



Conseil économique et social

Distr. générale
12 janvier 2004
Français
Original: anglais

Commission de la population et du développement

Trente-septième session

22-26 mars 2004

Point 3 de l'ordre du jour provisoire*

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

Examen et évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement a recommandé que l'Assemblée générale examine régulièrement l'exécution du Programme. Dans sa résolution 49/128 du 19 décembre 1994, l'Assemblée a désigné la Commission de la population et du développement comme organe chargé du suivi, de l'examen et de l'évaluation de la mise en oeuvre du Programme d'action. Le rapport du Secrétaire général sur le premier examen et évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme a été présenté à la Commission en 1999 (E/CN.9/1999/PC/2). Dans sa décision 2003/229 du 21 juillet 2003, le Conseil économique et social a approuvé l'établissement d'un rapport sur la deuxième opération quinquennale d'examen et d'évaluation, à soumettre à la trente-septième session de la Commission, en 2004. Conformément à cette décision, le présent rapport décrit les conclusions de la deuxième étude et évaluation quinquennale des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action.

* E/CN.9/2004/1.



Le présent rapport se compose d'une introduction et de sept sections. Les deux premières sections donnent un aperçu des niveaux de population et des tendances démographiques ainsi que de l'accroissement, de la structure et de la répartition de la population à l'échelle mondiale et dans les grandes régions géographiques. Les quatre sections suivantes sont consacrées à des groupes de questions : droits et santé en matière de procréation, santé et mortalité, migrations internationales et programmes concernant la population. La dernière section présente les principales conclusions du rapport. Toutes les sections traitent explicitement et implicitement de trois facteurs interdépendants qui ont des incidences sur l'application de toutes les recommandations contenues dans le Programme d'action, à savoir la disponibilité des ressources financières et humaines, les capacités institutionnelles et les partenariats entre les gouvernements, la communauté internationale, les organisations non gouvernementales et la société civile. L'application intégrale du Programme exige une action concertée sur ces trois fronts.

La conclusion générale qui se dégage du présent rapport est que des progrès considérables ont été réalisés dans la décennie qui a suivi l'adoption du Programme d'action. L'explosion démographique touche à sa fin, les couples ont une meilleure maîtrise de leur fécondité en termes de nombre d'enfants et d'espacement des naissances, la mortalité diminue dans la plupart des pays, de nombreux pays prennent les mesures requises pour affronter le VIH/sida et les autres causes de surmortalité, et les gouvernements agissent pour répondre aux préoccupations liées aux migrations internationales.

Les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Programme d'action durant les 10 dernières années ont certes été importants, mais ils ont été inégaux et parfois insuffisants. Ils n'ont pas été universels et, si les tendances actuelles se confirment, de nombreux pays risquent de ne pas atteindre les objectifs du Programme d'action. La réalisation des buts et objectifs convenus nécessite un engagement soutenu et des efforts constants afin de mobiliser des ressources humaines et financières suffisantes, de renforcer les capacités institutionnelles et d'encourager les partenariats entre les gouvernements, la communauté internationale, les organisations non gouvernementales et la société civile. Si tous les efforts vont dans ce sens, le prochain examen et évaluation devrait faire apparaître des progrès plus importants dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
Introduction	1–3	4
I. Niveaux de population et tendances démographiques	4–14	4
II. Accroissement, structure et répartition de la population	15–33	9
III. Droits et santé en matière de procréation	34–51	15
IV. Santé et mortalité	52–68	20
V. Migrations internationales	69–87	25
VI. Programmes de population	88–106	30
VII. Conclusions	107–112	35
Tableaux		
1. Répartition de la population mondiale par région, 1994, 2004 et 2015, et variations annuelles moyennes (en pourcentage), 1994-2004 et 2004-2015		5
2. Répartition de la population mondiale par région, 1994, 2004 et 2015		6
3. Fécondité cumulée, par région, 1990-1995, 2000-2005 et 2010-2015		7
4. Stocks de migrants, par région (2000)		8
5. Politiques gouvernementales en matière de taux d'accroissement de la population dans les régions développées et peu développées, ainsi que dans les pays les moins avancés, 1991, 1996 et 2001		9
6. Proportion de la population vivant dans des zones urbaines – par grande région – en 1994, 2004 et 2015		12
7. Vues des gouvernements sur la répartition géographique dans les régions développées et peu développées, les pays les moins avancés et les grandes régions, 2001		14
8. Proportion des couples utilisant la contraception, par zone, sur plusieurs années		17
9. Espérance de vie à la naissance par zone, 1990-1995, 2000-2005 et 2010-2015		21
10. Taux de mortalité infantile et juvénile par zone, 1990-1995, 2000-2005 et 2010-2015		23
11. Nombre de gouvernements participant aux consultations régionales sur les migrations internationales		27

Introduction

1. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Nations Unies, 1995, chap. I, résolution 1, annexe) a recommandé que l'Assemblée générale examine régulièrement l'exécution du Programme. Dans sa résolution 49/128 du 19 décembre 1994, l'Assemblée avait désigné la Commission de la population et du développement comme organe chargé du suivi, de l'examen et de l'évaluation du Programme d'action, et prié le Conseil économique et social d'examiner les procédures en vigueur dans le système des Nations Unies en matière d'établissement de rapports sur les questions relatives à la population et au développement, et notamment d'examiner et d'évaluer tous les cinq ans les progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action. Par sa résolution 1995/55 du 28 juillet 1995, le Conseil a approuvé l'idée que le rapport proposé du Secrétaire général contenant cette évaluation soit soumis tous les cinq ans à la Commission. Le premier rapport du Secrétaire général sur cette question a été présenté à la Commission en 1999 (E/CN.9/1999/PC/2).

2. Dans sa décision 2003/229 du 21 juillet 2003, le Conseil économique et social a approuvé l'établissement d'un rapport sur le deuxième examen quinquennal, pour présentation à la trente-septième session de la Commission, en 2004. Conformément à cette décision, le présent rapport décrit les conclusions de la deuxième opération quinquennale d'examen et d'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action.

3. Le présent rapport comprend une introduction et sept sections. Les deux premières sections donnent un aperçu des effectifs démographiques et de leur évolution, ainsi que de l'accroissement, de la structure et de la répartition de la population à l'échelle mondiale et dans les grandes régions géographiques. Les quatre sections suivantes sont consacrées à des groupes de questions : droits et santé en matière de procréation, santé et mortalité, migrations internationales et programmes en matière de population. La dernière section résume les principales conclusions du rapport. Toutes les sections traitent explicitement et implicitement de trois facteurs interdépendants qui ont des incidences sur l'application de toutes les recommandations contenues dans le Programme d'action, à savoir la disponibilité des ressources financières et humaines, les capacités institutionnelles et les partenariats entre les gouvernements, la communauté internationale, les organisations non gouvernementales et la société civile. L'application du Programme appelle une action concertée sur ces trois fronts.

I. Niveaux de population et tendances démographiques

4. Le Programme d'action souligne que l'accroissement de la population est un élément important du processus de développement et insiste sur la nécessité de favoriser la transition vers des taux de faible natalité et de faible mortalité, et donc de freiner la croissance démographique, de manière à améliorer la qualité de vie des générations actuelles et futures. En 2004, le taux de fécondité, principal facteur d'accroissement de la population, était orienté à la baisse dans pratiquement tous les pays. La population mondiale continue pourtant d'augmenter, bien qu'à un rythme moins rapide. De plus, la diversité démographique à travers les pays et les régions en ce qui concerne les composantes de la croissance démographique s'accroît et continuera d'affecter la répartition de la population au niveau des régions.

5. En 2004, la population mondiale s'établit à 6,4 milliards de personnes (tableau 1). La population mondiale a augmenté de 784 millions de personnes entre 1994 et 2004, soit un accroissement annuel moyen de 1,3 %. Les régions peu développées connaissent un accroissement plus rapide que les régions développées (les taux de croissance annuels étant de 1,6 % et de 0,3 %, respectivement). Le taux de croissance démographique des pays les moins avancés reste particulièrement élevé (2,4 % par an). En 2015, la population mondiale devrait atteindre 7,2 milliards de personnes, soit un accroissement annuel moyen de 1,1 % pour les années 2004-2015. Dans cette période, 104 pays représentant 41 % de la population mondiale devraient enregistrer des taux annuels de croissance démographique inférieurs à 1 %. Pourtant, en supposant même que la fécondité continue de baisser pendant cette période, 52 pays représentant 14 % de la population devraient conserver des taux d'accroissement démographique supérieurs à 2 % par an. Trente et un d'entre eux figurent parmi les pays les moins avancés.

Tableau 1

Répartition de la population mondiale par région, 1994, 2004 et 2015, et variations annuelles moyennes (en pourcentage), 1994-2004 et 2004-2015

	Population par région (en millions)			Taux annuel de variation (pourcentage)	
	1994	2004	2015	1994-2004	2004-2015
Ensemble du monde	5 594	6 378	7 197	1,31	1,10
Régions développées	1 170	1 206	1 230	0,31	0,18
Régions peu développées	4 424	5 172	5 967	1,56	1,30
Pays les moins avancés	576	736	942	2,44	2,25
Afrique	690	869	1 085	2,31	2,01
Asie	3 379	3 871	4 371	1,36	1,10
Europe	727	726	713	(0,02)	(0,15)
Amérique latine et Caraïbes	473	551	628	1,52	1,20
Amérique du Nord	296	329	364	1,05	0,92
Océanie	28	33	37	1,36	1,04

Source : *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. 1, *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.6).

6. L'essentiel de l'accroissement de la population mondiale se produit dans les régions peu développées. En fait, les pays en développement ont contribué pour 747 millions aux 784 millions de personnes qui sont venues s'ajouter à la population mondiale dans la période 1994-2004. Six pays en développement représentent à eux seuls environ la moitié de l'accroissement annuel de la population dans le monde : l'Inde (21 %), la Chine (13 %), le Pakistan, le Nigéria, le Bangladesh et l'Indonésie (environ 4 % chacun).

7. Le différentiel de croissance démographique entre les régions développées et les régions peu développées entraîne un basculement de la répartition de la population mondiale vers les régions peu développées. En 2004, les quatre cinquièmes environ des habitants de la planète vivent dans les régions peu développées. Les cinq pays les plus peuplés sont la Chine (1,3 milliard d'habitants),

l'Inde (1 milliard), les États-Unis d'Amérique (297 millions), l'Indonésie (223 millions) et le Brésil (181 millions). Quatre d'entre eux sont situés dans les régions peu développées. Toutefois, les taux annuels de croissance démographique varient considérablement dans le monde en développement. C'est en Afrique que ce taux est le plus élevé (2,3 %); il est de 1,5 % en Amérique latine et dans les Caraïbes et de 1,4 % en Asie. En ce qui concerne les régions développées, il demeure vigoureux en Amérique du Nord (1 %), tandis que l'Europe a enregistré un taux d'accroissement annuel négatif (-0,02 %) dans la période 1994-2004.

8. La part de l'Afrique, de l'Asie et, dans une moindre mesure, de l'Amérique latine et des Caraïbes dans la population mondiale a augmenté depuis 1994 (voir tableau 2). La part de l'Afrique est passée de 12 % en 1994 à 14 % en 2004, celle de l'Asie de 60 % à 61 %, et celle de l'Amérique latine et des Caraïbes de 8 % à 9 %. Les parts de l'Amérique du Nord et de l'Océanie sont restées inchangées, à 5 % et 1 % respectivement. En revanche, la part de l'Europe est passée de 13 % à 11 % et devrait tomber à environ 10 % d'ici à 2015, alors que le poids démographique de l'Afrique et de l'Amérique latine et des Caraïbes continuera d'augmenter. Vingt-deux pays d'Europe, 4 pays d'Asie, 4 pays d'Afrique et 3 pays d'Amérique latine et des Caraïbes devraient voir leur population diminuer entre 2004 et 2015. Ce déclin sera imputable aux ravages de l'épidémie de VIH/sida dans le cas des quatre pays d'Afrique et à une baisse de la fécondité en ce qui concerne les autres pays.

Tableau 2

Répartition de la population mondiale par région, 1994, 2004 et 2015

	<i>Population par région (en millions)</i>			<i>Répartition en pourcentage</i>		
	<i>1994</i>	<i>2004</i>	<i>2015</i>	<i>1994</i>	<i>2004</i>	<i>2015</i>
Ensemble du monde	5 594	6 378	7 197	100,0	100,0	100,0
Régions développées	1 170	1 206	1 230	20,9	18,9	17,1
Régions peu développées	4 424	5 172	5 967	79,1	81,1	82,9
Pays les moins avancés	576	736	942	10,3	11,5	13,1
Afrique	690	869	1 085	12,3	13,6	15,1
Asie	3 379	3 871	4 371	60,4	60,7	60,7
Europe	727	726	713	13,0	11,4	9,9
Amérique latine et Caraïbes	473	551	628	8,5	8,6	8,7
Amérique du Nord	296	329	364	5,3	5,2	5,1
Océanie	28	33	37	0,5	0,5	0,5

Source : *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. 1, *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.6).

9. Près de la moitié des habitants de la planète vivent en milieu urbain. Les trois quarts des habitants des régions développées sont des citadins, la proportion étant de deux personnes sur cinq dans les régions peu développées. Le degré d'urbanisation varie considérablement selon les régions. Les citadins représentent environ les trois quarts de la population totale en Amérique du Nord, en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Océanie et en Europe, mais les deux cinquièmes seulement en Asie et

en Afrique. Malgré cette urbanisation croissante, un quart de la population mondiale vit dans des villes de moins de 500 000 habitants.

10. Le taux de la fécondité mondiale cumulée est passé de plus de 3 enfants par femme en 1990-1995 à environ 2,7 enfants aujourd'hui (tableau 3). Le nombre de pays enregistrant des taux moyens de fécondité supérieurs à cinq enfants par femme a diminué depuis le début des années 90, passant de 55 en 1990-1995 à 34 en 2000-2005. Parmi ces 55 pays, il y avait 41 pays africains, 11 pays asiatiques, 2 pays d'Océanie et 1 pays situé dans la région Amérique latine et Caraïbes. Vingt-huit des 34 pays qui enregistrent encore des taux de fécondité élevés pour la période 2000-2005 sont situés en Afrique, et six se trouvent en Asie; à l'opposé, le nombre de pays enregistrant des taux de fécondité déficitaires est passé de 51 en 1990-1995 à 62 en 2000-2005. En 1993, seuls 10 pays en développement étaient dans ce cas; ils étaient deux fois plus nombreux, soit 20, en 2003.

Tableau 3

Fécondité cumulée, par région, 1990-1995, 2000-2005 et 2010-2015

	<i>Fécondité cumulée (nombre d'enfants par femme)</i>		
	<i>1990-1995</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2010-2015</i>
Ensemble du monde	3,03	2,69	2,50
Régions développées	1,69	1,56	1,60
Régions peu développées	3,40	2,92	2,65
Pays les moins avancés	5,77	5,13	4,40
Afrique	5,63	4,91	4,19
Asie	2,98	2,55	2,30
Europe	1,58	1,38	1,40
Amérique latine et Caraïbes	3,01	2,53	2,23
Amérique du Nord	2,02	2,05	2,03
Océanie	2,55	2,34	2,16

Source : World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. 1, Comprehensive Tables
(publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.6).

11. En 2000-2005, l'espérance de vie à la naissance devrait atteindre 66 ans, contre 64 ans en 1990-1995. En 2003, elle a été supérieure à 70 ans dans plus de 100 pays représentant 47 % de la population mondiale. Mais si la situation continue de s'améliorer considérablement à l'échelle mondiale, des régressions majeures ont été enregistrées dans la dernière décennie du XXe siècle, en particulier dans les pays touchés par l'épidémie de VIH/sida ou des conflits. L'espérance de vie demeure inférieure à 50 ans dans 36 pays, dont 33 se trouvent dans l'Afrique subsaharienne, en raison le plus souvent de l'épidémie de VIH/sida et/ou de conflits. On estime que, dans les 53 pays les plus touchés par la pandémie, la surmortalité imputable au VIH a été de près de 20 millions de décès entre 2000 et 2005 et qu'elle atteindra probablement les 32 millions de décès d'ici à 2010-2015, même en supposant que les mesures prises pour enrayer la propagation de la maladie donnent quelques résultats.

12. Le taux de mortalité infantile global pour la période 2000-2005 est estimé à 56 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit 8 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les régions développées et 61 décès dans les régions peu développées. Cette mortalité devrait tomber sous la barre des 50 décès dans plus de 130 pays durant la période 2000-2005, conformément à l'objectif fixé dans le Programme d'action (par. 8.16). Toutefois, cet objectif ne sera pas atteint dans 62 pays (dont 41 figurent parmi les pays les moins avancés), où vivent 35 % de la population mondiale.

13. Les mouvements migratoires internationaux ont continué d'augmenter dans les années 90. Au premier semestre 2000, il y avait dans le monde environ 175 millions de migrants internationaux, soit 3 % de la population mondiale, contre 154 millions en 1990 (tableau 4). Quarante-huit pour cent étaient des femmes. En 2000, 104 millions d'entre eux vivaient dans les régions développées et 71 millions dans les régions peu développées; autrement dit, les trois cinquièmes des migrants internationaux vivaient dans les pays développés, où ils représentaient environ 9 % de la population totale. En 2000, 84 % des migrants internationaux vivaient en Asie, en Europe et en Amérique du Nord. Comme les pays des régions développées connaissent des taux de fécondité extrêmement faibles, les migrations internationales y sont devenues un important élément de croissance démographique. Dans la période 1990-2000, la contribution des migrations internationales nettes à l'accroissement de la population des régions développées a été légèrement plus élevée que le taux d'accroissement naturel, et elle devrait lui être trois fois supérieure pour la période 2000-2010.

Tableau 4
Stocks de migrants, par région, 2000

	<i>Stocks de migrants</i>		
	<i>Population totale (en millions)</i>	<i>Nombre (en millions)</i>	<i>Pourcentage de la population</i>
	2000	2000	2000
Ensemble du monde	6 057	175	2,9
Régions développées	1 191	104	8,7
Régions peu développées	4 865	71	1,5
Pays les moins avancés	668	11	1,6
Afrique	794	16	2,1
Asie	3 672	50	1,4
Europe	727	56	7,7
Amérique latine et Caraïbes	519	6	1,1
Amérique du Nord	314	41	13,0
Océanie	31	6	19,1

Source : *International Migration, 2002* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.3), Wall Chart.

14. Le Programme d'action visait à intégrer pleinement les questions de population dans les stratégies de développement, de protection de l'environnement et de réduction de la pauvreté, en mobilisant des ressources suffisantes à tous les

niveaux. Les progrès accomplis dans la réalisation de toute une série d'objectifs d'ordre environnemental, social, sanitaire et économique sont inégaux. Dans l'ensemble, malgré certains résultats décevants enregistrés dans quelques pays, les taux de pauvreté ont été réduits, mais le nombre absolu de pauvres n'a pas diminué. En dépit de l'augmentation constante des disponibilités alimentaires dans le monde, le nombre de personnes sous-alimentées a augmenté depuis 1995, de même que l'insécurité alimentaire dans beaucoup des pays les plus pauvres. (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2003). Le Sommet mondial pour le développement durable, qui s'est tenu à Johannesburg (Afrique du Sud) en 2002, a été l'occasion de prendre des mesures concrètes et de définir des objectifs quantifiables pour la mise en oeuvre renforcée d'Action 21 (Organisation des Nations Unies, 1993, résolution I; annexe II). Par ailleurs, en 2000, les dirigeants de 189 pays, réunis pour le Sommet du Millénaire, ont défini une série d'objectifs pour le développement, à savoir réduire de moitié d'ici à 2015 la proportion de la population mondiale confrontée à la pauvreté et à la faim, réduire les taux de mortalité maternelle et infantile, enrayer la propagation du VIH, faire progresser l'égalité des sexes et promouvoir le développement durable. Ces objectifs complètent et renforcent ceux du Programme d'action.

II. Accroissement, structure et répartition de la population

15. D'après le Programme d'action, une stabilisation rapide de la population mondiale contribuerait pour une large part au développement durable. Le Programme se faisait aussi l'écho du consensus selon lequel un ralentissement de l'accroissement de la population pourrait permettre aux sociétés de disposer d'un peu plus de temps pour s'attaquer à la pauvreté et protéger l'environnement.

16. La persistance de taux de croissance démographique élevés demeure préoccupante pour de nombreux gouvernements, notamment dans les régions peu développées. La croissance rapide de la population à l'échelon national semble aussi aggraver les problèmes associés à la répartition de la population, notamment l'essor rapide des villes. En 2001, plus de la moitié des pays dans les régions peu développées appliquaient des mesures destinées à diminuer le taux d'accroissement de leur population. Près des deux tiers des pays les moins avancés, qui présentent les taux les plus élevés dans ce domaine, mettaient en oeuvre des politiques et des programmes visant à réduire ces taux (tableau 5).

Tableau 5

Politiques gouvernementales en matière de taux d'accroissement de la population dans les régions développées et peu développées, ainsi que dans les pays les moins avancés, 1991, 1996 et 2001

Année	Nombre de pays					Pourcentage				
	Hausse	Maintien	Baisse	Pas d'intervention	Total	Hausse	Maintien	Baisse	Pas d'intervention	Total
Ensemble du monde										
1991	21	15	66	66	168	12,5	8,9	39,3	39,3	100,0
1996	25	16	70	82	193	13,0	8,3	36,3	42,5	100,0

Année	Nombre de pays					Pourcentage				
	Hausse	Maintien	Baisse	Pas d'intervention	Total	Hausse	Maintien	Baisse	Pas d'intervention	Total
2001	22	18	76	77	193	11,4	9,3	39,4	39,9	100,0
<i>Régions développées</i>										
1991	7	10	1	19	37	18,9	27,0	2,7	51,4	100,0
1996	11	6	1	30	48	22,9	12,5	2,1	62,5	100,0
2001	12	7	1	28	48	25,0	14,6	2,1	58,3	100,0
<i>Régions peu développées</i>										
1991	14	5	65	47	131	10,7	3,8	49,6	35,9	100,0
1996	14	10	69	52	145	9,7	6,9	47,6	35,9	100,0
2001	10	1	75	49	145	6,9	7,6	51,7	33,8	100,0
<i>Pays les moins avancés</i>										
1991	3	1	20	22	46	6,5	2,2	43,5	47,8	100,0
1996	1	1	26	21	49	2,0	2,0	53,1	42,9	100,0
2001	1	1	32	15	49	2,0	2,0	65,3	30,6	100,0

Source : Division de la population du Secrétariat de l'ONU, banque de données sur la politique démographique.

17. Alors que, dans les régions peu développées, la plupart des pays sont préoccupés par une croissance démographique élevée, dans les régions développées, un nombre croissant de pays le sont par la faiblesse du taux d'accroissement de leur population. Entre 1991 et 2001, la proportion des pays développés jugeant leur taux insuffisant a plus que doublé, passant de 16 % à 35 % et, dans les régions développées, 25 % des pays appliquaient en 2001 des mesures visant à faire augmenter ces taux en 2001, soit une hausse substantielle par rapport aux 19 % enregistrés en 1991 (tableau 5).

18. La deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, qui s'est tenue à Madrid en avril 2002, a adopté une Déclaration politique (Nations Unies, 2002 b; chap. I, résolution 1, annexe I) qui renforçait les objectifs définis dans le Programme d'action. Elle a réaffirmé l'engagement pris par les gouvernements de faire face aux possibilités et aux défis du vieillissement de la population au XXI^e siècle, et de promouvoir le développement d'une société pour tous les âges.

19. En raison du déclin des taux de mortalité et de la persistance de taux de fécondité élevés, la plupart des pays en développement continuent de compter dans leur population un grand nombre d'enfants et de jeunes. La croissance rapide du nombre de jeunes et d'adolescents entraîne une hausse de la demande en matière de services de soins de santé, d'éducation et d'emploi, ce qui implique des problèmes et des responsabilités considérables pour la société et pèse sur les capacités des institutions dans les pays en développement. En 2004, les enfants de moins de 15 ans représentent 31 % de la population dans les régions peu développées et 43 % dans les pays les moins avancés. En dépit du fléchissement des taux d'accroissement de la population infantine, le nombre d'enfants continue d'augmenter dans les régions peu développées.

20. Le Programme d'action s'efforce de promouvoir la santé et le bien-être de tous les enfants, les adolescents et les jeunes et de veiller à ce que toutes leurs capacités

soient mises en valeur, conformément aux engagements pris à cet égard lors du Sommet mondial pour les enfants et aux dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant [résolution 44/25 de l'Assemblée générale, annexe, par. 6.7 a)]. Il encourage les enfants, les adolescents et les jeunes, en particulier les jeunes femmes, à poursuivre leur éducation, notamment dans le but de faire baisser le nombre de mariages et de cas de maternité précoces. Le Programme d'action demande aussi qu'un plus grand nombre de possibilités d'emploi soient offertes aux jeunes. En ce qui concerne les personnes âgées, il fixe les objectifs suivants : leur donner une plus grande autonomie, créer des systèmes de soins de santé et des régimes de sécurité sociale accordant une attention particulière aux besoins des femmes âgées, et faciliter la prise en charge des personnes âgées au sein de la famille (par. 6.17).

21. La tendance à la hausse des taux de scolarisation à tous les niveaux d'éducation et celle à la baisse de l'analphabétisme profitent aussi bien aux filles qu'aux garçons. En 1990, 80 % des enfants d'âge scolaire avaient été inscrits ou fréquentaient l'école (taux net d'inscription dans les écoles primaires), chiffre qui n'a augmenté que de deux points de pourcentage en 1999, passant à 82 %. Les disparités entre les sexes ont été réduites de moitié pendant cette période, mais elles restent très problématiques en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud, en Asie occidentale et en Afrique du Nord (Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2001). D'une manière générale, les taux de scolarisation dans les établissements d'enseignement secondaire ont augmenté entre 1990 et 1999 dans toutes les régions du monde, sauf dans les pays en transition. Les disparités entre les sexes parmi les enfants scolarisés dans le secondaire ont également diminué dans toutes les régions où il y avait moins de filles inscrites que de garçons. Néanmoins, de gros efforts restent à faire pour améliorer les taux d'inscription des filles dans l'enseignement secondaire, notamment en Asie du Sud et en Asie occidentale, ainsi qu'en Afrique subsaharienne. D'après de récentes estimations (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), 2002), les taux d'analphabétisme chez les jeunes, qui donnent une image de la proportion d'illettrés dans la population âgée de 15 à 24 ans, ont décliné dans toutes les régions entre 1990 et 2000. Ces taux restent cependant nettement supérieurs chez les filles que chez les garçons, notamment dans les régions peu développées, et cet écart n'a guère été comblé depuis 1990.

22. Le nombre de personnes âgées dans le monde reste inférieur au nombre d'enfants, mais il augmente beaucoup plus rapidement. Entre 1994 et 2004, le nombre des personnes de 60 ans ou plus serait passé de 530 millions à 654 millions. De nombreuses sociétés, notamment dans les régions développées, présentent déjà des structures par âge dans lesquelles la proportion de personnes âgées est plus élevée que jamais. En fait, les régions développées comptent davantage de personnes de 60 ans ou plus que d'enfants de moins de 15 ans (241 millions et 208 millions, respectivement, en 2004).

23. Alors qu'elles se limitaient auparavant aux pays développés, les préoccupations suscitées par les conséquences du vieillissement de la population se sont étendues à nombre de pays en développement. De fait, en raison de la diminution rapide des taux de fécondité, le rythme du vieillissement est plus rapide dans les régions peu développées que dans les régions développées. Ainsi, entre 2004 et 2015, le taux annuel d'accroissement de la population de 60 ans ou plus devrait dépasser 3 % dans les régions peu développées, soit presque deux fois plus

que dans les régions développées. Il va probablement devenir plus difficile de s'adapter aux évolutions rapides de la structure par âge, et il se pourrait donc que les pays en développement aient davantage de difficultés à faire face au processus de vieillissement que n'en ont eu les pays développés jusqu'à présent.

24. Le vieillissement de la population aura de vastes répercussions économiques et sociales sur la croissance économique, l'épargne et l'investissement, l'offre de main-d'œuvre et l'emploi, les régimes de pension, les soins de santé et les soins de longue durée, les transferts entre générations, la fiscalité, la composition des familles et les modes de vie. Les questions clefs pour la population âgée concernent le statut socioéconomique, le vieillissement productif et la qualité de vie. En règle générale, les pays développés ont adopté un plus grand nombre de mesures et de programmes destinés à satisfaire les besoins des personnes âgées que les pays en développement. Ainsi, de nombreux pays développés dispensent des services de soins de santé conçus spécialement pour répondre à ces besoins, mais encore peu de pays en développement offrent des services similaires.

25. Bien que presque tous les pays mentionnent l'existence de régimes de pension, nombre d'entre eux n'offrent pas de couverture universelle. Le statut socioéconomique des personnes âgées a progressé grâce aux améliorations apportées aux régimes de pension, mais les femmes sont davantage exposées à la pauvreté que les hommes, car elles sont plus susceptibles de perdre leur conjoint, et elles ont généralement moins cotisé aux régimes de pension. À la lumière des défis actuels et futurs concernant la sécurité sociale, la Conférence internationale du travail a adopté en 2001 une résolution et une série de conclusions demandant le lancement d'une campagne visant à étendre la couverture de la sécurité sociale et invitant les gouvernements à accorder un rang de priorité plus élevé à la sécurité sociale (Organisation internationale du Travail (OIT), 2001).

26. À la fin du XX^e siècle, l'une des principales tendances était la croissance des agglomérations urbaines. En 2004, 49 % de la population mondiale vivent dans des zones urbaines (tableau 6). Ces zones se développent trois à quatre fois plus rapidement que les zones rurales et, d'après les projections établies par l'ONU, les populations citadines pourraient devenir plus importante que les populations rurales d'ici à 2007. Dans les régions développées, trois personnes sur quatre vivaient en milieu urbain en 2004, par rapport à deux personnes sur cinq dans les régions peu développées.

Tableau 6
Proportion de la population vivant dans des zones urbaines – par grande région – en 1994, 2004 et 2015

<i>Région</i>	<i>Proportion résidant dans des zones urbaines (en pourcentage)</i>		
	<i>1994</i>	<i>2004</i>	<i>2015</i>
Ensemble du monde	44,9	48,8	53,8
Régions développées	74,4	75,7	77,6
Régions peu développées	37,1	42,6	48,9
Pays les moins avancés	22,6	28,1	35,3

Région	Proportion résidant dans des zones urbaines (en pourcentage)		
	1994	2004	2015
Afrique	33,9	39,6	46,4
Asie	34,3	39,6	45,9
Europe	72,8	73,7	75,4
Amérique latine et Caraïbes	72,7	76,8	80,8
Amérique du Nord	75,9	77,5	79,3
Océanie	71,1	73,6	75,6

Source : *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.02.XIII.16).

27. Dans le monde entier, les agglomérations urbaines géantes s'étendent et se multiplient. En 2000, il existait 16 mégalo-poles comptant au moins 10 millions d'habitants et d'ici à 2015, ce chiffre devrait passer à 21. Cependant, tout au long des années 90, les agglomérations plus petites (moins de 500 000 habitants) et celles comptant entre 1 million et 5 millions d'habitants avaient été les catégories de la population urbaine mondiale ayant connu les plus forts taux de croissance. Ce phénomène devrait se produire à nouveau entre 2000 et 2015.

28. La capacité des villes d'absorber une population qui croît rapidement suscite des préoccupations de plus en plus vives. De nombreux gouvernements se sont inquiétés de ce que des taux élevés d'exode rural risquaient de compromettre la capacité de leurs villes d'approvisionner tous leurs habitants en eau salubre et en électricité, et d'assurer la gestion des déchets. En 2001, 39 % des gouvernements estimaient nécessaire de modifier profondément la répartition de leur population; 87 % d'entre eux se trouvaient dans les régions peu développées (tableau 7). En 2001, l'Afrique était la grande région qui avait la plus forte proportion de gouvernements désireux d'apporter des changements importants à la localisation du peuplement (64 %). Les questions concernant la répartition de la population étaient au coeur des préoccupations, non seulement lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, mais aussi lors de la Conférence des Nations Unies sur les établissements humains (Habitat II), tenue à Istanbul (Turquie), en juin 1996; la population rurale, elle, était au centre des débats lors du Sommet mondial de l'alimentation tenu à Rome, en novembre 1996.

29. Dans de nombreux pays en développement, les politiques relatives à la répartition de la population impliquent généralement des mesures visant à limiter l'exode rural. Dans la pratique, la plupart des politiques destinées à ralentir l'expansion des grandes zones métropolitaines se sont révélées inefficaces. Bien qu'il existe dans le monde en développement un large consensus parmi les gouvernements quant à l'intérêt que présente la promotion des petites villes et des villes moyennes, les moyens de réaliser cet objectif sont moins clairs.

Tableau 7
Vues des gouvernements sur la répartition géographique dans les régions développées et peu développées, les pays les moins avancés et les grandes régions, 2001

	Nombre de pays				Pourcentage			
	Situation satisfaisante	Changement mineur souhaitable	Profond changement souhaitable	Total	Situation satisfaisante	Changement mineur souhaitable	Profond changement souhaitable	Total
Ensemble du monde	66	52	75	193	34,2	26,9	38,9	100,0
Régions développées	26	12	10	48	54,2	25,0	20,8	100,0
Régions peu développées	40	40	65	145	27,6	27,6	44,8	100,0
Pays les moins avancés	11	11	27	49	22,4	22,4	55,1	100,0
Afrique	9	10	34	53	17,0	18,9	64,2	100,0
Asie	14	16	16	46	30,4	34,8	34,8	100,0
Europe	22	12	9	43	51,2	27,9	20,9	100,0
Amérique latine et Caraïbes	11	12	10	33	33,3	36,4	30,3	100,0
Amérique du Nord	2	—	—	2	100,0	—	—	100,0
Océanie	8	2	6	16	50,0	12,5	37,5	100,0

Source : Division de la population du Secrétariat de l'ONU, banque de données sur la politique démographique.

30. En 2001, l'Assemblée générale a tenu une session extraordinaire pour examiner et évaluer l'application du Programme pour l'Habitat (Nations Unies, 1996; chap. I, résolution 1, annexe II), et réaffirmé à cette occasion la volonté résolue d'entreprendre de nouvelles actions et d'autres initiatives dans le cadre du Programme. Elle a alors adopté la Déclaration sur les villes et autres établissements humains en ce nouveau millénaire, qui figure à l'annexe de sa résolution S-25/2 du 9 juin 2001, dans laquelle elle réaffirme que l'être humain est au centre des préoccupations dans la recherche du développement durable et qu'il faut tirer tout le parti possible des complémentarités et des liens entre villes et campagnes en accordant l'attention voulue à leurs besoins économiques, sociaux et environnementaux distincts.

31. Selon les estimations, il existe 370 millions de personnes faisant partie des peuples autochtones dans plus de 70 pays. Ces populations sont les dépositaires de cultures uniques et ont leur propre conception des rapports avec autrui et avec l'environnement. En 1994, l'Assemblée générale a lancé la Décennie internationale des populations autochtones (1994-2004), afin de renforcer l'engagement de l'ONU en faveur de la promotion et de la protection des droits de ces populations dans le monde entier. Les organismes des Nations Unies ont ainsi travaillé avec les populations autochtones pour concevoir et mettre en oeuvre des projets portant sur la santé, l'éducation, le logement, l'emploi, le développement et l'environnement, favorisant la protection de ces populations et de leurs coutumes, valeurs et traditions. Par sa résolution 2000/22, du 28 juillet 2000, le Conseil économique et social a créé l'Instance permanente sur les questions autochtones, qui est chargée

d'examiner six domaines principaux : développement économique et social, culture, environnement, éducation, santé et droits de l'homme.

32. Le Programme d'action a également formulé des recommandations concernant les droits et la participation des personnes handicapées. Le 19 décembre 2001, l'Assemblée générale a adopté la résolution 56/168, dans laquelle elle décidait de créer un comité spécial ayant pour tâche d'examiner des propositions en vue d'élaborer une convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés, en tenant compte de l'approche intégrée qui sous-tend le travail effectué dans les domaines du développement social, des droits de l'homme et de la non-discrimination et des recommandations de la Commission des droits de l'homme et de la Commission du développement social.

33. Enfin, essentiellement en raison de la dégradation de l'environnement, des catastrophes naturelles, des conflits armés et des réinstallations forcées, les personnes déplacées forment la population déracinée qui croît le plus rapidement dans le monde. Le Programme d'action fait état des préoccupations à l'égard de la situation des personnes contraintes de quitter leur lieu de résidence habituelle et recommande d'offrir une protection et une assistance suffisantes aux personnes concernées (par. 9.20). Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a étendu sa protection et son assistance à certains groupes de personnes déplacées ne figurant pas dans son mandat initial. En 2002, 5,3 millions de personnes déplacées ont bénéficié de sa protection ou de son assistance.

III. Droits et santé en matière de procréation

34. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement a mis l'accent sur le fait que tous les pays devraient s'efforcer de garantir à toutes les personnes appartenant aux tranches d'âge concernées un accès, par l'intermédiaire du système de soins de santé primaires, à des services de santé en matière de procréation – dès que possible et en 2015 au plus tard – (par. 7.b). La santé en matière de procréation est un état de bien-être total, tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Dans la logique d'une telle définition, les soins de santé procréative consistent en un ensemble de méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé en matière de procréation en prévenant les problèmes dans ce domaine et en les réglant.

35. Les participants à 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 de la Conférence internationale sur la population et le développement ont lancé un appel en vue d'une amélioration de nombreux services de santé procréative. Les deux stratégies essentielles à adopter en vue de progresser dans ce domaine consistent à intégrer les services existants et à élargir les services disponibles.

36. Dans de nombreux pays, la mise en oeuvre des programmes de santé procréative a été entravée par des obstacles opérationnels, et en particulier par la difficulté d'intégrer les services de santé procréative dans les soins de santé primaires d'une manière qui rende de tels services accessibles à tous et à la portée de tous. Il s'agit de préserver l'efficacité des soins de santé – et si possible de

l'améliorer – tout en créant des synergies et en favorisant des services plus rentables. En vue de l'intégration des services, il faut prendre les mesures suivantes : fixer des priorités à l'intérieur des soins de santé génésique; consolider les éléments qui fonctionnent et élargir leur portée par étapes successives; et veiller à ce que les services soient techniquement adéquats et acceptables par les clients, et à ce que les groupes sous-desservis soient prioritaires (Nations Unies, 2003a; Lush, 2002).

37. Dans de nombreux pays, l'organisation verticale des systèmes de santé demeure le principal obstacle institutionnel à une approche plus intégrée. Au niveau de la prestation des services, on s'est efforcé d'intégrer davantage les services de santé maternelle et infantile et de planification familiale, dont la prévention, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida.

38. En Asie et dans le Pacifique, par exemple, les participants à la cinquième Conférence sur la population pour l'Asie et le Pacifique – tenue à Bangkok en décembre 2002 – ont noté que, depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, certains pays avaient réussi à intégrer la planification familiale aux autres services de santé procréative. La République islamique d'Iran, la République de Corée, Sri Lanka et la Thaïlande proposaient des services intégrés, alors que, dans d'autres pays, tels que l'Indonésie et le Viet Nam, plusieurs organisations gouvernementales assuraient les différents services (Nations Unies, Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), 2002). Au Bangladesh, aux Philippines, en Thaïlande et au Viet Nam, la participation des collectivités et du secteur privé, ainsi que les mécanismes de distribution subventionnée ont permis d'appliquer des méthodes contraceptives non médicalisées. D'après une enquête de terrain menée dans les pays de la région, il existe certes une volonté réelle de fournir des soins de santé génésique intégrés, mais d'importants obstacles – principalement les arrangements de gestion, les difficultés financières, la formation des prestataires de services et les systèmes logistiques – entravent les progrès. De nombreux pays en développement, dont le taux de fécondité est élevé et le taux d'utilisation de la contraception est faible, ont indiqué que leurs programmes n'étaient pas prêts pour l'intégration et estimé que les progrès vers une approche axée sur la santé génésique affaibliraient les efforts déployés en matière de planification familiale (Nations Unies, 2003b).

39. De plus en plus, l'accent est mis sur des questions liées à la qualité des soins, à savoir le choix des méthodes par le client; l'information et les conseils à l'intention des usagers; la compétence technique des prestataires; les relations interpersonnelles entre les prestataires de services et les clients (la priorité étant donnée aux points suivants : respect de la vie privée, confidentialité, choix avisé, intérêt, empathie, honnêteté, tact et sensibilité); les mécanismes de suivi et de continuité de la prise en charge; et un ensemble de services adaptés. L'évolution vers une approche qualitative s'explique par le manque de compétences du personnel et le fait que ce dernier ne comprenne pas suffisamment les besoins des clients, surtout en ce qui concerne la communication des options qui leur sont offertes.

40. Dans le domaine de la planification familiale, le Programme d'action vise à aider les couples et les individus à atteindre leurs objectifs en matière de procréation; à empêcher les grossesses non désirées et réduire l'incidence des grossesses à risque élevé; à mettre à la disposition de tous ceux qui en ont besoin et

souhaitent y avoir recours des services de planification familiale de bonne qualité qui soient abordables, acceptables et accessibles; à améliorer la qualité des services de planification familiale ainsi que des conseils, des services d'information, d'éducation, de communication et d'orientation en la matière; à accroître la participation des hommes à la pratique effective de la planification familiale et les amener à partager davantage les responsabilités; à encourager l'allaitement maternel (par. 7.14). En vertu du Programme d'action, tous les pays devraient prendre des mesures pour satisfaire les besoins de leur population dans le domaine de la planification familiale et, d'ici à l'année 2015, s'efforcer dans tous les cas de mettre à la disposition de chacun une gamme complète de méthodes sûres et fiables de planification familiale (par. 7.16). En 1999, lors de sa vingt et unième session extraordinaire, l'Assemblée générale a recommandé par ailleurs aux pays dans lesquels il existait un écart entre le nombre de personnes qui recourent à la contraception et le nombre de celles qui souhaitent espacer ou limiter les naissances au sein de leur famille, de s'efforcer de réduire cet écart d'au moins 50 % d'ici à 2005, de 75 % d'ici à 2010 et de 100 % d'ici à 2050 (par. 58).

41. La planification familiale est depuis longtemps un élément essentiel des politiques et programmes démographiques et fait partie intégrante de la santé génésique. Au niveau mondial, plus de trois-cinquièmes des femmes mariées ou des femmes vivant en union libre ont recours à la contraception (tableau 8). L'Afrique enregistre le taux d'utilisation de la contraception le plus faible du monde : en moyenne, environ un couple sur quatre a recours à la planification familiale. Dans les pays en développement d'Asie, près de deux tiers des couples, en moyenne, l'utilisent. Cependant, ce chiffre reflète le fort taux d'utilisation de la contraception en Chine. En Amérique latine et dans les Caraïbes et dans les régions développées, en moyenne sept couples sur 10 utilisent la planification familiale.

42. Dans la plupart des pays en développement qui disposent de données sur les tendances des 10 dernières années, on observe une hausse sensible du recours à la contraception. Le taux d'utilisation a augmenté d'au moins un point de pourcentage par an dans 68 % des pays et d'au moins deux points par an dans 15 % des pays. On observe également que l'usage du préservatif a augmenté dans la grande majorité des pays en développement d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes, probablement comme suite aux campagnes de promotion du préservatif comme moyen de se protéger contre l'infection à VIH. Dans les pays développés, l'usage du préservatif a augmenté en Amérique du Nord, en Nouvelle-Zélande et dans certains pays européens, mais il a baissé dans d'autres pays européens (Nations Unies, 2003a).

Tableau 8
**Proportion des couples^a utilisant la contraception, par zone,
sur plusieurs années^b**

Zone	Année	Pourcentage actuel d'utilisation	
		De n'importe quelle méthode	De méthodes modernes ^c
Monde	1998	60,9	54,0
Régions développées	1996	68,5	55,3
Régions peu développées	1998	59,4	53,7

Zone	Année	Pourcentage actuel d'utilisation	
		De n'importe quelle méthode	De méthodes modernes ^c
Afrique	1999	26,8	19,8
Asie	1998	63,5	58,4
Europe	1995	67,0	48,9
Amérique latine et Caraïbes	1997	70,5	61,7
Amérique du Nord	1995	76,2	70,8
Océanie	1990	61,7	57,2

Source : United Nations world contraceptive use 2003 database.

^a Couples mariés ou en union libre dont la femme a entre 15 et 49 ans.

^b D'après les dernières données disponibles en septembre 2003.

^c Méthodes plus fiables, notamment la stérilisation féminine ou masculine, la pilule, le dispositif intra-utérin, le préservatif masculin, les contraceptifs injectables, les implants et les obturateurs vaginaux.

43. Les politiques gouvernementales relatives à l'accès aux méthodes contraceptives jouent un rôle déterminant dans le recours à la planification familiale. Lorsqu'il y a un appui direct, ce sont les infrastructures publiques, telles que les hôpitaux, les dispensaires, les postes sanitaires et les centres de soins, et les agents gouvernementaux locaux qui assurent les services de planification familiale. Au cours du dernier quart du XXe siècle, l'appui gouvernemental en faveur des méthodes de contraception n'a pas cessé d'augmenter. En 2001, les gouvernements de 92 % de tous les pays finançaient des programmes de planification familiale et de contraception, soit directement par l'intermédiaire d'infrastructures publiques (75 %), soit indirectement en appuyant les actions menées par des organisations non gouvernementales (17 %), comme celles conduites par des associations de planification familiale (Nations Unies, 2002a).

44. La plupart des personnes qui ont recours à la contraception utilisent des méthodes modernes, qui représentent 90 % des méthodes contraceptives utilisées dans le monde. Plus précisément, les trois méthodes de contraception féminine les plus utilisées sont la stérilisation, le dispositif intra-utérin et la pilule. En ce qui concerne le recours à une méthode donnée, il existe des différences sensibles entre les régions développées et les régions peu développées : dans les premières, les méthodes traditionnelles sont deux fois plus utilisées que dans les secondes. Dans les régions développées, les utilisateurs de contraceptifs ont davantage recours à des méthodes à action rapide et à effet réversible, alors que dans les régions peu développées, les couples ont tendance à choisir des méthodes à action prolongée et des méthodes cliniques très efficaces. Le recours aux méthodes de contraception masculine est bien plus large dans les régions développées.

45. Il ressort d'un certain nombre d'indicateurs que, malgré l'essor récent de l'utilisation de la contraception, les pays en développement se heurtent toujours à des problèmes liés au choix limité des méthodes disponibles. Dans un tiers des pays au moins, une seule méthode – souvent la stérilisation ou la pilule – intervient pour au moins la moitié dans le taux d'utilisation de la contraception (Nations Unies, 2003a). Une étude menée dans 47 pays a permis de conclure que le lien entre

l'utilisation de certaines méthodes et la facilité d'accès à ces dernières était très étroit (Ross et d'autres, 2002).

46. En matière de planification familiale, la demande semble dépasser l'offre. En 2000, on estimait à quelque 123 millions le nombre de femmes qui ne pouvaient pas disposer immédiatement de moyens de contraception sans danger et efficaces (Ross et Winfrey, 2002). Actuellement, la proportion de femmes mariées ayant besoin de services de planification familiale, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception est, en moyenne, de 24 % en Afrique subsaharienne et d'environ 18 % en Afrique du Nord, en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes. En Afrique subsaharienne, une proportion non négligeable des femmes n'est pas informée de l'existence de méthodes modernes de contraception (Nations Unies, 2003b).

47. En ce qui concerne les adolescents, le Programme d'action vise à résoudre les problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents, notamment les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et les infections sexuellement transmissibles, dont la contamination par le VIH/sida, en encourageant un comportement procréateur et sexuel responsable et sain, y compris l'abstinence, et en fournissant des services et une orientation particulièrement adaptés à ce groupe d'âge et à réduire considérablement le nombre des grossesses d'adolescentes (par. 7.44).

48. D'après une étude des Nations Unies sur les politiques démographiques nationales, la fécondité des adolescents constitue un sujet de préoccupation croissant pour les gouvernements, surtout dans les régions peu développées (Nations Unies, 2002a). En 1996, les gouvernements de 53 % des pays dans ces régions et de 48 % des pays peu développés avaient estimé que la fécondité des adolescents était un problème majeur. En 2001, les pourcentages étaient passés à 55 % et 62 %, respectivement. En outre, 72 % des pays dans les régions peu développées et 69 % des pays les moins avancés ont déclaré qu'ils avaient établi des politiques et des programmes portant sur la fécondité des adolescents (ibid.).

49. Dans de nombreux pays, tant dans les régions développées que dans les régions peu développées – de nombreux jeunes hommes et femmes ont une vie sexuelle active avant le mariage. Selon des données portant sur la fin des années 90, 51 % et 45 % – en Afrique et en Amérique latine et dans les Caraïbes respectivement – des jeunes femmes sexuellement actives à l'âge de 20 ans avaient démarré leur activité sexuelle avant le mariage. En revanche, les pourcentages correspondants pour les hommes étaient de 90 % et 95 %, en Afrique et en Amérique latine, respectivement. Dans de nombreux pays développés, le démarrage de l'activité sexuelle a lieu dans la plupart des cas avant le mariage, tant pour les femmes que pour les hommes.

50. Les adolescentes sexuellement actives qui ne sont pas mariées utilisent généralement davantage la contraception que les femmes mariées. À la fin des années 90, le taux d'utilisation des contraceptifs chez les adolescents sexuellement actifs non mariés dépassait les 30 % en Afrique du Sud, au Bénin, au Cameroun, au Cap-Vert, au Kenya, au Nigéria et en Zambie (Afrique subsaharienne) et les 60 % en Bolivie, au Brésil, en Colombie, au Costa Rica, au Pérou, en République dominicaine (Amérique latine et Caraïbes), chiffres beaucoup plus élevés que pour leurs contreparties mariées. L'usage du préservatif dans ces pays est beaucoup plus généralisé chez les adolescents non mariés que chez ceux qui sont mariés (Nations Unies, 2003a).

51. Actuellement, les taux de fécondité des adolescents varient considérablement d'un pays à l'autre. C'est dans les pays africains qu'ils sont les plus élevés et c'est également dans ces pays qu'ils varient le plus, de moins de 50 à plus de 200 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans. Dans de nombreux pays d'Asie, le recul de l'âge du mariage et le faible taux de grossesses avant le mariage contribuent à des faibles taux de grossesses chez les adolescentes. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les taux de fécondité demeurent relativement élevés, même si, dans la plupart des pays, la fécondité cumulée avait atteint des niveaux planchers à la fin des années 90. Dans la majorité des pays développés, le taux de fécondité des adolescents est inférieur à 20 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans; au Japon et dans quelques pays européens, il ne dépasse pas les cinq naissances pour 1 000 femmes. En outre, dans les pays baltes et dans de nombreux pays d'Europe orientale, le nombre de grossesses chez les adolescentes a chuté rapidement dans les années 90 (Nations Unies, 2003b).

IV. Santé et mortalité

52. Suivant le Programme d'action, les pays devraient essayer de faire en sorte que l'espérance de vie à la naissance soit supérieure à 70 ans d'ici à 2005 et à 75 ans d'ici à 2015 (par. 8.5). Dans les pays ayant les taux de mortalité les plus élevés, l'objectif devrait être d'essayer de faire en sorte que l'espérance de vie à la naissance soit supérieure à 65 ans d'ici à 2005 et à 70 ans d'ici à 2015.

53. Entre 1990-1995 et 1995-2000, l'espérance de vie a augmenté dans toutes les régions, sauf en Afrique de l'Est et en Afrique australe et en Europe orientale (tableau 9). D'après les estimations de l'ONU, dans 101 des 192 pays ou régions du monde dont la population dépassait les 100 000 habitants en 2000, l'espérance de vie sera probablement supérieure à 70 ans d'ici à 2000-2005, ce qui correspond à l'objectif fixé dans le Programme d'action pour 2005. Dans 28 autres pays dont le taux de mortalité est relativement élevé, l'espérance de vie devrait être supérieure à 65 ans d'ici là et atteindre ainsi l'objectif fixé. En ce qui concerne les objectifs fixés pour 2015, on estime que, dans 67 pays, l'espérance de vie sera supérieure à 75 ans d'ici à 2010-2015 et que, dans 54 pays dont le taux de mortalité est actuellement élevé, elle se situera entre 70 et 75 ans en 2010-2015. La grande majorité des pays qui n'atteindront probablement pas les objectifs énoncés dans le Programme d'action se trouvent en Afrique, où seulement cinq pays sur les 54 du continent devraient atteindre une espérance de vie supérieure à 70 ans d'ici à 2000-2005, et quatre autres une espérance de vie entre 65 et 70 ans pendant cette période. En Asie, 14 des 50 pays du continent ne devraient pas atteindre l'objectif fixé concernant l'allongement de l'espérance de vie.

54. En ce qui concerne les soins de santé primaires et le secteur de la santé, le Programme d'action vise principalement à accroître pour tous le nombre des services et des équipements sanitaires en les rendant plus accessibles, plus acceptables et plus abordables, conformément à l'engagement pris par les pays de donner à tous l'accès aux soins de santé de base; à améliorer, pour tous, les chances de vivre plus longtemps en bonne santé et la qualité de la vie et à réduire les disparités d'espérance de vie d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays (par. 8.3).

Tableau 9
Espérance de vie à la naissance par zone, 1990-1995, 2000-2005 et 2010-2015

Zone	Espérance de vie à la naissance (années)		
	1990-1995	2000-2005	2010-2015
Monde	63,8	65,4	67,2
Régions plus développées	74,0	75,8	77,3
Régions peu développées	61,5	63,4	65,3
Pays les moins avancés	48,6	49,6	52,9
Afrique	51,7	48,9	51,0
Asie	64,0	67,2	69,4
Europe	72,6	74,2	75,7
Amérique latine et les Caraïbes	68,0	70,4	72,6
Amérique du Nord	75,2	77,4	78,5
Océanie	71,9	74,1	75,9

Source : *World Population Prospects: the 2002 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.03.XIII.6).

55. Dans de nombreux pays à faible revenu, les dépenses nécessaires pour fournir des soins de santé et des soins cliniques minimaux, d'un rapport coût-efficacité satisfaisant, à l'ensemble de la population dépassent le niveau actuel des allocations dans le secteur de la santé. Aux alentours de 2000, seulement 3 % du produit intérieur brut (PIB), en moyenne, étaient consacrés au secteur de la santé dans les pays en développement et ce chiffre était inférieur dans les pays les moins avancés. Les ressources continuent d'être allouées en priorité aux hôpitaux et aux infrastructures médicales dans la capitale et peu de progrès ont été accomplis dans le sens d'une répartition plus équitable des allocations budgétaires aux niveaux local et régional. Si la proportion des dépenses publiques de santé consacrées aux services sanitaires locaux a augmenté dans les pays industrialisés, elle a stagné dans les pays en développement et a diminué dans les pays les moins avancés.

56. De nouveaux problèmes risquent de compromettre les acquis sanitaires obtenus avec peine. Aux difficultés posées depuis longtemps par les maladies infectieuses s'ajoutent celles liées à la réapparition de certaines maladies comme le paludisme, la tuberculose et le choléra, et à la menace que constituent le VIH et les nouvelles souches pathogènes résistant aux antibiotiques disponibles actuellement.

57. Face à la diversité de ces contraintes et problèmes, une réévaluation des priorités et des méthodes du secteur sanitaire s'impose. La réorientation des priorités doit avoir pour objectif principal de réduire les écarts croissants en matière de santé et de mortalité entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. À cette fin, il faut faire des efforts et effectuer des études pertinentes afin de comprendre les raisons profondes de la stagnation ou de la hausse de la mortalité là où on observe actuellement de tels phénomènes. Bien que la proportion des maladies non transmissibles et dégénératives augmente dans de nombreux pays, les décès évitables représentent toujours une part importante du nombre de décès dans les pays dont les taux de mortalité sont les plus élevés. Il faut donc continuer à mettre l'accent sur la prévention dans le secteur de la santé.

58. En ce qui concerne la survie et la santé de l'enfant, le Programme d'action vise principalement à améliorer la situation sanitaire et la nutrition des nourrissons et des enfants; à promouvoir l'allaitement au sein en tant que stratégie pour la survie de l'enfant; et à réduire les disparités en matière de survie de l'enfant entre pays développés et pays en développement, de même que dans chacune de ces deux catégories de pays, en s'attachant en particulier à éliminer la surmortalité et la mortalité évitable des fillettes (par. 8.15). Il a en outre été demandé aux pays de réduire d'un tiers d'ici à l'an 2000 la mortalité infantile et la mortalité des enfants de moins de 5 ans ou de ramener celles-ci à 50 et 70 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement (l'objectif à retenir étant celui qui correspond à la réduction la plus importante) (par. 8.16). D'ici à 2005, les pays à taux de mortalité intermédiaire devraient s'appliquer à ramener à moins de 50 pour 1 000 naissances vivantes le taux de mortalité infantile, et à moins de 60 pour 1 000 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. D'ici à 2015, tous les pays devraient s'efforcer de ramener à moins de 35 pour 1 000 naissances vivantes le taux de mortalité infantile, et à moins de 45 pour 1 000 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

59. La mortalité infantile et juvénile diminue presque partout dans le monde (tableau 10). Au niveau mondial, on estime que le taux de mortalité des moins de 5 ans a baissé de 16 % entre la période 1985-1990 et 2000. Quelque 78 pays – dont 26 sont situés dans les régions développées – ont atteint l'objectif de réduction d'un tiers entre la période 1985-1990 et 2000. Cependant, les risques de mortalité liés à l'enfance demeurent élevés dans de nombreux pays. Soixante-quatre pays – 45 en Afrique, 15 en Asie, 3 en Amérique latine et dans les Caraïbes et 1 en Océanie – n'ont pas atteint l'objectif qui consistait à obtenir en 2000 un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 70 décès pour 1 000 naissances vivantes. Compte tenu du rythme auquel le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans baisse actuellement, 64 pays n'auront pas atteint l'objectif consistant à avoir un taux de mortalité de ce groupe inférieur à 60 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2005 et 65 pays n'auront pas atteint l'objectif consistant à obtenir un taux inférieur à 45 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2015.

60. La lenteur des progrès en matière de survie de l'enfant est imputable à plusieurs facteurs. Même si, au niveau mondial, la proportion d'enfants souffrant de malnutrition semble avoir diminué vers 1990, environ 27 % des enfants âgés de moins de 5 ans continuent de souffrir d'une insuffisance pondérale. La malnutrition demeure un problème majeur en Asie du Sud et en Afrique (Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2001). En outre, le sida a déjà compromis les résultats péniblement obtenus en Afrique subsaharienne, et menace également l'Asie du Sud et du Sud-Est. Les crises économiques chroniques et l'aggravation de la pauvreté dans de nombreux pays compromettent également les efforts déployés afin de poursuivre les actions menées en faveur de la santé et de la survie de l'enfant.

Tableau 10
**Taux de mortalité infantile et juvénile par zone, 1990-1995,
 2000-2005 et 2010-2015**

	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)			Taux de mortalité juvénile (pour 1 000 naissances vivantes)		
	1990-1995	2000-2005	2010-2015	1990-1995	2000-2005	2010-2015
Monde	64,2	55,6	45,8	93,6	80,9	66,2
Régions plus développées	10,1	7,5	6,6	12,9	9,5	8,7
Régions peu développées	70,8	60,9	49,9	103,3	88,7	72,3
Pays les moins avancés	111,4	97,2	82,0	182,8	160,5	132,8
Afrique	99,0	88,5	74,6	163,6	148,4	123,5
Asie	64,8	53,2	41,9	89,4	70,6	54,5
Europe	12,4	8,9	7,7	15,8	11,3	10,2
Amérique latine et les Caraïbes	40,4	31,9	25,0	51,4	40,6	32,2
Amérique du Nord	7,8	6,6	5,9	9,7	8,2	7,7
Océanie	30,9	25,9	20,6	42,5	34,6	26,7

Source : *World Population Prospects: the 2002 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*
 (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.03.XIII.6).

61. S'agissant de la santé des femmes et de la maternité sans risque, le Programme d'action vise à promouvoir la santé des femmes et la maternité sans risque; à faire baisser rapidement et sensiblement la morbidité et la mortalité maternelles; à réduire les différences constatées entre pays développés et pays en développement, ainsi qu'à l'intérieur même des pays; à réduire considérablement le nombre des décès et accidents dus à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions¹; et à améliorer la condition des femmes sur le plan de la santé et de la nutrition, en particulier des femmes enceintes ou allaitantes (par. 8.20). Les pays ont en outre été priés de faire baisser considérablement la mortalité maternelle d'ici à 2015 : il faudrait que les taux de mortalité maternelle observés en 1990 diminuent de moitié d'ici à l'an 2000 et à nouveau de moitié d'ici à 2015.

62. Actuellement, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont parmi les principales causes de mortalité des femmes en âge de procréer dans de nombreuses régions du monde en développement. Selon des estimations récentes quelque 529 000 femmes meurent chaque année des suites d'une grossesse, dont 99 % dans les pays en développement (OMS, UNICEF et FNUAP, 2003). Les taux de mortalité maternelle sont très différents dans les régions développées et dans les régions peu développées : en 2001, ils allaient d'une moyenne de 440 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les régions peu développées, à environ 21 pour 100 000 naissances vivantes dans les régions développées. Environ 80 % des décès en question sont imputables à des complications obstétriques.

63. La cause immédiate des complications obstétriques, de la maladie et du décès est le manque de soins que les futures mères reçoivent pendant la grossesse et lors de l'accouchement. La proportion d'accouchements pratiqués par une personne qualifiée a augmenté entre 1985 et 2000. En 1985, en Afrique subsaharienne,

seulement un tiers des accouchements se faisaient en présence d'une accoucheuse qualifiée. En 2000, cette proportion était passée à 41 %. Également vers cette année, la proportion d'accouchements ayant bénéficié du concours d'une personne compétente dépassait tout juste les 35 % en Asie du Sud, mais atteignait 80 % en Asie de l'Est et en Amérique latine et dans les Caraïbes. Dans l'ensemble du monde en développement, environ 65 % des femmes enceintes reçoivent au moins certains soins pendant leur grossesse; 40 % des accouchements ont lieu dans des infrastructures sanitaires; un peu plus d'un accouchement sur deux se fait avec l'assistance de personnel soignant qualifié.

64. Les participants à la vingt-et-unième session extraordinaire de l'Assemblée générale, tenue en 1999, ont décidé que d'ici à 2005, là où le taux de mortalité maternelle était très élevé, au moins 40 % de tous les accouchements devraient se dérouler avec l'assistance de personnel soignant qualifié, ce taux devant être de 50 % au moins d'ici à 2010, et d'au moins 60 % d'ici à 2015. Ils sont par ailleurs convenus que tous les pays devraient poursuivre leurs efforts afin que ce taux soit de 80 % d'ici à 2005, de 85 % d'ici à 2010, et de 90 % d'ici à 2015 (résolution S-21/2 de l'Assemblée, annexe, par. 64). Au rythme actuel des progrès, peu de pays en développement en dehors de l'Amérique latine et des Caraïbes atteindront ces objectifs.

65. Dans le domaine du VIH/sida, le Programme d'action vise principalement à prévenir la contamination par le VIH, à empêcher que la maladie ne s'étende et à en réduire les répercussions à un minimum; à sensibiliser le public, aux échelons individuel, local et national, aux conséquences désastreuses de la contamination par le virus du sida, avec les maladies mortelles qu'elle entraîne, et aux moyens de prévention; à remédier aux inégalités d'ordre social et économique et liées au sexe ou à la race qui multiplient les risques de contracter la maladie; à veiller à ce que les porteurs du virus reçoivent des soins médicaux adaptés et ne soient pas victimes d'une discrimination; à assister ces personnes, par des conseils et autres services, et à aplanir les difficultés de vie des sidéens et de leur famille, en particulier celles des orphelins; à veiller à ce que les droits individuels des porteurs du virus et le caractère confidentiel des informations les concernant soient respectés; à faire en sorte que les programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité traitent des problèmes liés à la contamination par le VIH et au sida; à intensifier la recherche sur les moyens de juguler la pandémie de sida et de traiter efficacement cette maladie (par. 8.29).

66. À la fin de 2003, environ 40 millions de personnes étaient contaminées par le VIH – virus responsable du sida. On estime à 5 millions le nombre de nouveaux cas survenus en 2003, soit une moyenne d'environ 14 000 nouvelles infections par jour, parmi lesquelles les femmes représentaient 40 % environ et les enfants près de 20 %. En 2002, quelque 3,1 millions de personnes sont mortes du sida – dont 1,3 million d'hommes; 1,2 million de femmes; et 610 000 enfants de moins de 15 ans.

67. Le changement comportemental est au coeur des programmes de prévention. Ces programmes, y compris les campagnes dans les médias, l'éducation par les pairs, les campagnes visant à accroître les connaissances relatives au sida et aux moyens de se protéger contre la maladie, l'accès aux préservatifs et à du matériel d'injection propre, l'aide à l'acquisition des compétences nécessaires pour se protéger et protéger ses partenaires se sont montrés efficaces dans de nombreuses situations.

68. La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, adoptée par les gouvernements à la vingt-sixième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, le 27 juin 2001 (résolution S-26/2 de l'Assemblée, annexe), a marqué un nouveau départ prometteur dans la lutte contre le VIH/sida. Pour la première fois, on a fixé des objectifs assortis de délais, sur lesquels les gouvernements et l'ONU pourraient être tenus de rendre des comptes. Il est déjà établi que des progrès ont été accomplis : les pays constatent qu'ils ont intérêt à mettre en commun leurs ressources, leurs données d'expérience et leurs engagements, en lançant des initiatives régionales pour lutter contre l'épidémie (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)/UNICEF/Agency for International Development des États-Unis, 2002). En outre, le nouveau Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme met des ressources supplémentaires en circulation. Cependant, à l'échelle mondiale, la lutte contre le VIH/sida est loin de répondre aux besoins et les progrès sont fragmentaires. Il faut intensifier les efforts dans les domaines suivants : prévention, traitement et soins (ONUSIDA/OMS, 2003).

V. Migrations internationales

69. Depuis l'adoption du Programme d'action, on reconnaît de plus en plus que la question des migrations internationales et du développement a une importance majeure dans les préoccupations de la communauté mondiales. Un certain nombre d'instances internationales ont examiné différents aspects de la question et défini la meilleure manière pour la communauté internationale de les aborder. Ainsi, l'ancienne Équipe spéciale sur les services sociaux de base pour tous, du Comité administratif de coordination, a organisé un Colloque technique sur les migrations internationales et le développement, à La Haye, en 1998, dans le cadre des activités de suivi de la Conférence internationale sur la population et le développement. Tant la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, que la session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulée « Les femmes en l'an 2000 : égalité des sexes, développement et paix pour le XXI^e siècle », tenue en juin 2000, avaient mis l'accent sur les besoins particuliers des femmes et des enfants migrants, notamment ceux qui sont victimes de la traite. Plus récemment, les participants à la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, tenue à Durban (Afrique du Sud), en 2001, ont réaffirmé qu'il était urgent de prévenir, de combattre et d'éliminer toutes les formes de pratique discriminatoire à l'égard des migrants, conformément aux principaux objectifs du Programme d'action. Tous les deux ans depuis 1995, l'Assemblée générale examine la possibilité de convoquer une conférence des Nations Unies sur les migrations internationales et le développement. Cependant, la proposition n'a pas obtenu le soutien de la majorité des États Membres (pour un exposé des vues des gouvernements à ce sujet, voir A/58/98, sect. III.A).

70. La question des migrations internationales et du développement a également pris de l'importance dans les organisations en dehors du système des Nations Unies. L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) a organisé de nombreux ateliers et conférences et effectué des études sur la dynamique des migrations internationales dans les pays en développement. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a mis en place le Système d'observation permanente des migrations (SOPEMI) en vue d'informer les gouvernements sur les

tendances en matière de migrations internationales et de les aider ainsi à mieux gérer ces flux. Compte tenu du fait que l'on a pris conscience de la nécessité d'encourager la coopération entre les États pour la planification et la gestion humaine et ordonnée des mouvements de population, le Gouvernement suisse a lancé, en 2001, une consultation mondiale, connue sous le nom d'« Initiative de Berne », à laquelle ont participé les gouvernements de plus de 80 pays – d'origine, de destination ou de transit des migrants internationaux – ainsi que des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, et des universitaires.

71. Le Programme d'action a mis l'accent sur les droits fondamentaux des migrants. L'ONU a élaboré un certain nombre d'instruments juridiques afin de protéger les droits de l'homme et la dignité des migrants, quel que soit leur statut juridique. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/158 du 18 décembre 1990, est entrée en vigueur le 1er juillet 2003. En décembre 2003, 24 États l'avaient ratifiée. Le trafic d'êtres humains étant considéré par un nombre croissant de personnes comme un délit qui entraîne des violations des droits de l'homme, deux protocoles additionnels à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée ont été adoptés en 2000 (résolution 55/25 de l'Assemblée générale, annexe I) : le Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (ibid., annexe II) et le Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer (ibid., annexe III). En décembre 2003, 45 pays avaient ratifié le premier et 40 le second. Le Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, est entré en vigueur le 25 décembre 2003, tandis que le Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer entrera en vigueur le 28 janvier 2004.

72. Deux instruments clefs de l'Organisation internationale du Travail (OIT) concernant la protection des travailleurs migrants, à savoir la Convention concernant les travailleurs migrants (révisée en 1949) (No 97) et la Convention de 1975 sur les migrations dans des conditions abusives et sur la promotion de l'égalité de chances et de traitement des travailleurs migrants (No 143), sont en vigueur depuis longtemps. Cependant, aucune nouvelle adhésion à ces instruments n'a été enregistrée depuis 1994. Le nombre de pays qui les ont ratifiées demeure donc à 42 pour la première et 18 pour la seconde.

73. Dans le Programme d'action, les pays d'origine et les pays d'accueil ont été invités à coopérer davantage afin de tirer le meilleur parti possible des migrations internationales (par. 10.2). Constatant qu'il est souvent plus facile pour les gouvernements de s'entendre au niveau régional, un certain nombre de consultations régionales et sous-régionales ont été établies, souvent à l'issue de conférences internationales ou de séminaires. Chaque consultation rassemble les représentants des États d'une région donnée, ainsi que des organisations internationales et, dans certains cas, des organisations non gouvernementales également. Des organisations internationales, comme le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'OIM et le Centre international pour le développement des politiques migratoires, apportent un appui technique et logistique utile en contribuant à dynamiser ces consultations. Comme l'indique le tableau 11, il existe des processus consultatifs dans presque toutes les régions du monde.

74. Le Processus de Budapest, lancé en 1993, vise à renforcer la coopération dans le contrôle des migrations entre les pays d'Europe centrale, orientale et occidentale. Il fonctionne en tant qu'instance consultative ouverte à plus de 40 gouvernements. Depuis 1994, plus de 80 réunions de travail ont été organisées sur différentes questions liées aux migrations. Dans la Communauté d'États indépendants (CEI) et les pays voisins, la Conférence régionale pour l'examen des problèmes des réfugiés, des personnes déplacées et des personnes contraintes à d'autres formes de déplacement involontaire et des rapatriés dans les pays de la Communauté d'États indépendants et dans certains États voisins, organisée en 1996 par le HCR, l'OIM et l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE), a débouché sur un programme de coopération technique détaillé visant à mettre en place, améliorer et harmoniser la législation et les politiques nationales relatives aux migrations et les structures administratives chargées de cette question à l'intérieur de la CEI.

Tableau 11

Nombre de gouvernements participant aux consultations régionales sur les migrations internationales

Région/ sous-région	Consultations Asie- Pacifique ^a	Processus de de Budapest	Processus de de conférence de la CEI ^b	Consultations intergouver- nementales Europe, Amérique du Nord, Australie ^c	Déclaration de Lima ^d	Processus de Manille	Dialogue sur les migrations pour l'Afrique australe ^e	Dialogue de l'Ouest ^f	Processus de Puebla ^g
Afrique							13	15	
Asie	21 ^h	3	8			14 ^h			
Europe		37	4	13					
Amériques		2		2	10				11
Océanie	10	1		1		3			
Total	31^h	43	12	16	10	17^h	13	15	11

^a Consultations intergouvernementales Asie-Pacifique sur les réfugiés, les déplacés et les migrants.

^b Processus de conférence de la Communauté d'États indépendants et des États voisins concernés.

^c Consultations intergouvernementales sur les politiques en matière de droit d'asile, de réfugiés et de migrations en Europe, en Amérique du Nord et en Australie.

^d Conférence de l'Amérique du Sud sur les migrations.

^e Dialogue sur les migrations pour l'Afrique australe.

^f Dialogue sur les migrations pour l'Afrique de l'Ouest (suivi de la Déclaration de Dakar).

^g Conférence régionale sur les migrations.

^h Y compris Hong Kong (Région administrative spéciale de Chine).

75. En Amérique centrale et du Nord, les gouvernements tiennent régulièrement des consultations régionales dans le cadre de ce qui s'appelle désormais le Processus de Puebla. En Asie, le Processus de Manille – issu d'un séminaire régional tenu en 1996 – cible son intervention sur l'échange d'informations, principalement sur les migrations clandestines et le trafic. Les consultations intergouvernementales Asie-Pacifique sur les réfugiés, les déplacés et les migrants – elles aussi créées en 1996 – consistent en une série de réunions auxquelles participent les pays d'Asie et d'Océanie. En 1999, les représentants des pays d'Amérique du Sud se sont réunis à Lima et ont lancé une tradition de réunions annuelles afin d'échanger des vues sur

les questions de migration et favoriser la coopération dans la région. En Afrique, deux processus sont en cours depuis 2000; l'un concerne les pays d'Afrique de l'Est, d'Afrique centrale et d'Afrique australe (MIDSA) et l'autre ceux d'Afrique de l'Ouest (MIDWA). Dans les deux cas, il s'agit d'établir des méthodes devant permettre d'élargir la gestion des migrations et d'évaluer les futurs besoins en matière de coopération technique.

76. L'Union européenne a mis au point de nouvelles approches régionales en matière de gestion des migrations. En 1999, lors d'une réunion extraordinaire du Conseil européen à Tampere (Finlande), les participants ont plaidé en faveur d'une politique commune en matière d'immigration et d'asile et défini un cadre d'action à cette fin. L'un des points essentiels arrêtés à Tampere est l'instauration de partenariats avec des pays tiers.

77. Dans le cadre d'une initiative mondiale, un groupe de pays issus tant des régions développées que des régions peu développées et représentant des pays d'origine et des pays d'accueil ont formé une Commission mondiale sur les migrations internationales indépendante, dont le mandat comprend trois aspects : a) donner un écho plus large aux réalités migratoires sur la scène internationale; b) analyser les lacunes des approches actuelles en matière de migration et étudier les interconnexions avec d'autres questions; et c) formuler des recommandations sur la manière de renforcer la gestion des migrations internationales aux niveaux national, régional et mondial. La Commission doit communiquer son rapport final au Secrétaire général de l'ONU et autres parties intéressées au cours de l'été 2005.

78. Au cours des 10 dernières années, les gouvernements ont sensiblement modifié leurs vues et leurs politiques sur les migrations internationales, du fait de préoccupations croissantes face aux incidences démographiques, économiques, politiques et sociales de l'immigration. En 2001, 44 % de tous les pays développés avaient adopté des politiques visant à réduire les niveaux d'immigration; c'était également le cas de 39 % des pays en développement.

79. La prévention et le contrôle des migrations clandestines, notamment lorsqu'elles impliquent un trafic des migrants, font désormais partie des objectifs prioritaires de nombreux pays. Les campagnes d'information destinées à sensibiliser la population aux risques encourus, les sanctions à l'encontre de ceux qui organisent le trafic de migrants et la protection de ceux qui sont victimes d'un tel trafic figurent parmi les mesures adoptées afin de réduire les migrations irrégulières.

80. Les efforts visant à assurer l'égalité de traitement entre les migrants en situation régulière et les citoyens des pays d'accueil n'ont donné que peu de résultats. Dans de nombreux pays, les travailleurs migrants continuent d'être confinés dans certains emplois. Les migrants en situation régulière font toujours l'objet de xénophobie et de discrimination au travail et dans d'autres sphères de la vie quotidienne.

81. Le Programme d'action a reconnu les conséquences positives entraînées par les migrations internationales, tant pour les pays d'origine que pour les pays d'accueil. Les gouvernements des pays d'accueil ont été invités à considérer certaines formes de migration temporaire comme un moyen d'améliorer les compétences des ressortissants des pays d'origine (par. 10.5). Bien que les mesures effectives destinées à encourager concrètement la mise en place de tels mécanismes soient encore insuffisantes dans la plupart des pays, il existe, par exemple, le

modèle français de codéveloppement, qui favorise la circulation des migrants entre les pays d'origine et les pays d'accueil et fournit une assistance technique et financière aux migrants qui décident de rentrer dans leur pays d'origine. Le programme Transfert des connaissances par l'intermédiaire des expatriés (TOKTEN), initiative menée par les Volontaires des Nations Unies (VNU), aide des professionnels qualifiés issus de pays en développement à rentrer dans leur pays d'origine et offre une assistance technique à court terme.

82. Les envois de fonds des travailleurs immigrés demeurent une source importante de devises et représentent un apport substantiel au PIB de nombreux pays. Dans le Programme d'action, il était demandé aux gouvernements des pays d'origine qui souhaitaient encourager les envois de fonds de leurs émigrés de promouvoir les conditions qui permettent d'accroître l'épargne intérieure et de la canaliser vers des investissements productifs (par. 10.4). Les politiques visant à assurer la stabilité des taux de change et à favoriser des envois de fonds rapides et dans des conditions de sécurité sont lentes à mettre en place; le programme mexicain de parrainage (Godfather Programme) montre toutefois que, si les gouvernements, travaillent en étroite collaboration avec les émigrants afin de les encourager à effectuer des investissements productifs dans les communautés d'origine, il est possible d'accroître l'impact des envois de fonds sur le développement (Widgren et Martin, 2002).

83. Le Programme d'action reflétait les principales préoccupations de la communauté internationale concernant le sort des personnes contraintes de quitter leur communauté d'origine. L'accroissement du nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile au début des années 90 a posé de graves problèmes à de nombreux pays qui ont été contraints d'apporter une protection suffisante à ces groupes, tout en gérant les migrations internationales conformément aux priorités nationales. Il a été instamment demandé aux gouvernements de renforcer leur appui aux activités internationales de protection et d'assistance en faveur des réfugiés et des personnes déplacées (par. 10.24).

84. Dans les pays en développement, la charge financière que représentent les demandeurs d'asile et les réfugiés de plus en plus nombreux a mis à rude épreuve la pratique qui consistait à accorder l'asile à un groupe de personnes et modifié l'esprit d'hospitalité qui prévalait jusque dans les années 80. Dans les pays développés, la procédure d'asile a été sollicitée à l'extrême du fait qu'un nombre croissant de personnes ont demandé une protection, souvent sans réunir les conditions requises pour être reconnues comme réfugiés. De nombreux pays développés ont donc adopté des règles plus strictes en ce qui concerne tant l'accès au système de l'asile que l'octroi du statut correspondant. Ainsi, en 2001, les pays développés n'ont fait droit qu'à un tiers de toutes les demandes d'asile (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2002).

85. Bien que les gouvernements hésitent davantage à accorder le statut de réfugié, de nouveaux mécanismes ont été mis en place afin d'apporter une assistance aux personnes qui ont véritablement besoin de protection. L'une des stratégies en question consiste à accorder une protection temporaire et, partant, le droit de demeurer dans le pays d'accueil tant que la situation dans le pays d'origine ne permet pas un retour dans de bonnes conditions de sécurité des personnes concernées. Par ailleurs, face à certaines crises, des mesures ont aussi été prises afin de répondre aux besoins des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.

86. Dans ce domaine, l'un des principaux objectifs du Programme d'action consiste à trouver des solutions durables aux problèmes des réfugiés et des personnes déplacées et à les mettre en oeuvre. Le rapatriement est en général considéré comme étant la solution durable la plus souhaitable pour les réfugiés. Le nombre de réfugiés dans le monde relevant de la responsabilité du HCR a culminé à 17,8 millions en 1992; il a baissé depuis lors, passant à 12 millions en 2001 (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2002). Cette diminution s'explique par les grands courants de réfugiés qui ont pu rentrer chez eux grâce au règlement de conflits de longue date, notamment en Afghanistan, en Angola, en Bosnie-Herzégovine, au Libéria, au Mozambique et au Rwanda. Les organisations humanitaires internationales, comme le HCR, élargissent leurs fonctions afin d'aider à la réinsertion des rapatriés et à la reconstruction des communautés d'origine. Par ailleurs, une importance accrue a été accordée à la promotion de l'autonomie des populations de réfugiés dans les pays d'asile.

87. Le Programme d'action a par ailleurs instamment demandé aux gouvernements de respecter le droit international relatif aux réfugiés et les États qui ne l'avaient pas encore fait ont été invités à envisager d'adhérer aux instruments internationaux relatifs aux réfugiés (par. 10.27). Deux instruments internationaux, la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés (Nations Unies, 1954) et le Protocole de 1967 y relatif (Nations Unies, 1967) – avaient donné au terme « réfugié » la définition la plus largement acceptée et énoncé les différents droits dont les réfugiés devaient jouir, ainsi que les normes qui s'appliquaient à leur situation. Entre 1994 et 2003, 22 autres pays ont adhéré à la Convention, portant le total à 142, et 20 autres pays sont devenus parties au Protocole y relatif, soit un total de 140 pays.

VI. Programmes de population

88. Le présent rapport examine les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des programmes nationaux. Cette section se fonde sur différents rapports², ainsi que sur les conclusions d'une enquête menée sur le terrain en 2003 par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP, 2004). Cette enquête, dont le taux de réponse a été de 92 %, a porté sur 165 pays en développement et couvrait les principaux thèmes définis dans le Programme d'action.

89. Dans l'ensemble, on a beaucoup progressé dans la mise en oeuvre du Programme d'action et des principales mesures qui avaient été proposées pour la poursuite de l'application du Programme d'action et que l'Assemblée générale avait adoptées cinq ans plus tard à sa vingt et unième session extraordinaire. Les progrès réalisés sont évidents, tant en ce qui concerne l'élaboration de programmes spécifiques que le nombre de pays qui en mettent en oeuvre dans les domaines de l'hygiène de la procréation, de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection par le VIH, de la santé des adolescents en matière de procréation, de l'équité du traitement des deux sexes, de la promotion des femmes et de la prise en compte des liens entre population et développement. Comparativement, l'augmentation du nombre de pays qui se sont attaqués aux problèmes relatifs au vieillissement de la population ainsi qu'aux migrations internes et internationales a été moins marquée. Les progrès accomplis dans d'autres domaines sont plus inégaux : ils ont été appréciables dans le domaine de la création de partenariats, mais insuffisants pour ce qui concerne l'affectation des ressources,

tandis que les contraintes institutionnelles, notamment le manque de capacités, ont perduré.

90. On a favorisé et mis en oeuvre une approche plus globale des droits et de la santé en matière de procréation. Près de 87 % des pays qui ont participé à l'enquête ont indiqué qu'ils avaient pris des mesures à cet effet. Depuis la tenue de la Conférence internationale sur la population et le développement, les gouvernements ont accru leurs efforts pour que les services de planification familiale, la maternité sans risques, la santé des adolescents en matière de procréation ainsi que la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH fassent partie intégrante de leurs programmes. De nombreux pays, où la médecine procréative fait désormais partie des soins de santé primaire, renforcent leurs capacités institutionnelles et coordonnent mieux leurs programmes. D'autres s'efforcent de mieux développer leurs infrastructures afin d'améliorer l'accès aux informations et aux services. De nombreux pays collaborent désormais avec le secteur privé pour financer la mise à disposition de services et produits de santé en matière de procréation et s'associent avec des organisations non gouvernementales afin de fournir des services et de sensibiliser l'opinion.

91. Il est devenu beaucoup plus facile de se procurer des contraceptifs et d'avoir accès à des services dans de nombreux pays; les individus ont ainsi davantage de possibilités de faire des choix et de prendre des décisions. Toutefois, des facteurs sociaux et culturels continuent d'empêcher les femmes de bénéficier de ces services; celles qui vivent en zone rurale et dont les revenus sont faibles sont les moins susceptibles d'utiliser des moyens de contraception. Il reste d'immenses besoins insatisfaits dans le domaine de l'information et des services de planification familiale, à la fois pour ce qui est de l'espacement et du contrôle des naissances. Dans de nombreux pays, on ne s'est pas encore réellement attaqué aux problèmes liés à la mise en place, au coût et aux difficultés d'accès des services. Certains pays s'emploient par ailleurs au mieux à réduire la mortalité maternelle en améliorant les structures de soins de façon à fournir des soins de base et obstétriques à une population plus large, en renforçant les soins prénataux, en formant du personnel de santé, en mettant des moyens de transport à la disposition des femmes et en mobilisant les populations pour qu'il soit tiré pleinement parti de ces services. Il n'en demeure pas moins que, dans les pays en développement, 40 % des naissances ont lieu en l'absence de personnel de santé qualifié, avec tous les risques que cela comporte pour la vie des mères et des nouveau-nés.

92. Le rapport de l'Assemblée générale en date du 22 septembre 2003 sur les progrès accomplis en vue de répondre aux besoins essentiels en matière de prévention et de traitement du sida (voir le rapport du Secrétaire général sur les progrès faits dans la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (A/58/184) présenté à l'Assemblée générale à sa cinquante-huitième session) signale des progrès sur certains fronts, mais met en évidence des lacunes dans de nombreux domaines clefs. Plus de 90 % des pays ont mis au point des stratégies nationales complètes de lutte contre le VIH/sida et constitué des organismes nationaux qui coordonnent les actions menées; ils sensibilisent en outre davantage l'opinion à la question par des campagnes médiatiques, des interventions scolaires sur le sida et la mise en oeuvre de programmes d'éducation entre camarades et collègues. On note par ailleurs une légère amélioration du financement des activités de lutte contre le sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Toutefois, seule une infime partie des personnes à risques peuvent réellement bénéficier de services de prévention de

base pour acquérir des compétences pratiques, se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles et prévenir la transmission de la mère à l'enfant, et suivre des programmes qui encouragent l'abstinence, la fidélité et l'utilisation de préservatifs. De même, on ne s'est pas encore attaqué à tous les problèmes liés à l'augmentation du nombre de femmes touchées par la pandémie, à la nécessité de venir en aide aux enfants que le VIH/sida prive de leurs parents, de fournir des informations complètes aux jeunes sur la prévention du VIH et de lutter contre l'ostracisme et la discrimination dont sont victimes les malades. Dans les pays pauvres, il est extrêmement difficile d'avoir accès aux traitements antirétroviraux. Près de 47 % des pays sur lesquels a porté l'enquête ont déclaré que le VIH/sida était désormais le principal problème auquel ils devaient faire face et qu'il leur fallait faire porter leurs efforts sur la prévention.

93. Plus de 90 % des pays se penchent sur les droits et les besoins de santé des adolescents en matière de procréation. De nombreux gouvernements abordent la médecine procréative et le développement de front : ils élaborent des politiques multisectorielles à l'intention des jeunes, renforcent les programmes d'éducation scolaire et non scolaire, mènent campagne pour la reconnaissance de droits en matière de procréation, encouragent la diffusion d'informations, la mise en place de centres de conseil et de services à l'écoute des jeunes et prêtent une attention croissante à l'emploi des jeunes. Dans de nombreux pays, pour toucher les adolescents et les jeunes, on les associe à la constitution de partenariats avec la société civile. Dans bien d'autres, il faudrait toutefois mener des actions de ce type de façon plus systématique.

94. Près de 90 % des gouvernements ont indiqué qu'ils recouraient à différentes stratégies pour informer, éduquer, communiquer et sensibiliser la population afin de faire évoluer la législation, les politiques ou les programmes. Ils s'emploient notamment à faire pression pour faire modifier les lois en vigueur et en faire adopter de nouvelles, définir des approches nationales et régionales, mettre en oeuvre des politiques au niveau national, constituer des organismes locaux qui mènent des activités de plaidoyer, promouvoir l'adoption de modules d'enseignement et de modalités de prestations de services et superviser l'application des mesures visant à faire respecter la loi. Les pays utilisent en outre différentes stratégies pour influencer sur les comportements : campagnes médiatiques, dissémination de l'information entre camarades et collègues, modules scolaires, réorientation des agents sanitaires des collectivités et mobilisation des associations locales.

95. Dans l'ensemble, les progrès accomplis dans la mise en oeuvre d'une approche globale de la santé en matière de procréation sont encourageants. Toutefois, il faudrait améliorer rapidement de nombreux aspects des programmes en place. Ainsi, l'accès à des services de médecine procréative de qualité, notamment à des méthodes de planification familiale, à des services d'urgences obstétriques et à la prévention et à la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles, reste limité. Les besoins insatisfaits dans ce domaine, pour les situations normales comme pour les cas d'urgences, sont immenses. Le décalage reste souvent grand entre les services fournis et les activités d'information, d'éducation, de communication et de plaidoyer. Les mécanismes de coordination intersectorielle se sont développés, mais sont encore insuffisants. Au niveau sous-régional et à d'autres niveaux, les capacités locales d'encadrement sont inadéquates. Quant aux ressources financières et humaines actuellement disponibles, elles sont tout à fait inadaptées.

96. De plus en plus de gouvernements s'efforcent de protéger les droits fondamentaux des filles et des femmes et de promouvoir la condition des femmes. La quasi-totalité des pays qui ont répondu à l'enquête (99 %) ont indiqué qu'ils avaient pris des mesures depuis la tenue de la Conférence internationale sur la population et le développement : 67 % ont adopté des lois et des dispositions législatives sur les droits des femmes, 52 % ont constitué des commissions nationales sur la condition de la femme, 44 % ont ratifié les conventions des Nations Unies, 39 % ont adopté des politiques sur la discrimination à l'égard des femmes et 31 % prennent systématiquement en compte les problèmes liés à la situation des femmes dans leurs politiques et programmes. Il est évident que davantage de pays doivent prendre des mesures spécifiques. Les actions engagées portent essentiellement sur l'accroissement de la participation des femmes à la gouvernance; le lancement de projets visant à contribuer à la promotion de la femme; l'adoption de mesures et dispositions législatives en faveur de l'émancipation des femmes; une amélioration de la condition des femmes passant par l'élargissement de leurs perspectives économiques, ainsi que par l'enseignement et la formation. De nombreux pays ont constitué des cellules de coordination au sein des ministères et ont mis au point des outils et des directives visant à faciliter la prise en compte des sexospécificités aux niveaux local et régional. De nombreux autres prêtent une attention croissante aux droits des femmes, à la discrimination dans l'emploi et aux questions relatives à l'accès à la propriété et aux droits fonciers, ainsi qu'à la violence à l'égard des femmes et à la traite des femmes et des filles. Un grand nombre de pays font porter leurs efforts sur l'éducation des filles. Certains se penchent également de plus en plus sur les rôles et les responsabilités des hommes, compte tenu en particulier des violences à caractère sexiste et de la propagation du VIH/sida, notamment en prenant des mesures législatives et en menant des campagnes d'information sur le terrain. Si ces actions en faveur de l'équité du traitement des deux sexes et de l'émancipation des femmes sont encourageantes, leur portée, leur ampleur et les populations qu'elles touchent restent modestes par rapport à l'étendue du problème et à ses ramifications culturelles.

97. Plus de 50 % des pays qui ont participé à l'enquête ont pris des mesures énergiques – 44 %, « certaines » mesures seulement – pour tenir compte des problèmes de population dans leurs stratégies de développement; plus de 90 % ont commencé à tenir compte d'une façon ou d'une autre des liens entre population et pauvreté dans leurs stratégies nationales de réduction de la pauvreté; plus de 90 % ont aussi indiqué avoir pris des mesures pour tenir compte des liens entre population et développement dans leurs plans nationaux et sectoriels de développement. Par ailleurs, les plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement, les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et les rapports établis sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement tiennent de plus en plus explicitement compte des facteurs démographiques, des problèmes spécifiques des hommes et des femmes et des questions de santé en matière de procréation (voir Fonds des Nations Unies pour la population, 2003; et sans date). De même, dans le domaine de la population et de l'environnement, 40 pays ont adopté des politiques spécifiques et 22 ont adopté des lois ou dispositions législatives.

98. Depuis la tenue de la Conférence internationale sur la population et le développement, de nombreux pays en développement se sont penchés sur la question du vieillissement de la population. Ils sont ainsi 58 à avoir mis en place des

plans et programmes sur le vieillissement, 50 à adopter des dispositions pour garantir des conditions de vie minimales aux personnes âgées, 33 à avoir défini des politiques en matière de vieillissement et 18 à avoir entrepris de recueillir des données sur les besoins des personnes âgées. La modestie de ces initiatives et les difficultés financières auxquelles elles se heurtent pour répondre aux besoins d'une population âgée en pleine expansion sont toutefois préoccupantes.

99. La question des migrations internes retient davantage l'attention. Près de 66 % des pays qui ont participé à l'enquête ont indiqué qu'ils avaient pris des mesures dans ce domaine; 49 d'entre eux ont notamment arrêté des plans sur les migrations et élaboré des projets pour redistribuer les activités socioéconomiques et politiques vers d'autres régions. De même, 15 pays ont lancé des projets pour fournir une assistance ou des services aux personnes déplacées. Par ailleurs, 76 pays ont indiqué qu'ils avaient pris des mesures spécifiques pour répondre aux besoins de santé en matière de procréation des habitants des taudis et des squatters.

100. Plus de 70 % des pays interrogés ont également rendu compte des mesures prises pour faire face aux migrations internationales. Trente-huit ont notamment pris des mesures législatives, 43 ont adopté des plans ou programmes sur les migrations ou les réfugiés et 34 des politiques intergouvernementales sur les migrations. Les migrations internationales restent une question sensible dans de nombreux pays.

101. D'une façon générale, les pays en développement, et à plus forte raison les pays les moins avancés, manquent cruellement de capacités au niveau national pour suivre les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Programme d'action, notamment pour recueillir, analyser, diffuser et exploiter les données nécessaires, et constituer et gérer des bases de données et définir des indicateurs. De nombreux pays ont donc les plus grandes difficultés à définir des politiques et à planifier des activités dans un large éventail de secteurs, mais il est aussi particulièrement malaisé de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement régionaux, nationaux et internationaux.

102. Les progrès réalisés en ce qui concerne la constitution de partenariats dans les domaines de la population et de la médecine procréative sont encourageants. Près de 95 % des gouvernements ont rendu compte des stratégies qu'ils avaient adoptées; ils ont notamment constitué des partenariats entre les commissions démographiques nationales et les organisations non gouvernementales, collaboré à l'élaboration, à l'exécution et au suivi de programmes de population, ainsi qu'à la définition de politiques en matière de population ou à l'adoption de lois. Ils se sont notamment attachés à constituer des groupes parlementaires et des forums nationaux pour les organisations non gouvernementales, à appuyer des programmes de formation ou de renforcement des capacités et à promouvoir la création de réseaux locaux et au niveau des collectivités. Dans bien des cas, les services fournis par les organisations non gouvernementales et d'autres entités sont devenus essentiels. Toutefois, la viabilité financière à long terme des organisations non gouvernementales pose toujours un grave problème, alors que la collaboration avec le secteur privé est encore limitée.

103. De nombreux pays ont commencé à tirer des enseignements de leurs expériences respectives dans le cadre de partenariats Sud-Sud. Les partenariats régionaux ont aussi progressé du fait des activités de commissions régionales, d'autres institutions et réseaux régionaux, de la mise en oeuvre de programmes de formation régionaux et internationaux et d'initiatives parlementaires, ainsi que de

l'action des fonds, programmes et organismes des Nations Unies. Au niveau international, les organismes multilatéraux s'accordent de plus en plus à reconnaître l'intérêt qu'il peut y avoir à encourager les partenariats. C'est dans ce contexte que des progrès importants ont été accomplis, par l'intermédiaire du Groupe des Nations Unies pour le développement et d'autres mécanismes, dans l'harmonisation des politiques et procédures.

104. D'après le Programme d'action, la mobilisation des ressources aurait dû suivre un calendrier précis; 17 milliards de dollars auraient dû être rassemblés d'ici à 2000 et 18,5 milliards de dollars d'ici à 2005 (par. 13.15). Malgré la progression constante mais lente des ressources consacrées à la population au cours des 10 dernières années, l'objectif des 17 milliards de dollars n'a pas été atteint en 2000. Les estimations préliminaires des flux de ressources destinés aux programmes de population pour 2003 mettent en évidence une augmentation des apports des donateurs et des ressources nationales, mais la mobilisation de 18,5 milliards de dollars d'ici 2005 reste toutefois une gageure pour l'ensemble de la communauté internationale.

105. Le manque de ressources est particulièrement flagrant dans les pays pauvres; quant aux pays les moins avancés, ils sont pratiquement entièrement tributaires de l'aide des donateurs. L'intégration, essentielle sur le plan stratégique, des questions relatives à la population et à la santé en matière de procréation aux nouveaux cadres de programmation a amélioré l'efficacité et le rendement des ressources disponibles. Toutefois, à moins que de nouvelles ressources durables ne soient mobilisées, il est peu probable que la plupart des objectifs et buts du Programme d'action puissent être atteints. La situation devrait au contraire s'aggraver dans de nombreux pays pauvres. Il est particulièrement urgent que les membres de la communauté internationale consacrent, comme ils en étaient convenus, 0,7 % de leur produit national brut (PNB) à l'aide publique au développement (APD).

106. Les progrès accomplis pendant les 10 premières années de mise en oeuvre du Programme d'action sont encourageants et la mise en pratique de l'approche novatrice de la Conférence internationale sur la population et le développement a permis de tirer de nombreux enseignements, notamment pour arrêter des méthodes efficaces et mieux comprendre les contraintes existantes. De toute évidence, il est essentiel que des engagements soient pris pour dégager davantage de ressources financières et mobiliser des ressources humaines adéquates si l'on veut s'acheminer vers une pleine réalisation du Programme d'action sur 20 ans. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dépendra de la réalisation des objectifs du Programme d'action. L'expérience acquise à ce jour dans le cadre des programmes montre qu'il est possible de réaliser ces objectifs si tous les pays et tous les partenaires en ont la volonté politique et s'y emploient.

VII. Conclusions

107. Le présent rapport sur l'examen et l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement porte sur les changements intervenus en matière de population dans le monde dans les 10 années qui ont suivi l'adoption du Programme d'action de la Conférence et sur l'évolution des politiques et programmes dans ce domaine.

108. La conclusion qui s'impose est que des progrès notables ont été accomplis dans la décennie qui a suivi l'adoption du Programme d'action. La croissance démographique n'est plus aussi rapide que par le passé, les couples sont plus à même de prendre des décisions quant au nombre d'enfants et à l'espacement des naissances, la mortalité diminue dans la plupart des pays, de nombreux pays prennent, semble-t-il, les mesures voulues pour lutter contre le VIH/sida et d'autres causes de mortalité et les gouvernements commencent à mettre en place des dispositifs pour s'occuper de la question des mouvements migratoires internationaux. Force est de constater cependant qu'il existe de nombreuses lacunes et carences et que la situation n'est pas uniforme d'un pays à un autre et d'un groupe de population à un autre dans un même pays.

109. On trouvera dans les paragraphes qui suivent une description des principaux progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action.

- **La planète compte 6,4 milliards d'habitants en 2004. Le taux d'accroissement moyen annuel de la population atteint 1,3 %, soit une nette diminution par rapport à la période comprise entre 1975 et 1990 où il était de 1,7 %. Dans les régions moins développées, le taux d'accroissement de la population atteint 1,6 % et est donc supérieur à la moyenne; à l'inverse, dans les régions les plus développées, il est très inférieur à la moyenne annuelle, puisqu'il n'est que de 0,3 %. Cela signifie que quelque 95 % de l'accroissement démographique entre 1994 et 2004, soit 75 millions de personnes sur les 78 millions qui ont grossi les rangs de la population mondiale pendant cette période, se produit dans les régions moins développées.**
- **La diminution du taux d'accroissement de la population au niveau mondial s'explique par une baisse quasi-universelle de la fécondité dans les années 90. Le nombre de pays où le taux de fécondité est supérieur à cinq enfants par femme, pour la plupart des pays africains, est passé de 55 en 1990-1995 à 34 en 2000-2005. Dans le même temps, le nombre de pays dont le taux de fécondité est inférieur au taux de remplacement des générations est passé de 51 à 62. La plupart comptent parmi les pays les plus développés, mais le nombre de ceux qui se trouvent dans les régions moins développées a doublé pour passer à 20.**
- **Malgré l'augmentation des taux de mortalité observée dans certains pays, en particulier ceux qui sont le plus touchés par l'épidémie de VIH/sida et les pays en transition sur le plan économique, l'espérance de vie moyenne à la naissance au niveau mondial est passée de 63,8 ans en 1990-1995 à 65,5 ans en 2000-2005, soit un gain de près de deux ans.**
- **La répartition de la population reste une source de préoccupation pour de nombreux pays, notamment dans les régions moins développées. De fait, de façon générale, seul un pays sur quatre dans ces régions est à peu près satisfait de la façon dont la population se répartit sur le territoire national. D'ici à 2005, près de la moitié de la population mondiale, soit 3,2 milliards de personnes, résidera en zones urbaines. Entre 2005 et 2015, les zones urbaines des régions moins développées absorberont la quasi-totalité de l'accroissement de population au niveau mondial, ce qui risque d'aggraver les problèmes posés par l'urbanisation rapide.**

- Le vieillissement de la population est de plus en plus évident partout dans le monde. La diminution de la fécondité et l'allongement de l'espérance de vie continuent de remodeler la pyramide des âges dans toutes les régions du monde, le poids relatif des personnes âgées augmentant par rapport à celui des jeunes. En 1995, la planète comptait plus de 542 millions de personnes âgées de 60 ans et plus, soit près de 10 % de la population mondiale. D'ici à 2015, leur nombre devrait passer à 886 millions, soit 12 % de la population mondiale. Du reste, les personnes âgées sont déjà plus nombreuses que les enfants (personnes ayant entre 0 et 14 ans) dans les régions plus développées.
- Bien que les liens entre population et développement ne soient ni simples ni directs, notamment à court terme, l'hypothèse la plus couramment admise, que l'on retrouve dans le Programme d'action, est que le ralentissement de la croissance démographique peut donner plus de temps pour lutter contre la pauvreté, protéger et régénérer l'environnement et jeter les bases du développement durable. La transition démographique, caractérisée par un net recul du taux de mortalité puis du taux de fécondité, s'est généralisée. Malgré un tassement notable des taux d'accroissement de la population, la croissance démographique rapide demeure préoccupante pour plus de la moitié des pays des régions moins développées. Dans les régions plus développées, à l'inverse, de plus en plus de pays s'inquiètent de la faiblesse des taux de croissance démographique et certains s'alarment du déclin de leur population. Bien souvent, ce sont les conséquences du vieillissement de la population sur le développement socioéconomique qui éveillent le plus d'inquiétudes.
- De nombreux pays se sont dotés de programmes de santé procréative et l'augmentation du taux d'utilisation de méthodes contraceptives parmi les couples dénote un meilleur accès aux services de planification familiale. Selon les dernières données disponibles, qui se rapportent à des observations effectuées autour de 1997, on estime que le taux d'utilisation de méthodes contraceptives par des personnes vivant en couple atteint 70 % dans les régions plus développées et 60 % dans les régions moins développées. De nombreuses naissances ne sont toutefois pas désirées ou se produisent à un moment inopportun et les méthodes de planification familiale modernes sont encore hors de portée de très nombreux couples. Le comportement procréateur des adolescents, notamment, est devenu un sujet de préoccupation dans le monde entier.
- Bien que l'on connaisse mieux depuis quelques années les risques que les infections sexuellement transmissibles font peser sur la santé publique, le nombre de nouveaux cas – 340 millions en 1999 – reste encore élevé dans le monde. Dans de nombreux pays, l'offre en matière d'information et de services reste très insuffisante malgré l'augmentation de la prévalence des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. Les restrictions pèsent tout particulièrement sur les femmes et les adolescents, pourtant plus exposés à ce type de maladies de par leur constitution physique.
- Entre 2000 et 2005, 100 des 192 pays, soit 47 % de la population mondiale en 2003, ont atteint l'objectif du Programme d'action selon lequel les pays

devaient essayer de faire en sorte que l'espérance de vie à la naissance soit supérieure à 70 ans. Toutefois, dans 36 pays, pour la plupart en Afrique subsaharienne, l'espérance de vie à la naissance est encore inférieure à 50 ans. Elle s'est certes allongée au niveau mondial, mais les progrès sont loin d'être uniformes, dans la mesure où les taux de mortalité stagnent dans de nombreux pays et que l'espérance de vie recule en certains endroits. Cette situation s'explique par des conflits politiques, des bouleversements socioéconomiques, la résurgence de maladies telles que le paludisme, la tuberculose et le choléra et l'incidence de l'épidémie de VIH/sida.

- En ce qui concerne l'enfance, des progrès ont été accomplis dans la lutte contre les maladies évitables. Toutefois, le manque d'eau potable et de services d'assainissement de base et les pénuries alimentaires entrent pour beaucoup dans la mortalité et la morbidité dues à des maladies diarrhéiques. Le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) estime que 2,4 milliards de personnes ne bénéficient pas de services d'assainissement appropriés. Les taux de mortalité infantile diffèrent beaucoup d'une région à une autre. Dans les régions moins développées, ce taux atteint 61 décès pour 1 000 naissances vivantes, contre 8 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les régions plus développées. Cent trente pays sur les 192, soit 65 % de la population mondiale, devraient atteindre l'objectif du Programme d'action qui consiste à faire passer le taux de mortalité infantile en dessous de 50 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2000-2005. Malheureusement, 62 pays, regroupant 35 % de la population mondiale, ne l'atteindront pas.
- Le Programme d'action prévoyait un renforcement des capacités nationales afin d'améliorer les soins de santé primaire et les services de santé en faveur des femmes et des enfants en élargissant la couverture proposée aux populations et aux familles les plus pauvres vivant dans des régions reculées. Des études ont montré que les femmes enceintes demandent de plus en plus à bénéficier de soins prénatals. Dans les régions en développement, quelque 65 % des femmes enceintes sont suivies pendant leur grossesse, 40 % des accouchements ont lieu en milieu médicalisé, et du personnel spécialisé intervient dans un peu plus de la moitié des accouchements.
- L'épidémie de VIH/sida, qui continue de se propager dans le monde entier, réduit à néant des décennies de progrès économiques et sociaux et entraîne une hausse des taux de morbidité et de mortalité dont les effets sont effroyables. Dans certains pays, l'incidence démographique du sida est catastrophique. La population des 53 pays les plus touchés sera inférieure de 129 millions à ce qu'elle aurait dû être en 2015 s'il n'y avait pas eu le sida. À la fin de 2002, quelque 42 millions de personnes étaient séropositives et 22 millions étaient décédées des suites de la maladie. Quelque 3,1 millions de personnes sont mortes du sida pour la seule année 2002.
- Au milieu de l'année 2000, quelque 175 millions de personnes vivaient dans un pays autre que leur pays d'origine, dont les trois cinquièmes dans les régions plus développées. Comme il est dit dans le Programme

d'action, il faut donner à chacun des raisons de rester dans son propre pays. Or, l'instabilité politique, le creusement des disparités salariales et les possibilités d'emploi ont encouragé les migrations internationales. Entre 1990 et 2000, on a dénombré 21 millions de migrants internationaux en plus. Dans la plupart des cas, les pays d'accueil bénéficient de l'apport des migrants, mais les migrations internationales signifient aussi la perte de forces vives pour nombre de pays d'origine et peuvent entraîner des tensions politiques, économiques et sociales dans les pays de destination.

- Ces dernières années, l'immigration est devenue un sujet de préoccupation de plus en plus aiguë pour un nombre croissant de pays. Des mesures visant à influencer sur les niveaux et les modes de migration internationale ont été prises à l'échelon national dans toutes les régions du monde et de plus en plus de pays cherchent à canaliser les migrations. En 2001, par exemple, 40 % des pays avaient pris des dispositions pour restreindre l'immigration. On a également constaté une diminution du nombre de réfugiés, puisque celui-ci a reculé de 24 % entre 1997 et 2001 par rapport aux cinq années précédentes. Seuls 31 % des demandeurs d'asile ont obtenu le droit de s'installer dans les pays développés en 2001. Plus récemment, comme suite aux attentats du 11 septembre 2001, certains pays ont encore renforcé leur dispositif afin de limiter l'entrée des immigrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile.
- En 10 ans, les programmes nationaux visant à donner une application concrète au Programme d'action ont donné des résultats encourageants et ont permis de tirer de nombreux enseignements au sujet des politiques qui marchent ou qui ne marchent pas et des difficultés à surmonter au niveau national. Il faut toutefois mobiliser des ressources financières et humaines supplémentaires afin de progresser plus rapidement dans la réalisation intégrale du Programme d'action sur 20 ans.

110. La Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, a donné lieu à un grand nombre d'innovations dans la façon d'aborder les problèmes, de trouver des solutions et de mettre au point des initiatives, notamment dans les domaines relatifs à la santé procréative, aux questions intéressant les femmes, au développement durable et à l'éducation – en particulier l'éducation des filles –, laquelle est perçue comme un vecteur de changement. Le Programme d'action faisait également une large place aux organisations non gouvernementales et contenait des recommandations détaillées concernant la mobilisation de ressources et l'établissement de mécanismes institutionnels pour atteindre les buts et objectifs fixés.

111. Les progrès réalisés au Caire, qui ont trouvé leur expression dans le Programme d'action, sont le fruit de 20 années d'efforts au niveau international afin de remédier aux problèmes liés à la population et au développement. Le Programme d'action s'inscrit dans le prolongement des deux conférences tenues précédemment sur les questions de population et de développement, à savoir la Conférence mondiale des Nations Unies sur la population, tenue à Bucarest en 1974, et la Conférence internationale sur la population, tenue à Mexico en 1984.

112. En 10 ans, l'on a certes beaucoup progressé dans la mise en oeuvre du Programme d'action, mais de nombreuses lacunes et carences ont également été

prises en évidence. Les progrès n'ont pas été uniformes et, à en juger par les tendances actuelles, nombre de pays risquent de ne pas atteindre les buts fixés. Il faut donc persévérer et faire preuve de volonté pour mobiliser des ressources humaines et financières suffisantes afin de renforcer les capacités institutionnelles et de resserrer les partenariats entre les gouvernements, la communauté internationale, les organisations non gouvernementales et la société civile. Ce n'est qu'ainsi que le prochain rapport d'examen et d'évaluation pourra faire apparaître des progrès plus importants en ce qui concerne la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action.

Notes

¹ L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée effectuée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas, ou les deux (d'après : Organisation mondiale de la santé, The Prevention and Management of Unsafe Abortion : rapport d'un groupe de travail technique (WHO/MSM/92.5), Genève, avril 1992).

² Notamment sur le Rapport du Secrétaire général sur le Suivi des programmes de population consacrés principalement aux droits liés à la procréation et à la santé génésique, eu égard en particulier au virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), comme prévu dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, soumis à la Commission de la population et du développement, à sa trente-cinquième session, tenue du 1er au 5 avril 2002.

Bibliographie

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) (2003). *La sécurité alimentaire dans le monde en 2003* (Rome : FAO).

Organisation internationale du Travail (OIT) (2001). *Social Security: A New Consensus* (Genève : Bureau international du Travail).

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida/Fonds des Nations Unies pour l'enfance/United States Agency for International Development (2002). *Children on the Brink, 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies* (New York : UNICEF, et Washington D.C. : TvT Associates).

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida/Organisation mondiale de la santé (2003). *Le point sur l'épidémie du sida, 2003* (Genève: ONUSIDA et OMS).

Lush, Louisiana (2002). Integrating HIV/STI and family planning services, service integration: an overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 28, No 2 (juin).

Ross, John *et al.* (2002). Contraceptive method choice in developing countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 28, No 1 (mars).

-----, et William Winfrey (2002). Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union: an updated estimate. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 28, No 3 (septembre).

Recueil des Traités, vol. 189, No 2545 (publication des Nations Unies, 1954).

Ibid. vol. 606, No 8791 (publication des Nations Unies, 1967).

Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, Rio de Janeiro, 3-14 juin 1992, vol. I, *Résolutions adoptées par la Conférence* (publication des Nations Unies, 1993, numéro de vente : F.93.I.8 et rectificatif).

Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994 (publication des Nations Unies, 1995, numéro de vente : F.95.XIII.18).

Rapport de la Conférence des Nations Unies sur les établissements humains (Habitat II), Istanbul, 3-14 juin 1996 (publication des Nations Unies, 1996, numéro de vente : F.97.IV.6).

National Population Policies, 2001 (publication des Nations Unies, 2002, numéro de vente : E.02.XIII.12).

Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 8-12 avril 2002 (publication des Nations Unies, 2002, numéro de vente : F.02.IV.4).

World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health. Selected Aspects (publication des Nations Unies, 2003, numéro de vente : E.02.XIII.14).

Fertility, contraception and population policies (2003), ESA/P/WP.182.

Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP) (2002). *From Bali to Bangkok: an assessment of progress and challenges in implementing*

the Bali Declaration and ICPD Programme of Action. Document établi à l'occasion de la cinquième Conférence sur la population en Asie et dans le Pacifique, Bangkok, 11-17 décembre.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). *Progress since the World Summit for Children: A Statistical Review* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.01.XX.20, New York, 2001).

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). *L'éducation pour tous – Le monde est-il sur la bonne voie? Rapport mondial de suivi sur l'EPT* (Paris, 2002).

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Statistical Yearbook 2001* (Genève, 2002).

Fonds des Nations Unies pour la population (2003). Coverage of population and development themes in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs). Document en cours d'établissement. Service de la population et du développement; Division de l'appui technique, 17 avril.

----- Coverage of the ICPD. RH Goal and population and poverty linkages in Millenium Development Goals reports. Document en cours d'établissement. Service de la population et du développement; Division de l'appui technique.

----- (2004). Report of the Field Inquiry among Developing Countries.

Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Fonds des Nations Unies pour la population (2003). Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA (document disponible au 19 janvier 2004 à l'adresse suivante : <http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/maternal_mortality_2000.pdf>).

Widgren Jonas et Philip Martin (2002). Managing migration: the role of economic instruments. Document de travail établi dans le cadre de l'étude du Centre for Development Research intitulée Migration-Development Links: Evidence and Policy Options.