auquel ils appartiennent. C'est dans les pays de l'Europe de l'Est que l'écart est le plus défavorable aux hommes. La surmortalité masculine touche principalement les individus âgés de 30 à 40 ans.

14. Les écarts entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes dans les régions en développement sont en général plus faibles que dans les pays développés, bien que certains pays en développement présentent des écarts analogues à ceux enregistrés dans ces derniers. Les plus faibles écarts observables dans les régions en développement concernent l'Asie centrale du Sud, où l'espérance de vie était légèrement plus élevée pour les hommes que pour les femmes avant 1980, mais où les femmes ont depuis lors gagné 1,1 an sur leurs homologues masculins. Les écarts les plus nets se rencontrent en Amérique du Sud et en Afrique australe où les femmes peuvent espérer vivre respectivement 6,5 et 6 ans de plus que les hommes.

15. La plupart des ouvrages sur les écarts entre la mortalité des hommes et celle des femmes dans les pays en développement s'appuient moins sur les écarts d'espérance de vie, qui peuvent être faussés par les estimations de la mortalité adulte dans des pays dont les statistiques sont insuffisantes, que sur les écarts de mortalité infantile entre les sexes – mortalité infantile et postinfantile et mortalité des moins de 5 ans, pour lesquelles on dispose de davantage de données. Dans la plupart des populations, les filles ont plus de chances de dépasser le stade de la première enfance que les garçons, du fait d'une combinaison de facteurs biologiques et génétiques (voir tableau 4). Les filles maintiennent aussi leur avantage aux stades ultérieurs, bien qu'à un certain moment au cours de la période postinfantile, entre 1 et 4 ans, ce sont les facteurs externes plutôt que biologiques qui commencent à peser le plus sur l'écart de mortalité entre filles et garçons. Dans certains pays, l'avantage que les petites filles ont sur les garçons est contrebalancé par divers facteurs, notamment les pratiques discriminatoires pouvant nuire à leur santé et menacer leur survie.

Tableau 4

**Mortalité infantile et postinfantile dans le monde et par grande région : estimations pour 1995-2000**

| Région                      | Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances) | Probabilité de décès avant 5 ans (pour 1 000 naissances) |         |        |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|--------|
|                             |                                                     | Total                                                    | Garçons | Filles |
| Total mondial               | 57                                                  | 80                                                       | 80      | 80     |
| Régions développées         | 9                                                   | 11                                                       | 13      | 10     |
| Régions en développement    | 63                                                  | 87                                                       | 87      | 88     |
| Pays les moins avancés      | 99                                                  | 156                                                      | 160     | 151    |
| Afrique                     | 87                                                  | 140                                                      | 146     | 133    |
| Asie                        | 57                                                  | 74                                                       | 71      | 77     |
| Europe                      | 12                                                  | 14                                                       | 16      | 12     |
| Amérique latine et Caraïbes | 36                                                  | 44                                                       | 49      | 39     |
| Amérique du Nord            | 7                                                   | 8                                                        | 9       | 7      |
| Océanie                     | 24                                                  | 32                                                       | 31      | 32     |

Source : *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.99.XIII.9)

16. Un étude récente effectuée par l'ONU sur les écarts de mortalité infantile et postinfantile entre les deux sexes dans les pays en développement dans les années 70 et 80, et les facteurs entrant en ligne de compte, a permis de confirmer que les garçons avaient moins de chances que les filles de dépasser le stade de la première enfance dans la majorité des pays observés. S'agissant de la mortalité postinfantile (la probabilité de décéder entre 1 et 5 ans), l'étude a révélé une surmortalité féminine qui n'était circonscrite à aucune région. En faisant la moyenne pondérée pour tous les pays, on a obtenu une surmortalité des petites filles de l'ordre de 10 %. Au niveau régional, c'est en Asie centrale du Sud et, dans une moindre mesure, en Afrique du Nord et en Asie occidentale que les petites filles avaient le plus lourd handicap. Dans toutes les autres régions, les pays qui présentaient un taux de mortalité plus élevé pour les filles que pour les garçons n'offraient pas d'écarts régionaux très nets, bien qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, les taux les plus élevés aient surtout été enregistrés en Amérique centrale, et qu'en Afrique subsaharienne, le phénomène soit le plus marqué en Afrique de l'Ouest et du Centre. Dans la plupart de ces pays, toutefois, le handicap féminin demeurait minime.

17. Les données recueillies récemment pour les années 90 montrent que même si la mortalité infantile et postinfantile a continué de baisser pour les deux sexes, la surmortalité des filles reste courante dans certains pays. Les filles continuent d'avoir un lourd handicap par rapport aux garçons en Asie centrale du Sud et, dans une moindre mesure, en Afrique du Nord et en Asie occidentale.

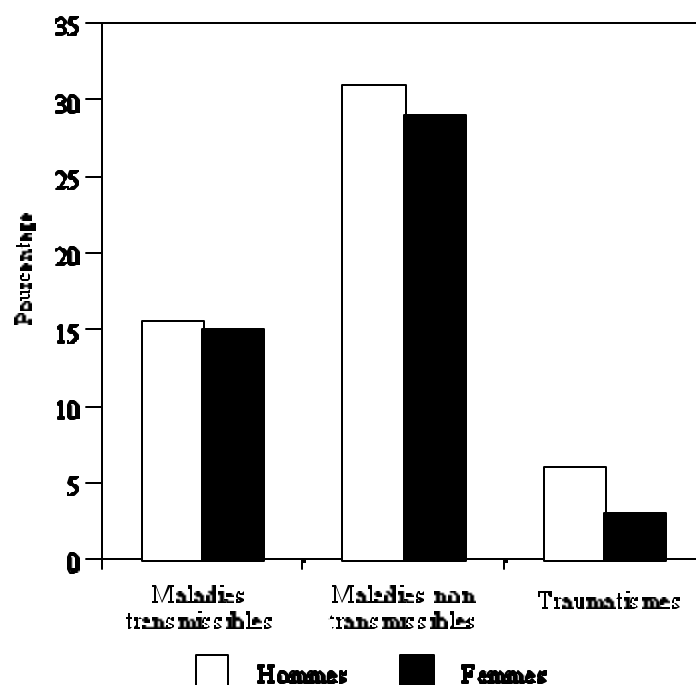
18. Cherchant à déterminer les facteurs de la surmortalité des enfants de sexe féminin, les auteurs de l'étude de l'ONU n'ont pas constaté de négligence systématique au niveau de l'alimentation des filles, même dans les pays où de toute évidence, celles-ci avaient beaucoup moins de chances de survivre. Les conclusions étaient un peu plus nuancées en ce qui concerne le recours aux services sanitaires. Dans les pays où les filles présentaient le plus lourd handicap, il y avait manifestement discrimination au niveau aussi bien des soins palliatifs que curatifs. Curieusement, rien n'a permis d'établir que le niveau d'instruction des mères puisse contribuer à rétablir légèrement l'équilibre entre les sexes grâce à une meilleure prévention et un meilleur traitement des maladies, même s'il a été prouvé que l'éducation avait un impact considérable sur la survie de l'enfant. Globalement, l'étude a montré que les facteurs à l'origine de la surmortalité des enfants de sexe féminin sont complexes et que l'on ne peut pas en déterminer avec certitude les causes exactes, d'où la nécessité de ne pas se livrer à des simplifications hâtives attribuant ce phénomène à la discrimination à l'égard des femmes.

19. Pour ce qui est des facteurs de la mortalité, les estimations mondiales de la mortalité par sexe et par grand type de causes pour 1998 (voir figure I) montrent que les maladies non transmissibles constituent de loin les causes de mortalité les plus fréquentes tous sexes confondus, étant à l'origine d'environ 59 % de l'ensemble des décès en 1998. On estime que 30 % des décès sont consécutifs à des maladies transmissibles et 11 % à des traumatismes.

20. Bien que les chiffres reproduits dans la figure I semblent indiquer que les hommes et les femmes ont les mêmes chances de mourir des suites de maladies transmissibles que de maladies non transmissibles, on constate d'importants écarts entre les deux sexes lorsque l'on analyse les causes une à une. S'agissant des maladies transmissibles, les hommes ont plus de chances que les femmes de décéder de maladies infectieuses et parasitaires. La tuberculose à elle seule provoque 49 % de décès de plus chez les hommes. Pour ce qui est des maladies non transmissibles, les maladies cardiovasculaires et les tumeurs malignes sont la cause de décès la plus importante pour les deux sexes. On estime qu'il y a 32 % de plus de cas de décès dus à des tumeurs malignes chez les hommes que chez les femmes. Ce sont les cancers du sein et de l'appareil reproducteur qui sont les plus meurtriers pour les femmes.

21. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à mourir de maladies cardiovasculaires. Cette surmortalité féminine imputable aux maladies cardiovasculaires est due au fait que chez les personnes âgées de 70 ans et plus, on compte 36 % de décès de plus chez les femmes que chez les hommes. Chez les personnes de 30 à 59 ans, deux fois plus d'hommes que de femmes meurent de maladies cardiovasculaires. On peut en déduire que les maladies cardiovasculaires sont désormais le principal facteur de mortalité chez les femmes, non pas parce que les femmes y sont plus vulnérables, mais parce qu'elles sont plus nombreuses à survivre aux âges où ce type d'affection fait le plus de victimes.

Figure I  
Mortalité par sexe et par principaux types de causes dans le monde pour 1998



Source : Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 1999 : pour un réel changement* (Genève, 1999), annexe, tableau 2.

22. Les accidents sont une cause importante de mortalité chez les hommes jeunes : ceux-ci représentaient, selon les estimations pour 1998, les deux tiers, soit 3,8 millions, des 5,8 millions de victimes d'accidents mortels. Les accidents de la route tuent plus de deux fois plus d'hommes que de femmes. Les décès par homicide ou coups et blessures sont presque quatre fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

23. Le taux de mortalité due à la plupart des maladies transmissibles est plus élevé chez les hommes que chez les femmes; même si les raisons en sont mal comprises, il semble que les différences biologiques entre les sexes, renforcées par des différences sociales, contribuent aux écarts de mortalité entre les sexes. Pour ce qui est des maladies non transmissibles et des traumatismes, un large faisceau de preuves pointe vers l'importance des facteurs comportementaux dans l'écart de morbidité et de mortalité entre les sexes. Dans les pays d'Europe de l'Est, on a incriminé le comportement à risques de la population masculine, et notamment la consommation d'alcool et l'usage du tabac. Le tabagisme est associé à des taux de mortalité considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. À l'échelle mondiale, on estime que la mortalité liée au tabac est quatre fois plus élevée dans la population masculine que dans la population féminine. Étant donné que les décès actuels reflètent une consommation passée et que le tabagisme féminin a progressé au cours des dernières années, il faut s'attendre à ce que les conséquences médicales du tabagisme affectent à terme un nombre plus élevé de femmes. Le cancer du poumon est déjà la principale cause de décès par cancer chez les femmes aux États-Unis et devient plus fréquent dans les pays où le tabagisme féminin a une longue histoire. Depuis que les femmes se sont mises à fumer, la morbidité et la mortalité liées à l'usage

du tabac menacent fortement de réduire leur avantage traditionnel sur le plan de l'espérance de vie.

24. Dans de nombreux pays en développement, les complications de la grossesse et de l'accouchement continuent de figurer parmi les principales causes de mortalité des femmes en âge de procréer. Selon des estimations récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 500 000 femmes sont mortes des suites d'une grossesse en 1998 et plus de 99 % de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou moyen. S'il semble que la mortalité maternelle ait baissé dans les pays dont le taux de mortalité général est faible, il est difficile, faute de données fiables, de mesurer les progrès réalisés dans les pays où le problème est considéré comme étant le plus grave. La cause immédiate des décès, des problèmes de santé et des complications liées à la grossesse se trouve dans l'insuffisance des soins accordés à la femme pendant la grossesse et l'accouchement. Parmi les facteurs qui contribuent à un taux élevé de mortalité figurent l'état de subordination où sont maintenues les femmes, leur mauvaise santé et une alimentation insuffisante. Le manque d'éducation et l'ignorance ou la méconnaissance des signes de complications au cours de la grossesse contribuent aussi au taux élevé de mortalité maternelle constaté dans les pays en développement.

25. Les efforts tendant à intégrer les sexes spécifiques dans les politiques de santé commencent seulement à porter leurs fruits. Même si l'on s'achemine vers une identification des domaines d'intervention prioritaire, la mobilisation des ressources permettant d'intégrer une perspective sexospécifique s'est révélée difficile dans de nombreux pays, notamment les pays en développement, où les services médicaux doivent faire face à de graves problèmes structurels et financiers et sont en pleine réforme. Les efforts tendant à intégrer une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans le secteur de la santé ont surtout porté sur la santé féminine, et il existe peu d'exemples de politiques et de programmes attentifs à la sexospécificité dans les autres domaines de ce secteur. Les interventions du type campagne antitabagisme qui visent à améliorer la santé publique et à prévenir des maladies liées au mode de vie illustrent de façon particulièrement frappante cette absence de perspective sexospécifique. Il est désormais établi que des facteurs comportementaux comme le régime alimentaire, le tabagisme et la consommation d'alcool, qui ont un effet important sur la santé des individus et des populations, sont souvent sexospécifiques. Or les campagnes antitabagisme ne tiennent pas compte du sexe, à l'exception de celles qui ciblent les femmes enceintes. De même, les campagnes de prévention de l'alcoolisme ne sont presque jamais sexospécifiques, alors même que de nombreux programmes de désintoxication sont implicitement destinés aux hommes.

26. Plus des deux tiers des gouvernements de pays en développement et la moitié des gouvernements de pays développés qui ont répondu à la huitième enquête des Nations Unies sur la population et le développement considèrent que leur taux de mortalité maternelle est beaucoup trop élevé. Tous les pays disent avoir pris des mesures pour le réduire. La plupart de ces mesures concernent les soins prénatals, l'information, l'éducation et la communication. Alors que l'accès aux soins obstétricaux essentiels est le facteur immédiat le plus déterminant dans la santé et la survie maternelle et qu'il devrait donc être au centre des interventions visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, l'information disponible sur les mesures prises par les gouvernements indique que les services d'obstétrique d'urgence ne jouissent pas du degré de priorité le plus élevé. En outre, la recherche tend à montrer que des programmes comme les programmes de formation des accoucheuses traditionnelles n'ont eu jusqu'à présent qu'un modeste impact sur la mortalité maternelle dans les pays en développement. Il apparaît de plus en plus nettement que l'efficacité des interventions visant à réduire le taux de mortalité maternelle dépend d'un renforcement général du système médico-hospitalier.

27. Le Programme d'action lance un appel à l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes, y compris la violence familiale et les mutilations de l'appareil génital féminin. La plupart des pays n'ont commencé que récemment à mettre au point des programmes

de détection et de prévention de la violence familiale. Il est cependant une région, l'Amérique latine, où la situation a beaucoup évolué récemment dans ce domaine. Ainsi, entre 1995 et 1997, les sept pays d'Amérique centrale ont adopté des lois contre la violence familiale. Un certain nombre d'autres pays (Argentine, Brésil, Nicaragua et Pérou) ont mis en place des services de police spécialisés dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la prévention de la violence familiale. Des interventions tendant à améliorer la détection de ce type de violence en ciblant des groupes vulnérables comme les adolescents ou en faisant appel à des critères de risque ont été tentées en milieu scolaire et sanitaire, mais il est encore trop tôt pour en évaluer l'efficacité. Dans les grandes villes, des services téléphoniques ont été mis en place par les pouvoirs publics ou par des organisations non gouvernementales pour encourager les victimes de la violence familiale à chercher de l'aide. Un certain nombre d'organisations non gouvernementales ont également ouvert des refuges et mobilisé des fonds pour offrir une aide économique à court terme aux femmes victimes de violences. Sur le plan des soins, un certain nombre de pays en développement et de pays développés ont adopté des normes et protocoles d'intervention biomédicale et psychologique en faveur des victimes de violences familiales et de sévices sexuels. L'initiative des «One Stop Centres» lancée par la Malaisie en milieu hospitalier se distingue à cet égard par son approche originale et respectueuse du traitement de la violence familiale.

28. Le ferme consensus qui s'est dégagé contre les mutilations de l'appareil génital féminin lors de récentes conférences internationales a inspiré plusieurs initiatives nationales et internationales visant à mettre fin à ces pratiques. Un certain nombre d'États d'Afrique ont adopté des lois interdisant ou réprimant la pratique des mutilations de l'appareil génital féminin : Ghana (1994), Burkina Faso (1996) et Côte d'Ivoire (1998). En 1997, le plus haut tribunal administratif égyptien a cassé le jugement rendu par un tribunal inférieur contre un décret promulgué par le Gouvernement en 1996 qui interdisait au personnel médico-hospitalier de procéder à des mutilations de l'appareil génital féminin. Dans leur approche de la question, la plupart des pays ont préféré recourir à d'autres moyens que la criminalisation, en menant par exemple des campagnes d'information soulignant les risques médicaux associés à ces pratiques. Les rituels de substitution inoffensifs qui ont été conduits par des organisations non gouvernementales agissant en partenariat avec des chefs coutumiers dans quatre districts du Kenya et dans la région de Kapchorwa en Ouganda constituent un exemple particulièrement original d'une approche fondée sur la communication. Plusieurs pays accueillant une population immigrée africaine – Australie, Canada, Danemark, France, Norvège et Pays-Bas ainsi que huit États des États-Unis d'Amérique – ont adopté des lois contre les mutilations de l'appareil génital féminin et fait savoir clairement que ces pratiques constituaient une infraction pénale.

*Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/sida)*

29. À la fin de 1999, on estimait à 33,6 millions le nombre de personnes porteuses du VIH (voir tableau 5). En 1999 seulement, quelque 6,6 millions de personnes ont été contaminées par le virus du sida. Plus de 95 % des personnes infectées vivent dans les pays en développement. Quatre-vingt-quinze pour cent des décès imputables au sida surviennent aussi dans ces pays, et concernent très largement de jeunes adultes arrivés à l'âge où ils devraient être le mieux à même de participer au processus de production et de procréation. La pandémie de sida a déjà fait plus de 16 millions de morts.

Tableau 5  
Statistiques et caractéristiques de l'épidémie de VIH/sida par région, décembre 1999

| Région                              | Début de l'épidémie           | Adultes et enfants vivant avec le VIH/sida | Nouveaux cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants | Taux de prévalence chez les adultes <sup>a</sup> (en pourcentage) | Pourcentage de femmes parmi les adultes séropositifs | Principaux modes de transmission chez les adultes vivant avec le VIH/sida |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Afrique subsaharienne               | Fin années 70-début années 80 | 3 300 000                                  | 3 800 000                                                      | 8,0                                                               | 55                                                   | Hétéro                                                                    |
| Afrique du Nord et Asie occidentale | Fin années 80                 | 220 000                                    | 19 000                                                         | 0,13                                                              | 20                                                   | ID, Hétéro                                                                |
| Asie du Sud et du Sud-Est           | Fin années 80                 | 6 000 000                                  | 1 300 000                                                      | 0,69                                                              | 30                                                   | Hétéro                                                                    |
| Asie de l'Est et Pacifique          | Fin années 80                 | 530 000                                    | 120 000                                                        | 0,068                                                             | 15                                                   | Hétéro, ID, Homo                                                          |
| Amérique latine                     | Fin années 70-début années 80 | 1 300 000                                  | 150 000                                                        | 0,57                                                              | 20                                                   | Homo, ID, Hétéro                                                          |
| Caraïbes                            | Fin années 70-début années 80 | 360 000                                    | 57 000                                                         | 1,96                                                              | 35                                                   | Hétéro, Homo                                                              |
| Europe de l'Est et Asie centrale    | Début années 90               | 360 000                                    | 95 000                                                         | 0,14                                                              | 20                                                   | ID, Homo                                                                  |
| Europe occidentale                  | Fin années 70-début années 80 | 520 000                                    | 30 000                                                         | 0,25                                                              | 20                                                   | Homo, ID                                                                  |
| Amérique du Nord                    | Fin années 70-début années 80 | 920 000                                    | 44 000                                                         | 0,56                                                              | 20                                                   | Homo, ID, Hétéro                                                          |
| Australie et Nouvelle-Zélande       | Fin années 70-début années 80 | 12 000                                     | 500                                                            | 0,10                                                              | 10                                                   | Homo, ID                                                                  |
| <b>Total</b>                        |                               | <b>33 600 000</b>                          | <b>5 600 000</b>                                               | <b>1,10</b>                                                       | <b>46</b>                                            |                                                                           |

Source : Programme commun des Nations Unies sur le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/sida) (ONUSIDA/Organisation mondiale de la santé), *Le point sur l'épidémie de sida : décembre 1999* (Genève, décembre 1999).

<sup>a</sup> Proportion d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/sida en 1999, d'après les statistiques démographiques de 1998.

Note : Hétéro : transmission hétérosexuelle; homo : transmission entre hommes homosexuels; ID : transmission par injection de drogues.

1. À la fin de 1999, les hommes représentaient 54 % des personnes de plus de 15 ans vivant avec le VIH/sida. Cependant, l'une des tendances les plus troublantes de l'évolution de l'épidémie de VIH/sida réside dans le tribut de plus en plus lourd qu'elle prélève sur les femmes et les jeunes filles. En Afrique, la majorité des séropositifs adultes sont des femmes. Dans certains des pays les plus durement touchés, les cas de séropositivité sont 16 fois plus nombreux chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes. Aucun signe ne laisse prévoir que cette tendance pourrait s'améliorer.

2. Les raisons pour lesquelles, en Afrique, le taux de prévalence de la séropositivité est plus élevé chez les femmes que chez les hommes ne sont pas entièrement claires. Plusieurs facteurs interviennent, y compris le fait que lors des relations sexuelles, le VIH se transmet plus facilement de l'homme à la femme que de la femme à l'homme. Le rôle de la différence d'âge entre les hommes et les femmes dans l'infection par le VIH est certainement un facteur primordial. Pour des raisons tant biologiques que culturelles, les femmes tendent à être contaminées à un âge beaucoup plus précoce que les hommes. Selon des études récentes portant sur plusieurs populations africaines, les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans sont environ cinq ou six fois plus susceptibles d'être séropositives que les garçons de leur âge. Le taux de contamination des

hommes finit bien par rattraper celui des femmes, mais pas avant que les hommes n'aient atteint la fin de la vingtaine ou le début de la trentaine. De toute évidence, l'infection des adolescentes par le VIH est surtout imputable à des hommes plus âgés qu'elles qui leur imposent des rapports sexuels par la force ou achètent leurs faveurs en leur faisant des cadeaux.

3. Des jeunes femmes qui se trouvent dans un rapport de dépendance sociale ou économique à l'égard de leur partenaire masculin, qui craignent une réaction violente de sa part et qui ne sont guère en position de négocier trouveront très difficile de se refuser à des rapports sexuels non protégés. Diverses croyances et mythes locaux encouragent des hommes d'âge adulte et sexuellement plus actifs à chercher des partenaires sexuelles plus jeunes, ce qui explique le taux d'incidence plus élevé des maladies sexuellement transmissibles et des infections à VIH chez les jeunes filles que chez les garçons de leur âge. En outre, dans certains pays, les femmes entrent dans la vie sexuelle active à un âge plus précoce et alors qu'elles ne sont guère conscientes des risques d'infection à VIH et de maladies sexuellement transmissibles.

4. Les rapports d'inégalité entre les sexes qui empêchent les jeunes femmes de se protéger convenablement contre les infections à VIH sont profondément ancrés dans des conditions économiques qui font de beaucoup de femmes un objet de discrimination dès leur naissance. Les femmes ont généralement un niveau d'instruction inférieur à celui de leurs partenaires masculins, des perspectives économiques limitées, guère d'accès aux moyens de production et un accès restreint à l'information concernant la santé sexuelle et en matière de reproduction. La vulnérabilité biologique des femmes au VIH est aggravée par ces inégalités et injustices sexospécifiques.

5. Les femmes paient un tribut proportionnellement plus lourd que les hommes au VIH/sida. Quand un membre de la famille tombe malade et qu'il en résulte un surcroît de travail à la maison, à l'atelier ou à la ferme, ce sont les filles que l'on retire en premier de l'école et qui, de ce fait, se trouvent particulièrement exposées à avoir échangé des services sexuels contre de l'argent ou d'autres contreparties. En leur qualité de principales dispensatrices de soins, les femmes doivent de plus en plus souvent prendre en charge les enfants de leur famille élargie rendus orphelins par le sida, quand elles ne doivent pas elles-mêmes prendre la tête de leur foyer et faire face à des contraintes nées de disparités socioéconomiques plus importantes. La sécurité alimentaire des foyers est de plus en plus menacée dans les communautés agricoles lorsque les femmes qui jouent un rôle clef dans l'agriculture de subsistance tombent malades. Par ailleurs, lorsque des femmes pauvres tombent malades, elles ont moins accès aux soins de santé que les hommes. À moins que, comme c'est souvent le cas, elles ne préfèrent ne pas se faire soigner par crainte de la réprobation sociale, de la discrimination et d'une réaction de rejet de la part de leur famille.

6. L'exoderural motivé par la recherche de travail continue d'être un facteur de propagation du VIH. Loin de leur épouse et de leur famille, les hommes cherchent d'autres partenaires sexuelles, souvent près de leur lieu de travail, mettant ainsi en danger non seulement leur santé mais également celle de leurs nouvelles partenaires. Lorsqu'ils retournent chez eux à la campagne et y reprennent des rapports sexuels, ils augmentent les risques de transmission à leur épouse et à leur communauté du VIH qu'ils ont pu rapporter de la ville.

7. Dans les pays en développement, les femmes et les adolescents qui entrent dans les secteurs productifs de l'économie (industrie manufacturière, tourisme, etc.), soit parce qu'ils sont le principal soutien de la famille, soit pour augmenter le revenu familial, franchissent une étape importante vers une indépendance économique accrue, mais ce changement est également synonyme d'épreuves nouvelles. Il se forme très souvent de nouveaux réseaux sexuels dont sont absents les dispositifs de sécurité et d'aide que constituent les familles et les communautés villageoises, d'où une vulnérabilité plus grande aux MST et à l'infection à VIH.

8. Dans les pays où le taux de prévalence est élevé, l'épidémie de sida a contrarié les mesures de développement. Dans ceux où l'épidémie touche l'ensemble de la population, l'espérance de vie est raccourcie de 10 à 20 ans, selon les estimations. L'absence d'amélioration en ce qui concerne la mortalité infantile, du fait de la transmission périnatale, sera vraisemblablement l'un des facteurs de dégradation de la situation dans les pays en question. En 1999, 1 nouveau cas d'infection sur 10 était dû à la transmission du virus par la mère.

9. L'épidémie aura sans nul doute des conséquences sur l'infrastructure des systèmes de santé, déjà très sollicités et dont les ressources sont limitées. L'accroissement des dépenses de santé publique consacrées au traitement du sida, particulièrement en Afrique, devrait être de l'ordre de 35 à 65 %. La qualité des soins dispensés en Afrique souffrira en outre gravement de la perte de personnel qualifié et d'autres dispensateurs de soins.

10. La multiplication du nombre d'orphelins est l'un des aspects les plus attristants de l'épidémie. À la fin de l'année 1999, 11,2 millions d'enfants de moins de 15 ans étaient orphelins du sida et 95 % d'entre eux vivaient en Afrique subsaharienne. La famille élargie, déjà éprouvée par l'urbanisation et la migration économique, est incapable de jouer son rôle traditionnel de mécanisme de prise en charge. Dans beaucoup de pays de la région, les services d'aide sociale n'auront sans doute pas les moyens d'accueillir cette multitude d'orphelins.

11. Un triple objectif a été fixé pour la prévention et le traitement des MST et du VIH/sida : l'intégration des services qui s'occupent des personnes contaminées dans les services de santé primaire et communautaire déjà en place; la mise au point de technologies nouvelles; et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes dans les relations sexuelles et familiales. L'intégration des services a été encouragée en tant que moyen de supprimer les obstacles sexospécifiques qui existent en matière de traitement des MST et du VIH/sida et pour que les services de soins soient accessibles à davantage de malades, en particulier aux femmes célibataires et aux adolescentes sexuellement actives. Dans les pays en développement, ces services ne sont proposés que dans les quelques dispensaires prénatals qui constituent le réseau national de surveillance du VIH. Dans plusieurs pays, les associations nationales de planification familiale ont déployé des efforts appréciables à l'appui des mesures prises par les gouvernements.

12. Il existe en outre des technologies nouvelles auxquelles les femmes peuvent recourir pour se protéger. Le préservatif féminin est désormais commercialisé dans plus de 30 pays, et de plus en plus apprécié parce qu'il permet aux femmes non seulement d'exercer un contrôle personnel durant l'acte sexuel mais encore de mieux se protéger des MST et du VIH/sida. Au cours des cinq dernières années, le nombre de produits microbicides testés a considérablement augmenté, mais les essais pratiques de microbicides intravaginaux ont été quelque peu décevants.

13. Une majorité de pays a lancé des campagnes d'information et de promotion de l'égalité entre les sexes dans le cadre des relations sexuelles et familiales et un certain nombre d'entre eux a tenté d'associer des programmes de formation visant à améliorer la qualité des relations entre partenaires à des campagnes de promotion et de distribution de préservatifs. La transmission de l'information par les membres d'une même tranche d'âge est par ailleurs un moyen efficace de toucher certains groupes d'hommes et de femmes. En outre, quelques initiatives ont été prises pour aller au-delà des activités de prévention traditionnelles et s'attaquer directement aux origines économiques de la vulnérabilité des femmes.

### III. Vieillesse et sexospécificités

14. Le vieillissement de la population, sur le plan purement démographique, ne touche pas indifféremment les deux sexes. L'évolution de la pyramide des âges lorsque la population vieillit

modifie l'équilibre entre les sexes dans l'ensemble de la population. Le monde compte actuellement 334 millions de femmes et 271 millions d'hommes âgés de 60 ans ou plus, soit 1,2 femme pour un homme dans cette tranche d'âge (voir tableau 6). Ce ratio passe de 1,1 pour 1 dans la tranche d'âge des 60 à 69 ans à 1,8 pour 1 dans la tranche d'âge des plus de 80 ans, à 2,9 pour 1 dans la tranche d'âge des plus de 90 ans et à 4 pour 1 dans la tranche d'âge des centenaires. La proportion plus forte de femmes dans la tranche des âges avancés contraste avec les tendances qui caractérisent les tranches d'âge plus jeunes, où les hommes sont majoritaires. Ce phénomène s'explique par le fait que, s'il naît plus de garçons que de filles (105 garçons pour 100 filles en moyenne), les taux de mortalité étant supérieurs chez les hommes (à quelques exceptions près), les femmes deviennent majoritaires dans les tranches d'âge avancées. À l'échelle de l'ensemble de la population mondiale âgée de plus de 54 ans, la proportion de femmes est plus forte que celle des hommes.

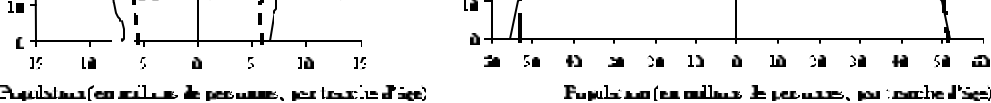
Tableau 6  
**Population mondiale âgée de 60 ans ou plus, par sexe, et proportion d'hommes et de femmes âgés (2000 et 2050)**  
(En millions de personnes)

| Tranche d'âge   | 2000   |        |                       | 2050    |        |                       |
|-----------------|--------|--------|-----------------------|---------|--------|-----------------------|
|                 | Femmes | Hommes | Rapport femmes/hommes | Femmes  | Hommes | Rapport femmes/hommes |
| 60 ans ou plus  | 334,3  | 270,9  | 1,2                   | 1 063,3 | 906,5  | 1,2                   |
| 60-69 ans       | 176,6  | 161,8  | 1,1                   | 482,1   | 467,2  | 1,0                   |
| 70-79 ans       | 112,2  | 85,1   | 1,3                   | 351,1   | 299,1  | 1,2                   |
| 80-89 ans       | 39,5   | 22,0   | 1,8                   | 187,6   | 123,7  | 1,5                   |
| 90-99 ans       | 5,9    | 2,0    | 2,9                   | 40,7    | 16,2   | 2,5                   |
| 100 ans ou plus | 0,12   | 0,03   | 4,0                   | 1,85    | 0,34   | 5,4                   |

Source : *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. II, *Sex and Age* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.99.XIII.8).

15. La prépondérance des femmes âgées est moins évidente dans les régions peu développées que dans les régions qui le sont davantage, ce qui reflète les disparités plus grandes entre les taux de mortalité par sexe dans ces dernières (voir figure II). Ces différences devraient s'estomper légèrement dans la plupart des tranches d'âge plus élevées, bien que les prévisions indiquent que le nombre de femmes âgées sera toujours supérieur à celui des hommes en 2050. Le nombre absolu de femmes entrant dans la population âgée dépassera également celui des hommes : entre 2000 et 2050, 729 millions de femmes devraient venir grossir les rangs de la population féminine, et 636 millions d'hommes ceux de la population masculine. S'il est évident que l'augmentation des chances d'atteindre un âge avancé tient au recul de la mortalité dans les groupes d'âge les plus jeunes, on a constaté au cours des récentes décennies, un recul sensible de la mortalité parmi la population âgée, y compris parmi les vieillards les plus âgés, tendance dont les femmes ont bénéficié davantage que les hommes.

Figure II  
**Composition de la population par âge et par sexe dans les régions développées et les régions moins développées (2000 et 2050)**



Source : *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. II, *Sex and Age* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.99.XIII.8).

16. Les initiatives qui visaient à étudier l'état de santé des hommes et des femmes âgés ont été compromises par le manque de données fiables et comparables au niveau international. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette situation, par exemple la difficulté à déterminer l'état de santé des personnes âgées, le fait qu'elles soient exclues des études médicales à grande échelle, la multiplicité des états pathologiques caractéristiques de la vieillesse et l'existence de foyers d'«âgisme». La santé des personnes âgées et les soins de santé qui leur sont dispensés, sont étudiés selon une approche qui prend en compte le cycle de vie. Cette approche fait aussi valoir les liens entre la santé au cours de la vieillesse et la santé tout au long de la vie, en s'intéressant même à la période d'existence intra-utérine, et se fonde sur l'idée implicite que, en particulier dans les pays où les inégalités entre les sexes sont très fortes, l'état de santé des femmes âgées résulte de la discrimination à laquelle celles-ci se heurtent lorsqu'elles sont plus jeunes, en ayant moins facilement accès que les hommes aux soins de santé et à une nutrition et à une éducation satisfaisantes.

17. La situation matrimoniale est un élément déterminant en termes de santé et de longévité, pour différentes raisons. Le fait que les taux de mortalité soient plus faibles parmi les personnes mariées que parmi celles qui ne le sont pas peut tenir à la sélection (ceux qui se marient sont en meilleure santé), à la protection (ils mènent une existence plus saine) ou à la plus grande sécurité financière associées au mariage. Les femmes âgées non mariées, surtout dans les pays où les mécanismes d'aide officiels sont encore à l'état embryonnaire, sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que celles qui sont mariées, et par conséquent plus vulnérables.

18. Les personnes âgées mariées sont beaucoup plus souvent des hommes que des femmes : alors que plus de trois quarts des hommes âgés (79 %) sont actuellement mariés, moins de la moitié (43 %) des femmes âgées le sont. Il apparaît que le développement socioéconomique ne modifie pas la proportion de personnes âgées mariées et non mariées et que les pourcentages de personnes âgées mariées sont quasiment identiques dans les régions développées et dans celles qui le sont moins. La grande disparité entre les sexes dans ce domaine s'explique par l'espérance de vie plus longue des femmes et par le fait que les femmes sont, en moyenne, plus jeunes que leurs maris. De plus, les femmes âgées se remarient moins fréquemment que les hommes âgés après un divorce ou un veuvage. Le nombre de veuves augmente rapidement dans la plupart des régions.

19. Durant la vieillesse, ce sont essentiellement les femmes qui vivent seules. Dans les États membres de l'Union européenne, 15 % des hommes âgés vivent seuls, contre 39 % des femmes âgées. Le pourcentage de personnes âgées vivant seules dans les pays en développement est beaucoup plus faible que dans les pays développés, en raison de la persistance d'une piété

filiale fortement ancrée dans la tradition qui fait que les personnes âgées habitent souvent avec leurs enfants. Le grand nombre de personnes âgées vivant seules dans les pays développés peut aussi témoigner, dans une certaine mesure, de ce que ces personnes privilégient leur vie privée et leur indépendance, et en ont les moyens économiques.

20. La prestation des soins devient l'une des questions les plus importantes concernant la situation des personnes âgées. La plupart des pays, en particulier ceux dont les systèmes d'assistance officiels laissent à désirer, comptent presque exclusivement sur la famille élargie, c'est-à-dire, en général, sur les femmes, pour dispenser ces soins. Ces femmes sont tiraillées entre l'éducation des enfants, les soins aux parents âgés et, dans de nombreux cas, leurs activités sur le marché du travail. Dans les pays où il existe des structures d'aide officielles, la substitution progressive de la famille à l'aide publique alourdit les responsabilités des personnes qui dispensent les soins. Le fait que les femmes des pays développés exerçant un emploi puissent être les dispensatrices de soins au même titre que celles qui ne travaillent pas dissipe le mythe selon lequel les femmes ne peuvent concilier travail à l'extérieur et soins à la famille. Le pourcentage de personnes âgées vivant dans des institutions, à quelque moment que ce soit, est relativement faible (environ 5 % du nombre total de personnes âgées dans les pays développés), mais 25 à 30 % de personnes âgées finissent leur existence dans ces institutions, dont la population est constituée d'une grande majorité de femmes, plus susceptibles de vivre jusqu'à un âge avancé et de ne pas être mariées, et de vieillards.

21. On sous-estime souvent le pourcentage, certes réduit mais néanmoins non négligeable, de personnes âgées qui pourvoient aux besoins financiers, physiques et matériels de leurs enfants et de leurs petits-enfants. Dans plusieurs pays, les petits-enfants sont souvent confiés à la garde de leurs grands-parents, généralement leurs grands-mères. Par ailleurs, le nombre d'enfants vivant sous le même toit que leurs grands-parents a augmenté, notamment à cause du VIH/sida, des divorces, des grossesses des adolescentes, de la toxicomanie et de la migration des parents. À la fin de 1999, sur les 11,2 millions d'enfants dont les parents sont morts du sida dans le monde, 95 % vivaient en Afrique subsaharienne où les grands-parents subvenaient aux besoins d'une grande partie d'entre eux.

22. La proportion d'hommes âgés présents dans la population active est susceptible d'être plus élevée que celle des femmes. En 1995, cette proportion s'établissait au niveau mondial à 42 %, contre 16 % pour les femmes. De fait, de très nombreuses personnes âgées ne cessent de travailler que lorsque les infirmités les y contraignent. On a constaté une participation soutenue à l'activité économique, même à des âges avancés, en Afrique et en Asie. En réalité, on sous-estime la contribution des femmes âgées parce que les définitions de l'activité économique omettent bien des tâches dévolues aux femmes. Exclues du système éducatif et dépourvues de qualifications professionnelles, les femmes âgées sont surtout présentes dans le secteur informel de nombreux pays en développement, travaillent dans des exploitations agricoles familiales ou non, ou occupent des emplois rémunérés à la pièce. Le taux d'activité plus réduit des femmes âgées s'explique aussi par des départs à la retraite plus précoces dans les régions développées. Les personnes âgées sont aussi moins représentées dans la vie active, d'une part parce que dans les régions développées l'âge moyen de la retraite s'est abaissé tant pour les hommes que pour les femmes et d'autre part parce que les femmes profitent plus longtemps de leur retraite.

23. Pour de nombreuses personnes âgées, la pauvreté est l'une des menaces les plus redoutées, surtout dans les régions les moins avancées. Les programmes visant à améliorer la situation des personnes âgées en général et plus précisément celle des femmes devraient porter sur la garantie d'un revenu, la sécurité alimentaire et les services de santé. Toutefois, en l'absence d'un régime de retraite national, il risque d'être difficile d'appliquer de tels programmes. En Afrique subsaharienne, la Namibie et l'Afrique du Sud sont les seuls pays à s'être dotés d'un régime de retraite très complet.

24. Les gains obtenus par les femmes au cours de leur vie sont généralement très inférieurs à ceux des hommes. Cette situation s'explique par le fait qu'elles travaillent moins longtemps et de manière plus irrégulière, occupent des emplois à temps partiel, sont moins bien rémunérées que les hommes, perçoivent de plus petites retraites et sont employées dans le secteur informel. En outre, dans de nombreux pays, elles ont un statut social inférieur et jouissent de droits de propriété et de succession moins favorables, ce qui ne peut que compromettre la sécurité de leurs vieux jours. Lorsque les prestations de retraite sont calculées sur la base de celles du mari, la situation économique des femmes qui ne travaillent pas se détériore en cas de veuvage dans la mesure où elles ne perçoivent plus qu'une pension de réversion, voire rien du tout. Toutefois, la disparité de revenus entre hommes et femmes retraités est maintenant moins marquée.

25. Après la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, de nombreux pays ont infléchi leur politique en faveur des personnes âgées en adoptant une démarche à la fois plus ambitieuse et soucieuse d'équité entre les sexes. Certains, tels que l'Afrique du Sud, l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Ghana, le Malawi, la République de Corée, la République dominicaine et la Suède se sont particulièrement distingués en la matière. La célébration de l'Année internationale des personnes âgées en 1999 a donné un nouvel élan au souci d'instaurer une égalité entre les sexes dans les programmes nationaux en faveur des personnes âgées.

26. Dans certains pays développés, les gouvernements ont pris des mesures visant à protéger les travailleurs les plus âgés soit en imposant aux entreprises des pénalités afin de les dissuader de licencier les employés les plus âgés soit en leur versant des primes lorsqu'elles embauchent des personnes de plus d'un certain âge. Le Gouvernement autrichien a lancé des programmes visant à créer des emplois pour les femmes ou à protéger les emplois existants, et élabore des mesures de nature à aider les femmes à se réinsérer dans la vie active après une interruption de carrière ou une période de chômage. Il réorganise également les régimes de retraite en prenant davantage en compte les particularités du parcours professionnel des femmes de sorte qu'elles bénéficient de prestations mieux adaptées. Dans certains pays, l'essor du bénévolat entre également en ligne de compte dans les nouvelles politiques en faveur des personnes âgées. Si l'on considère l'âge du départ à la retraite, on constate que les hommes peuvent bénéficier d'une retraite à taux plein à partir de 65 ans dans plus de la moitié des pays alors que les femmes prennent généralement leur retraite entre 55 et 59 ans. Les gouvernements tendent maintenant à relever l'âge du départ à la retraite des femmes pour le rapprocher de celui des hommes, voire pour éliminer toute différence.

27. Certains pays ont récemment pris des mesures pour préserver, renforcer et simplifier les mécanismes de maintien du revenu et veiller à ce qu'ils demeurent abordables. Le Canada a introduit de nouvelles prestations à l'intention des personnes âgées et réformé son régime des pensions. Les réformes s'adressent aux personnes âgées à revenus faibles ou intermédiaires et comportent des dispositions spéciales qui tiennent compte du rôle qu'exercent les femmes en tant que mères de famille, de leur espérance de vie plus longue et des particularités de leur parcours professionnel. Le Gouvernement australien a pris plusieurs mesures visant à estomper les éventuelles inégalités dans les allocations et prestations de retraite associées à des modes de travail irréguliers. Une pension est également versée aux femmes qui sont devenues veuves, ont divorcé ou se sont séparées de leur conjoint passé l'âge de 50 ans.

28. Certains pays en développement adoptent également une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans les programmes en faveur des personnes âgées. Faciliter l'accès des femmes à la formation, leur permettre d'obtenir des prêts, abolir les lois coutumières discriminatoires et donner aux femmes les moyens de participer davantage à la vie des petites et moyennes entreprises sont autant de mesures prises par les gouvernements pour éliminer les disparités économiques entre les hommes et les femmes et autonomiser les femmes âgées. Dans plusieurs

pays, des programmes visant à améliorer la situation économique des personnes âgées ont été lancés avec leur concours.

29. L'inégalité d'accès aux services de santé, notamment de santé primaire, a d'énormes conséquences sur l'état de santé des personnes âgées. Les femmes sont plus souvent atteintes de maladies chroniques et d'infirmités que les hommes qui sont pour leur part généralement victimes d'affections aiguës. Or les programmes de santé sont conçus pour répondre à des besoins aigus et ignorent généralement les besoins des femmes âgées pour qui les soins à domicile représentent une meilleure solution que l'hospitalisation. De nombreux pays développés s'efforcent d'éviter l'hospitalisation en fournissant aux hommes et aux femmes souffrant de maladies chroniques des services d'assistance à domicile. Alarmés par le fort taux de mortalité des hommes âgés et d'âge mur, les pays en transition ont récemment introduit des programmes incitant la population, et plus précisément la population masculine, à adopter des modes de vie sains.

30. De nombreux gouvernements s'orientent vers une plus grande participation de la communautés'agissant de la santé des personnes âgées et des services sociaux. HelpAge India s'emploie à apprendre aux enfants et aux jeunes à s'occuper des personnes âgées. Des mesures similaires ont été prises par des pays aussi différents que la Colombie, le Kenya et Sri Lanka. Certains pays encouragent les personnes âgées à devenir les principaux artisans de leur santé.

31. Les pays développés tendent de plus en plus à faire passer au second plan les services organisés et structurés pour mettre en avant le rôle joué par la famille en matière de soins, ce qui impose un fardeau supplémentaire aux membres de la famille, les femmes le plus souvent, qui assument cette responsabilité. En Allemagne, la famille est considérée comme la principale source d'aide et les individus ne peuvent prétendre à une assistance de l'État que lorsque cette solution a échoué. La responsabilité familiale est d'ailleurs définie dans la législation. En Autriche, la priorité est donnée au renforcement et à l'extension de la solidarité entre les générations. L'État prend à sa charge la part patronale des cotisations de retraite (soit environ la moitié des cotisations à verser) des personnes qui ont abandonné leur travail pour s'occuper des membres de leur famille âgés ou handicapés. D'autres pays développés ont opté pour un système de rémunération ou des régimes d'assurance-santé en faveur des personnes dispensatrices de soins. Les gouvernements s'efforcent de faire en sorte que la charge de travail que représentent les soins des personnes âgées soit équitablement partagée entre les hommes et les femmes et de mieux concilier les impératifs familiaux et professionnels.

32. Dans les pays en développement, la famille élargie se charge traditionnellement des personnes âgées. Or la marche vers la modernisation et l'industrialisation réduit progressivement la place que les personnes âgées occupaient auparavant dans les sociétés. De même, l'urbanisation distend les réseaux d'entraide dont bénéficiaient habituellement les aînés. Les conséquences ne se font pas sentir de manière identique pour les hommes et les femmes, phénomène auquel les chercheurs et les décideurs ne se sont pas suffisamment intéressés. Les pays en développement commencent tout juste à prêter attention aux difficultés auxquelles se heurtent les réseaux d'entraide traditionnels. Dans plusieurs pays, tels que la Chine, les Philippines et Singapour, la législation prévoit des mesures de solidarité familiale.

33. Dans l'annexe de la résolution 47/5 du 16 octobre 1992, l'Assemblée générale a proclamé 1999 Année internationale des personnes âgées. Quatre axes ont été retenus autour du thème «Une société pour tous les âges» : la situation des personnes âgées, l'épanouissement de l'individu tout au long de sa vie, les rapports entre générations et l'interaction entre le développement et le vieillissement des populations. Instaurer une société pour tous les âges passe par l'adoption de politiques et de programmes qui soient propices à l'épanouissement de l'individu tout au long de sa vie et à l'édification d'une société fondée sur la réciprocité, la solidarité et l'égalité. Pour que cet axe de réflexion porte ses fruits, il importe tout particulière-

ment d'intégrer une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans tous les programmes et politiques. Partant, pendant les phases de conception, d'application, de suivi et d'évaluation des politiques et des programmes, il convient de tenir compte de l'expérience et des préoccupations des personnes âgées des deux sexes afin qu'hommes et femmes en bénéficient également. Donner aux jeunes femmes les moyens de devenir autonomes est l'une des méthodes les plus efficaces pour assurer leur avenir une fois la vieillesse venue. À une époque où de nombreux gouvernements encouragent de plus en plus les individus à ne compter que sur eux-mêmes pour s'assurer un revenu et prendre en charge les membres de leur famille, il importe que les politiques respectent les principes d'égalité et d'équité dans le domaine des soins dispensés et du maintien du revenu.

#### IV. Migrations intérieures

34. Les facteurs démographiques, économiques, sociaux ou liés au cycle de vie influent sur les migrations tant au niveau de l'individu qu'au niveau des ménages. Au cours des dernières décennies, les progrès des transports et des communications ont accru les migrations intérieures. Le manque de données limite considérablement les possibilités d'analyse par sexe de ces migrations : en effet, peu de pays recueillent et publient des données ventilées par sexe relatives aux migrations intérieures dans le cadre de leurs recensements de population, et ils sont encore moins nombreux à les publier par âge, niveau d'instruction, situation matrimoniale ou situation vis-à-vis de l'emploi. En outre, seules des enquêtes par sondage permettent de recueillir les données détaillées requises pour évaluer les déterminants ou les conséquences des migrations et rares sont les enquêtes convenablement réalisées sur les migrations intérieures.

35. Parmi les données les plus récentes, à savoir les données issues des recensements de la série 1990, on ne dispose de données prenant en considération le sexe des migrants que pour 13 pays en développement. En Afrique et en Asie, les femmes représentent moins de la moitié des migrants intérieurs dans sept des huit pays pour lesquels on dispose de données, tandis qu'en Amérique latine, elles sont majoritaires dans quatre des cinq pays pour lesquels on dispose de données. Le pourcentage des femmes migrantes varie peu entre ces 13 pays, puisqu'il va de 43 à 56 %, bien que les facteurs culturels et économiques qui ont une incidence sur les migrations différenciées par sexe varient considérablement d'un pays à l'autre.

36. Les données relatives aux flux migratoires ventilées selon le lieu d'origine et le lieu de destination (zone urbaine ou zone rurale) sont encore plus rares; il faut se reporter à des sources de données antérieures, notamment les recensements des séries 1970 et 1980. Mais alors, même ces sources ne fournissent des données que sur un pays d'Afrique (et aucun pays de l'Afrique subsaharienne), six pays d'Asie et deux pays d'Amérique latine. En Égypte, le total des flux migratoires est pratiquement également réparti entre les deux sexes mais les hommes sont légèrement plus nombreux dans les flux campagnes-villes et les femmes dans les flux moins importants entre zones rurales. En Asie, le total des flux en Inde met en évidence une prédominance de femmes qui constituent 79 % des migrations entre zones rurales, lesquelles représentent le flux le plus important du fait de la coutume des migrations par mariage. Les hommes prédominent en revanche dans les trois autres courants moins importants. Il est surprenant qu'au Pakistan voisin, les femmes ne soient pas majoritaires dans les flux entre zones rurales. En Thaïlande, aux Philippines et dans toute l'Amérique latine, on compte une majorité de migrants vers les zones rurales et de migrantes vers les zones urbaines. En Malaisie et en République de Corée, les flux migratoires se répartissent presque à égalité entre hommes et femmes.

37. Le fait qu'un plus grand nombre de femmes rejoignent les rangs de la population active en Amérique latine et dans certains pays de l'Asie de l'Est et du Sud-Est est la conséquence directe de l'intensification de la migration des femmes vers les zones urbaines, qui va de pair avec l'urbanisation croissante. On peut en déduire que, dans ces pays et dans d'autres pays où le niveau d'instruction des femmes et leur taux d'activité se rapprochent de ceux des hommes, les flux migratoires seront à l'avenir constitués en majorité de femmes émigrant vers les zones urbaines.

38. Des données indiquant les raisons invoquées pour justifier la migration ont pu être obtenues lors de recensements et d'enquêtes auprès des ménages pour cinq pays d'Afrique, huit pays d'Asie et cinq pays d'Amérique latine, bien que les bases des sondages soient parfois très étroites, puisqu'elles se limitent à une seule ville. Dans les cinq pays d'Afrique pour lesquels on dispose de données, les hommes invoquent beaucoup plus souvent que les femmes des raisons économiques. En outre, les hommes sont plus nombreux à migrer pour aller étudier tandis que la majorité des femmes migrent pour des raisons familiales. C'est seulement au Ghana que de nombreuses femmes migrent manifestement pour des raisons économiques. Les différences sont moins nettes dans les autres régions. Les huit pays d'Asie peuvent être divisés en groupes distincts selon le pourcentage de femmes invoquant des raisons économiques : les pays où ce pourcentage est pratiquement nul (Inde et Pakistan), les pays où il est faible (Malaisie et République de Corée) et les pays où il représente entre un tiers et la moitié (Bangladesh, Népal, Indonésie, Thaïlande). Pour ce dernier pays, les résultats d'une série de vastes enquêtes menées auprès de ceux qui ont migré à Bangkok montrent que le pourcentage d'hommes – et encore plus de femmes – migrant pour des raisons économiques a augmenté au fil des ans. Enfin, en Amérique latine, les écarts entre les deux sexes sont plus réduits que dans les autres régions, ce qui s'explique aussi par le nombre considérable de gens qui migrent pour aller étudier. Les motifs économiques dominent pour les deux sexes.

39. Dans tous les pays pour lesquels on dispose de données, les migrants ont un niveau d'instruction supérieur à celui des migrantes, les écarts étant les plus marqués en Asie et les plus réduits en Amérique latine. De même, les données relatives aux migrants (avant leur migration) et aux non-migrants des mêmes zones d'émigration révèlent une migration sélective, c'est-à-dire que, dans les zones d'origine, les migrants ont un niveau d'instruction plus élevé que les non-migrants, ce qui laisse supposer que le niveau d'instruction a une influence sur la décision de migrer.

40. Alors qu'il existe une abondante documentation sur les déterminants des migrations, rares sont les études qui différencient les deux sexes. Une exception est une étude qui s'appuie sur les résultats de la deuxième enquête détaillée de 1988 menée en Malaisie sur la vie de famille, et qui a permis d'établir que l'éducation avait un rapport avec la décision de migrer pour les deux sexes, mais que le fait d'être jeune et célibataire n'avait d'importance que pour les femmes. Par ailleurs, la composition des ménages jouait un rôle, de même que le fait de posséder des terres, qui était un frein à l'émigration aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Dans le cadre d'une recherche théorique et pratique plus récente, on a entrepris d'étudier l'incidence de la région ou des conditions dans lesquelles les gens vivent sur leur décision de migrer. Des études effectuées en Équateur et en Thaïlande montrent que le fait d'être marié n'a aucune incidence pour les jeunes gens mais freine l'émigration des jeunes femmes (en Équateur seulement), que le fait de vivre dans une famille nombreuse favorise l'émigration des deux sexes et que l'existence de bonnes possibilités d'emplois freine l'émigration des jeunes gens mais non celle des jeunes femmes.

41. Pour ce qui est des conséquences des migrations, les études devraient comparer la situation des migrants à celle des non-migrants de même niveau qui sont restés dans leurs lieux d'origine. Cette comparaison n'a pas encore été faite, en partie parce qu'elle se traduirait

obligatoirement par un accroissement du coût de la collecte de données, étant donné qu'il faudrait mener des enquêtes dans les lieux d'origine et de destination des migrants. En revanche, on compare couramment les migrants avec les non-migrants dans les lieux de destination, qui sont essentiellement des zones urbaines, ce qui donne des indications sur la façon dont les migrants s'adaptent par rapport aux habitants de la région et non sur les conséquences des migrations. Les données disponibles vont toutes dans ce sens, comparant souvent les conditions économiques des migrants et des non-migrants. Une fois de plus, les publications ou études portant sur les recensements fournissent rarement les données par sexe nécessaires. Les données relatives aux taux d'activité pour cinq pays montrent que, sans exception, dans le cas des migrants et des non-migrants, les taux d'activité sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes et qu'ils sont plus élevés chez les migrants que chez les non-migrants. Cela confirme l'idée que les migrants ont un «seuil de salaire» plus bas, c'est-à-dire qu'ils travaillent pour des salaires moins élevés, puisque c'est précisément pour travailler que la plupart des gens migrent.

42. Il est difficile de trouver des données comparables sur la manière dont les hommes et femmes migrants sont répartis suivant la catégorie professionnelle et le secteur économique de l'emploi. Des études fondées sur des enquêtes menées au Brésil et au Mexique montrent que les migrants ont plus de chances que les migrantes d'être employés dans des catégories professionnelles élevées (c'est dans les services ménagers et les activités textiles que les femmes sont les plus nombreuses). Toutefois, on constate, pour les deux sexes, une diversification et une amélioration importantes sur le plan professionnel après la migration. Des données relatives au Népal et à la République de Corée font apparaître des écarts similaires entre les hommes et les femmes et sembleraient indiquer que les hommes tirent plus d'avantages de la migration que les femmes. En outre, les résultats d'études portant sur les niveaux des salaires des migrants (à Mexico, à Bangkok et à Shanghai) donnent à penser que l'écart important existant entre les salaires des deux sexes n'est pas réduit par les migrations et qu'il se creuse même chez les migrants. Il y a lieu de mener des études plus approfondies sur cette importante question.

## V. Migrations internationales

43. Sur le plan mondial, les femmes sont presque aussi nombreuses que les hommes dans la population de migrants internationaux. Le pourcentage de femmes dans la population totale de migrants est demeuré presque constant (48 % environ) de 1965 à 1990 (tableau 7). Le nombre total des migrants de sexe masculin est passé de 40 millions (soit 2,4 % de la population masculine mondiale) à 63 millions (2,4 % de la population masculine mondiale) entre 1965 et 1990; le nombre total des migrantes a de son côté augmenté dans une mesure comparable, passant de 35 millions (2,1 % de la population féminine mondiale) à 57 millions (2,2 % de la population féminine mondiale), au cours de la même période.

Tableau 7

**Nombre estimatif des migrants de chaque sexe et pourcentage de femmes dans le total des migrants, dans le monde et par grande région, 1965 et 1990**

| Région              | Nombre de migrants<br>(en millions) |      |        |      | Pourcentage de femmes dans<br>le total des migrants |      |
|---------------------|-------------------------------------|------|--------|------|-----------------------------------------------------|------|
|                     | Hommes                              |      | Femmes |      | 1965                                                | 1990 |
|                     | 1965                                | 1990 | 1965   | 1990 |                                                     |      |
| Total mondial       | 40,2                                | 62,6 | 35,0   | 57,1 | 47                                                  | 48   |
| Régions développées | 15,7                                | 27,2 | 14,7   | 27,1 | 48                                                  | 50   |

|                             | Nombre de migrants<br>(en millions) |      |      |      |    |    |
|-----------------------------|-------------------------------------|------|------|------|----|----|
| Régions peu développées     | 24,5                                | 35,4 | 20,3 | 30,1 | 45 | 46 |
| Afrique                     | 4,6                                 | 8,4  | 3,4  | 7,2  | 42 | 46 |
| Asie                        | 16,9                                | 23,5 | 14,5 | 19,5 | 46 | 45 |
| Amérique latine et Caraïbes | 3,2                                 | 3,9  | 2,7  | 3,6  | 45 | 48 |
| Amérique du Nord            | 6,5                                 | 11,7 | 6,2  | 12,2 | 49 | 51 |
| Europe et ex-URSS           | 7,6                                 | 12,8 | 7,1  | 12,3 | 48 | 49 |
| Océanie                     | 1,4                                 | 2,4  | 1,1  | 2,3  | 45 | 49 |

Source : *Trends in Total Migrant Stock*, Revision 4 (POP/IB/DB/96/1/Rev.4), base de données tenues à jour par la Division de la population, Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU.

44. Dans les régions développées, les deux sexes représentaient un pourcentage presque égal de la population de migrants entre 1965 et 1990. Par contre, dans les régions les moins avancées, les femmes sont restées moins nombreuses, représentant environ 45 à 46 % du total entre 1965 et 1990. C'est dans les pays en transition, à l'exception de l'ex-Union des Républiques socialistes soviétiques (URSS), que le pourcentage de femmes était le plus élevé, à savoir 55 % de la population totale à partir de 1975. Le nombre de migrantes était également un peu plus élevé que celui des migrants en Amérique du Nord, où elles représentaient 51 % des quelque 24 millions de personnes nées à l'étranger et vivant dans la région.

45. En revanche, les migrants sont plus nombreux que les migrantes en Asie de l'Ouest, où, en 1990, elles ne représentaient que 40 % du total des migrants. En Afrique subsaharienne, les migrants sont majoritaires depuis 1965, encore que le pourcentage de migrantes ait sensiblement augmenté, passant de 41 % en 1960 à 47 % en 1990, par suite d'un accroissement plus rapide de la population féminine de migrants. Dans toutes les autres régions, les migrants sont partout plus nombreux que les migrantes, les écarts étant toutefois généralement réduits : en 1990, les femmes représentaient entre 45 et 50 %.

46. Les données relatives aux flux migratoires depuis les années 90 montrent que, dans de nombreux pays d'Europe, le nombre de migrantes va croissant. De même, en Asie, si les flux des travailleuses migrantes n'égale pas encore ceux de leurs homologues masculins, la proportion de femmes dans la main-d'œuvre intérimaire migrante progresse visiblement. De plus en plus, les femmes migrent en tant qu'acteurs économiques propres plutôt qu'en tant que membre de la famille d'un migrant.

47. Depuis quelques décennies, les flux de migrants à la recherche d'emplois à l'étranger ont considérablement augmenté. D'après des estimations récentes, on comptait dans le monde, autour des années 95, un total de 36 à 42 millions d'étrangers économiquement actifs, les personnes à leur charge résidant avec eux portant ce chiffre de 44 à 45 millions.

48. En nombre croissant, les femmes émigrent de leur propre initiative pour rechercher un emploi à l'étranger. Les travailleuses contractuelles occupent souvent des emplois au bas de l'échelle qui n'offrent que très peu de mobilité socioéconomique dans les sociétés d'accueil. Les migrantes asiatiques en particulier occupent surtout des emplois dans les services domestiques, les loisirs, la restauration, l'hôtellerie et la vente ou dispensent des soins infirmiers. Les migrantes originaires d'Amérique latine et des Caraïbes sont souvent employées comme personnel de maison. Il existe aussi un nombre assez important de femmes qui exercent dans le tertiaire à l'étranger. Elles sont originaires non seulement des principaux pays exportateurs de main-d'œuvre mais aussi de pays économiquement prospères tels que le Japon, la Malaisie ou Singapour. Dans le monde entier, la mondialisation de l'économie et du commerce international ont favorisé les mouvements d'une main-d'œuvre hautement qualifiée constituée

de gestionnaires, de consultants, de fonctionnaires des organisations internationales et de diplomates. De plus en plus instruites et qualifiées, les femmes participeront sans doute dans une mesure croissante à cette migration.

49. On a maintes fois décrit la vulnérabilité des travailleuses migrantes dans les pays d'accueil. Le service domestique, que les migrantes choisissent généralement dans le monde entier, est l'un des emplois les plus exposés. Très souvent, les employées de maison travaillent de longues heures et dans des conditions pénibles pour des salaires et des avantages limités. En outre, les plaintes pour harcèlement sexuel de la part des employeurs sont monnaie courante. Souvent associée au crime organisé, la traite des femmes (et des enfants) à des fins d'exploitation sexuelle est l'objet d'une préoccupation croissante à l'échelle mondiale.

50. D'autre part, d'après les constatations faites dans les pays d'accueil développés, les migrantes accèdent plus difficilement au marché du travail que les migrants. Le pays hôte impose en effet des restrictions à l'emploi – notamment pour les migrants ayant un statut de personnes à charge – ce qui est le cas de nombreuses femmes.

51. Les contraintes et les désavantages dont souffrent les migrantes n'excluent pas toute possibilité de tirer parti de leur expérience sur le marché du travail des pays d'accueil. La migration peut en effet favoriser l'émancipation des femmes en leur ouvrant de nouvelles perspectives et en leur permettant de gagner leur propre revenu. Toutefois, le consensus ne se fait toujours pas sur la question de savoir si la migration améliore ou compromet la situation des femmes par rapport à celle des hommes.

52. S'il arrive qu'une famille entière s'expatrie en même temps, c'est plus souvent un seul membre qui se déplace pour être rejoint plus tard par le reste de la famille. Ce sont généralement les hommes qui s'expatrient les premiers, étant le principal soutien économique de la famille et aussi ceux qui sont le plus susceptibles de trouver un emploi dans le pays d'accueil. Les femmes, par contre, sont généralement moins mobiles, dans la mesure où il leur revient d'assumer la garde de la famille. Assez souvent aussi, les restrictions culturelles des pays d'origine empêchent les femmes d'émigrer de leur propre chef. De ce fait, elles sont davantage susceptibles d'émigrer comme personnes à charge que comme migrantes autonomes.

53. Aux États-Unis – pays qui accueille le plus grand nombre d'immigrants au monde – les femmes ont constitué 53 % des 4,3 millions de migrants admis entre 1992 et 1996. Cinquante-sept pour cent des immigrants ont été admis en qualité de personnes à charge, le nombre des femmes dépassant celui des hommes et atteignant 57 % du total de cette catégorie.

54. Le nombre des femmes dépasse également celui des hommes dans les migrations familiales à destination des pays d'Europe occidentale. Dans les années 50 et 60, ces pays avaient accueilli des travailleurs étrangers – essentiellement des hommes seuls – pour pallier un manque de main-d'œuvre. À la suite de la récession économique provoquée par la crise pétrolière de 1973, les gouvernements des pays européens précédemment importateurs de main-d'œuvre ont adopté des mesures visant à faciliter le retour des migrants dans leurs pays d'origine et à favoriser le regroupement familial pour ceux qui décidaient de rester. De ce fait, la présence des femmes au sein des populations étrangères s'est lentement renforcée durant les années 70 et une bonne partie des années 80. Bien que le principe général du regroupement familial ait été proclamé par l'Union européenne, son application à l'échelon national a été assorti de conditions de plus en plus contraignantes, ce qui a entraîné assez souvent, une diminution du nombre de personnes admises dans les pays de l'Union au titre du regroupement familial.

55. La formulation de programmes d'assistance aux réfugiés exige des données statistiques précises, lesquelles sont rarement disponibles pour des personnes contraintes de quitter leur pays et donc en quête de protection. Hormis les problèmes conceptuels que pose la définition

d'un réfugié, des obstacles pratiques gênent le dénombrement des personnes en déplacement forcé. La compilation systématique de données classées par sexe est une initiative récente.

56. À la fin de 1998, 79 pays avaient pu fournir des informations. Les chiffres de la répartition par sexe sont connus pour quelque 4,2 millions de réfugiés auxquels le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) a prêté assistance. Ceux-ci ne représentent toutefois que 37 % de la population mondiale des réfugiés estimée à 11,5 millions de personnes à la fin de 1998. En raison de la pénurie de données classées par sexe, les observations faites sur les mouvements de réfugiés – hommes et femmes – ne sont donc que provisoires. D'après les données disponibles, la répartition entre hommes et femmes au sein des populations de réfugiés serait presque égale. Dans la plupart des pays d'asile, les femmes représenteraient entre 45 et 55 % du total des réfugiés.

57. À l'échelon régional, le nombre d'hommes et de femmes réfugiés est presque égal dans les deux régions qui accueillent le plus grand nombre de réfugiés, à savoir l'Afrique et l'Asie. En Europe, où elles constituent 53 % de la population totale des réfugiés, les femmes dépassent légèrement en nombre les hommes. En revanche, les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes parmi la population de réfugiés en Amérique latine et dans les Caraïbes et en Océanie (53 et 55 % respectivement).

58. Si les déplacements forcés touchent à la fois les hommes et les femmes, chaque groupe a des besoins différents de protection et d'assistance. Les femmes déplacées sont généralement plus exposées aux difficultés, les situations d'urgence ne faisant qu'aggraver leurs désavantages traditionnels vis-à-vis des hommes. Durant les déplacements et dans les camps de réfugiés, les atteintes à la sécurité physique sont l'un des problèmes les plus graves auxquels elles doivent faire face. En outre, il peut arriver qu'elles reçoivent moins de nourriture lors des distributions. La quasi-absence de services de soins de santé primaires et de santé en matière de reproduction mettent également en péril leur santé.

59. La plupart des politiques et des dispositions relatives aux migrations ne sont pas sexospécifiques. Les données disponibles montrent cependant qu'en raison de la spécificité de leurs rôles et de leur statut, les femmes et les hommes ressentent différemment les effets des dispositions en vigueur. Les rares mesures sexospécifiques qui existent régissent des situations où la vulnérabilité des femmes constitue un risque pour leur sécurité. Visant essentiellement à protéger les femmes contre la violence et l'exploitation sexuelles, ces mesures ont été mises en place au cours des 10 dernières années et concernent principalement les réfugiés et les migrants en situation irrégulière.

60. En ce qui concerne les migrations de main-d'œuvre, les politiques d'accueil actuelles ne comportent pas d'éléments de discrimination nette contre les hommes ou contre les femmes. Toutefois, dans la mesure où le statut octroyé à un immigrant à son arrivée dans un pays lui confère des droits correspondants, les femmes ont vu leur situation influencée par le fait qu'elles émigrent en plus grand nombre dans le cadre du regroupement familial. Dans de nombreux pays importateurs de main-d'œuvre, les permis de résidence des conjoints et des enfants sont liés à celui du travailleur, mais l'autorisation de résider ne confère pas automatiquement le droit d'exercer un emploi. Les règlements sexospécifiques régissant l'émigration sont rares dans les pays exportateurs de main-d'œuvre d'Afrique et d'Amérique latine. Par contre, plusieurs pays asiatiques, préoccupés par l'exploitation de leurs ressortissantes à l'étranger et par la pénurie de main-d'œuvre féminine dans certaines professions à l'échelon national, ont imposé des restrictions à l'émigration des travailleuses. La mise en application des restrictions varie considérablement d'un pays à l'autre, et il existe souvent des clauses d'exception. D'autres facteurs limitent l'efficacité de ces restrictions. Les services sociaux et les mesures de protection constituent des éléments relativement nouveaux dans un environnement international favorable à l'exportation de la main-d'œuvre.

61. Au cours des 15 dernières années, les questions relatives à l'appartenance sexuelle des réfugiés ont suscité un intérêt croissant aux échelons national et international. Tout d'abord, la persécution liée au sexe a été reconnue comme pouvant justifier l'octroi du statut de réfugié, notamment par l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la Suisse. L'Australie, le Canada et les États-Unis ont adopté des directives pour évaluer les demandes d'asile faisant intervenir la question de l'appartenance sexuelle. Les directives relatives aux *Revendicatrices du statut de réfugié craignant d'être persécutées en raison de leur sexe*, adoptées par le Canada en 1993, dressent la liste des persécutions que subissent les femmes et qui peuvent prendre essentiellement cinq formes : un traitement pénible ou inhumain en raison de la transgression de normes sociales; la violence sexuelle; les mutilations génitales féminines et l'excision; la limitation obligatoire des naissances; et la violence familiale.

62. Deuxièmement, les besoins particuliers des réfugiées et leur vulnérabilité aux violences sexuelles et physiques ont donné lieu à l'élaboration d'un certain nombre de mesures et de programmes. Durant les années 90, le HCR a publié des lignes directrices pour la protection des femmes réfugiées<sup>17</sup> et pour la prévention et le traitement de la violence à l'égard des femmes réfugiées<sup>18</sup>. Il propose également des moyens économiques et une formation aux réfugiées de longue date et à celles qui regagnent leurs foyers. La protection contre les violences sexospécifiques se heurte à des obstacles. La plupart des actes de persécution sexospécifiques s'inscrivent dans le cadre familial dont on croit souvent qu'il échappe à la sphère du droit international. La dénonciation et la description de certaines formes de persécution sexospécifiques, lors des entretiens de demande d'asile, peuvent être humiliantes et difficiles, et la justification des allégations peut s'avérer plus difficile dans ces cas que pour d'autres situations de réfugiés.

63. Dans le domaine de la migration irrégulière, le trafic est l'objet d'une préoccupation grandissante à l'échelon politique. Bien que l'on ne dispose pas d'éléments permettant d'affirmer que les femmes sont les principales victimes du trafic, pour le monde politique et médiatique elles constituent un groupe particulièrement vulnérable. Dans les années 90, les gouvernements ont commencé à mettre en place une législation criminalisant le trafic et sanctionnant l'immigration, le transport, l'hébergement et l'emploi illégaux, ainsi que la falsification des documents et l'exploitation par le biais de la violence sexuelle. La plupart des pays du Nord, d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord et un nombre croissant de pays d'Amérique centrale et d'Europe de l'Est ont adopté une législation sur ces questions. Si, au départ, la législation s'employait à sanctionner et à expulser le migrant plutôt qu'à condamner l'auteur du délit, certains pays ont supprimé, au cours des cinq dernières années, les sanctions infligées aux victimes du trafic, notamment les femmes. Un certain nombre de pays ont élaboré des mesures qui encouragent les femmes à témoigner contre les trafiquants. Les Pays-Bas ont été le premier pays à mettre en place un permis de résidence temporaire pour les femmes victimes de trafic. Des programmes de protection de témoins ont été institués en Belgique et sont en cours d'étude aux États-Unis.

## VI. Conclusions

64. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement reconnaît le lien fondamental qui existe entre la population, l'égalité des sexes et le développement. Le chapitre IV du Programme d'action, par exemple, est consacré à la question de l'égalité des sexes et de la promotion des femmes. Par ailleurs, les problèmes de parité figurent en bonne place dans tout le Programme d'action. Ils ont également été au centre des discussions de la vingt-et-unième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à l'examen et à l'évaluation d'ensemble de l'application du Programme d'action. Les principales mesures à

prendre pour poursuivre la mise en oeuvre du Programme d'action, adoptées lors de la session extraordinaire, ont réaffirmé qu'il importait d'adopter une perspective soucieuse d'équité dans la formulation des politiques et la mise en oeuvre des programmes.

65. Le monde a connu des transformations démographiques majeures au cours de la deuxième moitié du XXe siècle. Ces changements ne sont toutefois pas intervenus de façon uniforme dans tous les pays et ils n'ont pas été vécus de la même façon par les hommes et les femmes. Malgré des améliorations remarquables sur le plan de la santé et du bien-être des hommes et des femmes en général, on voit les effets manifestes de l'appartenance sexuelle et les liens entre les inégalités dans différents domaines et tout au long de la vie. Devant cette situation irréfutable, les gouvernements accordent davantage d'attention aux incidences des politiques et des programmes sur l'égalité des sexes et ont commencé à aborder des problèmes pressants, comme le montrent les recommandations du Programme d'action et les principales mesures adoptées par l'Assemblée générale afin de poursuivre l'application du Programme d'action.

66. La mortalité par exemple a, de façon générale, baissé plus rapidement pour les femmes que pour les hommes, de sorte que les femmes ont une espérance de vie plus longue, encore que dans certains pays, la survie des filles soit encore inférieure à celle des garçons. Bien que les femmes aient toujours une espérance de vie supérieure à celle des hommes dans le monde entier, l'habitude du tabac, de plus en plus répandue chez les femmes, accroît le taux de mortalité et menace donc leur espérance de vie.

67. Les différences entre les sexes jouent également un rôle important dans la progression de l'épidémie du sida. Les femmes courent davantage de risques que les hommes de contracter la maladie et en gèrent moins bien les conséquences au niveau de la famille et de la communauté. L'incidence du sida a partiellement grignoté, dans les pays les plus touchés par l'épidémie, l'espérance de vie plus longue des femmes.

68. Par ailleurs, les femmes consacrent de moins en moins de temps à avoir des enfants et à les élever et cette baisse de la fécondité a facilité leur participation au monde du travail. L'amélioration du niveau d'instruction des femmes, en particulier, explique en grande partie la baisse de la fécondité et de la mortalité. Elle semble liée au fait que les femmes fondent une famille plus tardivement. La baisse de la fécondité s'accompagne souvent d'un plus grand investissement dans l'éducation des enfants. Toutefois, bien que l'éducation ait été reconnue unanimement au niveau international comme un droit fondamental, catalyseur du développement et facteur essentiel du bien-être de la famille et de l'amélioration de la santé, la scolarisation reste encore parfois difficile d'accès et des problèmes d'inégalité entre les sexes subsistent. Des progrès importants ont toutefois été réalisés dans la voie d'une scolarisation universelle au niveau du primaire et les écarts entre filles et garçons dans les effectifs scolaires se sont atténués.

69. Le vieillissement de la population et l'évolution vers une pyramide des âges plus vieille du fait de la baisse de la fécondité et de la mortalité ont modifié l'équilibre numérique entre les hommes et les femmes. Au-delà de 60 ans, par exemple, on compte actuellement 1,2 femme pour un homme, alors qu'au-delà de 80 ans, il y a quasiment deux fois plus de femmes que d'hommes.

70. Les démographes sont ceux des spécialistes des sciences sociales qui ont toujours analysé séparément les données relatives aux hommes et aux femmes. La ventilation par sexe des données a servi à identifier la position relative et le rôle des hommes et des femmes dans les processus sociaux et démographiques, dans les différents pays et dans le temps. Toutefois, les recherches qui envisagent le rôle des sexes et leurs rapports comme facteurs déterminants en même temps que conséquences des processus démographiques sont encore limitées. Les chercheurs ont également beaucoup de mal à mesurer le niveau d'égalité entre les sexes. Il existe par exemple peu d'indicateurs qui soient universellement applicables dans différents contextes.

71. L'accent mis sur les problèmes de parité lors de la Conférence internationale sur la population et le développement a stimulé une recherche novatrice dans ce domaine. Les spécialistes accordent une attention accrue aux problèmes de parité dans la collecte et l'analyse des données démographiques, sociales et économiques. Ce regain d'attention a mis en évidence les enseignements qu'on peut tirer d'une perspective soucieuse d'équité entre les sexes et il devrait permettre de mieux comprendre les liens particulièrement importants entre la population, l'égalité des sexes et le développement.

#### Notes

- <sup>1</sup> Résolution 11 (II) du Conseil économique et social en date du 21 juin 1946.
- <sup>2</sup> Résolution 3 (III) du Conseil économique et social en date du 3 octobre 1946.
- <sup>3</sup> Résolution 217 A (III) de l'Assemblée générale en date du 10 décembre 1948.
- <sup>4</sup> Résolution 2263 (XXII) de l'Assemblée générale en date du 7 novembre 1967.
- <sup>5</sup> *Acte final de la Conférence internationale des droits de l'homme, Téhéran, 22 avril-13 mai 1968* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.68.XIV.2), chap. II.
- <sup>6</sup> Résolution 34/180 de l'Assemblée générale, annexe.
- <sup>7</sup> *Rapport de la Conférence mondiale chargée d'examiner et d'évaluer les résultats de la Décennie des Nations Unies pour la femme : égalité, développement et paix, Nairobi, 15-26 juillet 1985* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.85.IV.10), chap. I, sect. A).
- <sup>8</sup> *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.96.IV.13), chap. I, résolution 1, annexe II.
- <sup>9</sup> *Rapport de la Conférence mondiale des Nations Unies sur la population, Bucarest, 19-30 août 1974* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.75.XIII.3), chap. I.
- <sup>10</sup> Ibid., sect. B.
- <sup>11</sup> Ibid., sect. C.1 c).
- <sup>12</sup> *Rapport de la Conférence internationale sur la population, Mexico, 6-14 août 1984* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.84.XIII.16), chap. I, sect. B.III.B.
- <sup>13</sup> Ibid., sect. B.III.D.3.
- <sup>14</sup> *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe.
- <sup>15</sup> Résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe.
- <sup>16</sup> Lignes directrices du HCR sur la prévention et la réponse à l'égard de la violence sexuelle contre les femmes réfugiées (Genève 1995).
- <sup>17</sup> HCR, *Lignes directrices pour la protection des femmes réfugiées*.
- <sup>18</sup> HCR, *La violence sexuelle contre les réfugiés : les principes directeurs d'action et de prévention*.