

**Soixante-neuvième session**

Point 13 b) de la liste préliminaire**

Application et suivi intégrés et coordonnés des textes issus des grandes conférences et réunions au sommet organisées par les Nations Unies dans les domaines économique et social et dans les domaines connexes : suivi du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement**Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement****Rapport du Secrétaire général***Résumé*

Le présent rapport fait suite à la résolution 65/234 de l'Assemblée générale, dans laquelle l'Assemblée a demandé un examen de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement en se fondant sur les meilleures données et analyses concernant la population et le développement et en tenant compte de la nécessité d'adopter une approche systématique, globale et intégrée des questions de population et de développement, faisant face aux nouveaux défis concernant la population et le développement et à l'évolution de la thématique du développement, et d'intégrer davantage les objectifs ayant trait à la population et au développement dans les mécanismes de développement mondiaux.

* Nouveau tirage pour raisons techniques (28 juillet 2014).

** A/69/50.



Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, adopté en 1994, est le résultat d'un remarquable consensus dégagé entre 179 gouvernements, sur l'idée que le respect des droits de l'homme et de la dignité de l'individu, et notamment pour les femmes et les filles, l'égalité des droits avec les hommes et l'accès de tous et toutes aux soins de santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation sont une condition préalable du développement

durable; le programme fixait des objectifs et définissait des actions à entreprendre pour accélérer ce développement avant 2015. Au cours des 20 années qui ont suivi, l'adoption du programme et les résultats obtenus ont été remarquables : l'égalité, pour les femmes, l'état de santé de la population, l'espérance de vie, le niveau d'instruction et les systèmes de défense des droits de l'homme ont beaucoup progressé; on estime que 1 milliard d'êtres humains sont sortis de l'extrême pauvreté. Les craintes qu'inspirait autrefois l'accroissement de la population, qui déjà en 1994 commençaient à s'estomper, ont continué de le faire, et l'essor du potentiel humain, en particulier chez les femmes, qui explique le développement économique, s'est accompagné d'une diminution continue du taux d'accroissement de la population, passé de 1,52 % par an en 1990-1995 à 1,15 % entre 2010 et 2015. À ce jour, les caractéristiques démographiques des pays sont beaucoup plus diverses qu'en 1994 : les pays riches d'Europe, d'Asie et d'Amérique sont aux prises avec un vieillissement rapide de leur population, tandis que les pays africains et certains pays asiatiques doivent se préparer à l'arrivée de la cohorte de jeunes la plus nombreuse que le monde ait jamais connue; les 49 pays les plus pauvres, situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, continuent à faire face à une mortalité prématurée et une fécondité élevées.

Le problème le plus redoutable, actuellement, est que ces résultats eux-mêmes, qui se traduisent par l'augmentation constante de la consommation et de l'exploitation des ressources de la terre, sont de plus en plus inégalement répartis, ce qui compromet un développement égalitaire, menace l'environnement et assombrit notre avenir à tous.

En 2014, les faits confirment très largement le consensus dégagé à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), selon lequel le respect, la protection, la promotion et l'exercice des droits de l'homme sont des conditions préalables au développement, à la dignité et au bien-être de tous les peuples et que les droits en matière de santé sexuelle et procréative et une compréhension des conséquences de la dynamique des populations sont les bases essentielles du développement durable. En ce qui concerne les jeunes, il faut protéger leurs droits fondamentaux, leur en assurer l'exercice, investir dans un enseignement de qualité et des connaissances pratiques, leur donner l'accès aux services de santé procréative et sexuelle, et à l'information dans ce domaine, y compris à une éducation sexuelle complète, en plus de leur offrir des possibilités d'emploi, afin de les aider à bâtir leur capacité de résistance et de créer les conditions dans lesquelles ils peuvent réaliser pleinement leur potentiel.

La voie du développement durable, exposée dans le plan directeur, exige une action plus volontaire et de nouvelles innovations pour : élargir les droits de l'homme de tous les individus contre les atteintes aux droits de l'homme, contre les actes de discrimination et de violence, afin que chacun ait la possibilité de contribuer au développement et d'en bénéficier; investir dans les talents et la créativité des

jeunes du monde entier dans leur intérêt comme pour assurer croissance et innovation à l'avenir; assurer la protection des personnes âgées et veiller à ce qu'elles ne tombent pas dans l'exclusion et participent véritablement à la vie de la société; renforcer les systèmes de santé afin d'ouvrir l'accès universel à la santé sexuelle et procréative pour que chaque femme puisse s'épanouir et que les enfants puissent grandir dans les conditions les plus propices; construire des villes viables

qui enrichissent la vie urbaine autant que la vie rurale; tirer parti des avantages qu'apporte la migration et traiter les problèmes qu'elle soulève; et transformer l'économie mondiale afin de garantir un avenir durable à notre planète et faire en sorte que tous les peuples partagent au-delà de 2014 un avenir commun en matière de droits de l'homme, de dignité et de bien-être.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction : un nouveau plan directeur pour la population et le développement après 2014	9
A. La réalisation des droits de l'homme	20
B. Méthode, sources et structure du rapport	23
II. Dignité et droits de l'homme	26
A. Les multiples dimensions de la pauvreté	27
B. Égalité des sexes et autonomisation de la femme	33
C. Jeunes et adolescents	56
D. Personnes âgées	78
E. Personnes handicapées	91
F. Peuples autochtones	95
G. La non-discrimination s'applique à tous	99
H. Le coût social de la discrimination	108
I. Dignité et droits fondamentaux : mesures à prendre dans les domaines clefs	112
III. Santé	114
A. Une conception de la santé fondée sur les droits de l'homme	115
B. Survie de l'enfant	116
C. Santé et droits en matière de sexualité et de procréation	118
D. Santé et droits en matière de sexualité et de procréation, et promotion de la santé des jeunes tout au long de la vie	124
E. Maladies non transmissibles	182
F. Évolution de l'espérance de vie	185
G. Poursuite du programme de renforcement du système sanitaire	187
H. Santé : mesures clefs à adopter	205
IV. Lieu de vie et mobilité	209
A. Évolution de la structure des ménages	211
B. Migrations internes et urbanisation	219
C. Migrations internationales	232
D. Insécurité en matière de logement	241
E. Lieu de vie et mobilité : principaux domaines d'action future	252
V. Gouvernance et respect du principe de responsabilité	253
A. Mise en place d'institutions publiques liées au Programme d'action	256

B.	Renforcer le secteur des connaissances dans le cadre du Programme d'action	260
C.	Une législation et des politiques propices à la participation et à la responsabilisation	273
D.	Collaboration, partenariats et cohérence	280
E.	Flux de ressources financières	288
F.	Le cadre de suivi du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014	292
G.	Gouvernance et application du principe de responsabilité : domaines d'action essentiels	293
VI.	Viabilité	295
A.	Hétérogénéité de l'évolution des populations	295
B.	Changements climatiques : causes et remèdes	298
C.	Coût d'un développement durable inégal	302
D.	Solutions de durabilité : population et développement après 2014	304
E.	Après 2014	312
Tableaux		
1.	Taux d'avortement licite dans les pays ayant établi des rapports assez complets entre 2001 et 2006	152
2.	Estimation de la pénurie aiguë de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, par région, 2006	189
3.	Tendances et projections de la population urbaine et rurale selon le niveau de développement, 1950-2050	221
4.	Évaluation des situations, par thème, par région et par couverture	269
5.	Pourcentage de gouvernements attachés à la participation à la vie politique des divers groupes de population	277
6.	Montant estimatif du financement national des quatre composantes du Programme d'action dans le monde en 2011	291
Figures		
1.	Les piliers thématiques dans le domaine de la population et du développement	16
2.	La pyramide mondiale des richesses	31
3.	Répartition de la progression des revenus en valeur absolue à l'échelle mondiale, par 20-quantiles de la population, entre 1988 et 2008	32
4.	Pourcentage des travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée, par région 1991-2012	36
5.	Degré d'adhésion à l'égalité des sexes en ce qui concerne l'accès à une formation supérieure, les postes de responsabilité dans les affaires ou la politique et le droit à l'emploi, par région, pour la période 2004-2009	41
6.	Évolution de l'attitude des hommes concernant la violence à l'égard des femmes	46

7.	Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation ou une ablation génitale (par pays)	52
8.	Tendances et perspectives de la population jeune (10-24 ans) dans le monde et par régions, 1950-2050	57
9.	Taux de fécondité des adolescents et taux net de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire par région, 2005-2010	65
10.	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, par région, 1999-2009 . .	68
11.	Taux d'achèvement des études primaires par région et par sexe, 1999-2009	70
12.	Taux d'emploi des jeunes, par région, 1991-2011	75
13.	Proportion de personnes âgées (60 ans et plus), dans le monde et par région : tendances et prévisions, 1950-2050	79
14.	Part du total de la population active représentée par les personnes âgées de 65 ans et plus, par région, 1980-2009	87
15.	Part du total de la main-d'œuvre mondiale représentée par les personnes âgées de 65 ans et plus, par sexe, 1980-2020	88
16.	Tolérance du public à l'égard de certains groupes de population, par région, 2004-2009	107
17.	Pourcentage de gouvernements qui luttent contre la discrimination visant les migrants, les personnes handicapées, les personnes âgées et les adolescentes enceintes	111
18.	Taux de mortalité des moins de 5 ans et taux de mortalité infantile et néonatal, à l'échelle mondiale, 1990-2010	117
19.	Total des années de vie corrigées du facteur incapacité attribuées à la situation sanitaire en matière sexuelle et procréative parmi les hommes et les femmes (de tous âges) à l'échelle mondiale et par région, 1990-2010	119
20.	Mortalité (pour 100 000 personnes) parmi les jeunes due à des causes liées à la maternité, aux maladies transmissibles et non transmissibles et aux traumatismes . .	126
21.	Tendances dans le pourcentage de femmes non mariées âgées de 15 à 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	129
22.	Tendances dans le pourcentage de jeunes hommes non mariés âgés de 15 à 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	130
23.	Évolution du taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes en Afrique du Nord et de l'Ouest, par quintile de revenu des ménages	139
24.	Évolution du taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes en Afrique orientale, centrale et australe, par quintile de revenu des ménages	140
25.	Évolution du taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes dans les Amériques, par quintile de revenu des ménages	141
26.	Évolution du taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes en Asie, par quintile de revenu des ménages	142

27. Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans, par méthode contraceptive utilisée, soulignant la nette prédominance d'une méthode dans certains pays	145
28. Taux d'interruption volontaire de grossesse et d'utilisation de contraceptifs oraux chez les femmes en âge de procréer en Italie de 1978 à 2002	149
29. Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans par région en 1995, 2003 et 2008	151
30. Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans dans certains pays européens où l'avortement est autorisé par la loi en 1996 et 2003	151
31. Taux de mortalité maternelle par pays, 2010	159
32. Évolution du nombre d'accouchements pratiqués avec l'aide d'agents de santé qualifiés, par quintile de richesse des ménages – Amériques (en pourcentage du nombre total d'accouchements)	165
33. Évolution du nombre d'accouchements pratiqués avec l'aide d'agents de santé qualifiés, par quintile de richesse des ménages – Asie (en pourcentage du nombre total d'accouchements)	166
34. Évolution du nombre d'accouchements pratiqués avec l'aide d'agents de santé qualifiés, par quintile de richesse des ménages – Afrique du Nord et Afrique de l'Ouest (en pourcentage du nombre total d'accouchements)	167
35. Évolution du nombre d'accouchements pratiqués avec l'aide d'agents de santé qualifiés, par quintile de richesse des ménages – Afrique de l'Est, Moyen-Orient et Afrique australe (en pourcentage du nombre total d'accouchements)	168
36. Relation entre la mortalité maternelle et le nombre de centres de soins obstétricaux d'urgence pour 20 000 naissances	170
37. Estimations relatives aux pourcentages de femmes ayant eu accès à des services permettant de traiter les hémorragies post-partum, dans les zones rurales et urbaines de certains pays d'Afrique, en 2005	172
38. Estimations relatives aux pourcentages de femmes ayant eu accès à des services permettant de traiter les hémorragies post-partum, dans les zones rurales et urbaines de certains pays d'Asie, en 2005	173
39. Estimations relatives aux pourcentages de femmes ayant eu accès à des services permettant de traiter les hémorragies post-partum, dans les zones rurales et urbaines de certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes, en 2005	173
40. Taux de patientes ayant reçu un test de dépistage de la syphilis lors de leur première consultation prénatale, données disponibles les plus récentes depuis 2005	176
41. Prévalence de l'obésité, normalisée selon l'âge, chez les adultes des deux sexes âgés de 20 ans et plus, 2008	183
42. Densité rurale et urbaine des médecins, infirmiers et sages-femmes, pays retenus, 2005	191
43. Pourcentage d'accouchements réalisés par des professionnels qualifiés dans certaines régions choisies, 2000, 2005 et 2015 (prévisions)	193

44. Évolution de la proportion de ménages composés d'une seule personne, selon la région	212
45. Évolution de la proportion de ménages composés d'une seule personne, selon la catégorie d'âge	213
46. Âge moyen des célibataires au mariage selon le sexe, 1970-2005	215
47. Évolution de la proportion d'enfants (0-14 ans) vivant dans une famille monoparentale, par région	218
48. Répartition de la population urbaine selon la taille de la ville, 1970-2025	222
49. Migrants internationaux, par grandes régions d'origine et de destination, 2013	234
50. Personnes déplacées du fait de conflits armés, de la violence ou des violations des droits de l'homme, 1989-2011	249
51. Mise en place d'institutions chargées des questions de population, de croissance économique soutenue et de développement durable, par groupe de pays classés selon le revenu et année de création	257
52. Mise en place d'institutions chargées des besoins des adolescents et des jeunes, par groupe de pays classés selon le revenu et année de création	258
53. Mise en place d'institutions chargées des questions d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes, par groupe de pays classés selon le revenu et année de création	258
54. Mise en place d'institutions chargées de l'éducation, par groupe de pays classés selon le revenu et année de création	259
55. Financement par les donateurs des quatre grandes composantes du Programme d'action – 1997-2011	289

I. Introduction : un nouveau plan directeur pour la population et le développement après 2014

1. « Le développement peut être considéré comme le processus par lequel les libertés réelles des personnes s'accroissent »¹. Cette définition inspire l'engagement pris par les États Membres des Nations Unies en faveur du respect universel des droits de l'homme et de la dignité de tous les êtres humains. Elle explique aussi l'aspiration commune des gouvernements et des citoyens à faire en sorte que tous soient à l'abri du besoin, à l'abri de la peur, et aient la possibilité, moyennant des mesures sociales, de développer leur potentiel propre, de participer pleinement à la vie sociale et d'accéder au bien-être².

2. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement est le résultat d'un remarquable consensus dégagé par des pays très divers sur l'idée que l'amélioration de l'égalité sociale, économique et politique, y compris une définition détaillée des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation³ qui renforce les droits des femmes et des filles, reste à la base du bien-être individuel, de la diminution de l'accroissement de la population, d'une croissance économique soutenue et d'un développement durable.

3. Les conclusions de l'examen opérationnel demandé, dans sa résolution 65/234, par l'Assemblée générale confirment très largement la validité de ce consensus. Entre 1990 et 2010, la proportion de personnes vivant dans l'extrême pauvreté dans les pays en développement a diminué de moitié de la population totale (passant de 47 % en 1990 à 22 % en 2010), de sorte que 700 millions d'êtres humains sont sortis de la pauvreté⁴. Les femmes ont réalisé la parité dans l'enseignement primaire dans la plupart des pays⁵, la mortalité maternelle a diminué de 47 %⁶ et le taux de

¹ Amartya Sen, « Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté » (Odile Jacob, Paris, 2000).

² *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe.

³ Le paragraphe 7.2 du Programme d'action définit ainsi la santé en matière de procréation : « le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité [...] ». Le paragraphe 7.4 de son côté énonce que « L'application du Programme d'action doit reposer sur la définition générale susmentionnée de la santé en matière de reproduction, qui comprend aussi la santé en matière de sexualité ». Sur cette base, que complète le paragraphe 7.3, qui énonce que « les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents qui sont le fruit d'un consensus », la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation découlent des droits visés par la définition de la santé en matière de procréation.

⁴ *Rapport de 2013 sur les objectifs du Millénaire pour le développement* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.13.I.9).

⁵ Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). *Atlas mondial de l'égalité des sexes dans l'éducation* (Paris, 2012), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). *Marrying too Young: End Child Marriage* (New York, 2012); Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU, Division de la population (2011), *World Fertility Policies 2011*.

fécondité général a diminué de 23 %⁷. L'examen réalisé montre aussi clairement, en revanche, que les progrès sont inégaux et fragmentaires et que de nouveaux problèmes, de nouvelles situations et de nouvelles perspectives sont apparus.

Des progrès inégaux

4. Les recherches effectuées montrent une corrélation appréciable entre l'éducation des filles, la santé de la famille et la croissance du produit intérieur brut (PIB)⁸. En Asie de l'Est et du Sud, les femmes sont de plus en plus employées dans le secteur des produits manufacturés destinés à l'exportation et ce facteur, parmi d'autres, serait le principal moteur de la croissance économique et aurait contribué à un déplacement de la concentration de la richesse mondiale de l'Occident vers l'Orient⁹. Les progrès de l'éducation des filles contribuent aussi au succès, en Asie et en Amérique latine, d'une économie fondée sur la connaissance¹⁰.

5. Néanmoins, la croyance et l'attachement à l'égalité des sexes ne sont pas universels¹¹ et la discrimination entre les sexes et la violence sexiste continuent à être un fléau dans la plupart des sociétés¹². Au-delà de la discrimination dont les femmes et les filles sont victimes, il y a des inégalités persistantes que subissent les personnes handicapées, les peuples autochtones, les minorités raciales et ethniques et certaines personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité sexuelle, notamment. L'un des messages les plus importants de la Conférence internationale sur la population et le développement était le droit de tous au développement, mais la montée en puissance d'une classe moyenne mondiale¹³ est assombrie par la persistance de ces inégalités entre pays et dans les pays. La santé et la longévité ont beaucoup progressé, mais ces progrès ne sont pas également partagés et restent hors d'atteinte pour beaucoup.

⁶ Organisation mondiale de la Santé (OMS) et al., *Tendances de la mortalité maternelle sur la période, 1990-2008 – Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale* (Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2012).

⁷ La diminution du taux de fécondité général est calculée à l'aide d'estimations ponctuelles pour les années 1990 et 2010 à partir des « Perspectives de la population mondiale : Révision de 2012 » (ST/ESA/SER.A/336).

⁸ Voir : United Nations Millennium Project, Task Force on Education and Gender Equality, *Taking action: Achieving Gender Equality and Empowering Women* (Londres, Earthscan, 2005).

⁹ United States of America, Office of the Director of National Intelligence, *Global Trends 2025: A Transformed World* (Washington, Government Printing Office, 2008).

¹⁰ Ibid.

¹¹ « Les Femmes dans le monde 2010 : tendances et statistiques » (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.10.XVII.11). Données empruntées à l'enquête mondiale sur les valeurs (www.worldvaluessurvey.org)

¹² C. Garcia Moreno et al., *OMS : Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes* (Organisation mondiale de la Santé, 2005, Genève); C. Garcia Moreno et al., *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et effets sur la santé de la violence exercée par le partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013).

¹³ H. Kharas, « L'émergence de la classe moyenne dans les pays en développement », document de travail du Centre de développement de l'OCDE n° 285 (Paris, publication de l'OCDE, 2010); F. H. G. Ferreira et al., *Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class* (Washington, Banque mondiale, 2013).

6. Malgré les progrès considérables dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile et la planification familiale au cours des 20 dernières années, 800 femmes mouraient chaque jour en 2010 par suite de causes liées à la grossesse ou l'accouchement¹⁴. Et on estime à 8,7 millions le nombre de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans dans les pays en développement qui, en 2008, ont subi un avortement non médicalisé mettant leur vie en péril¹⁵. La découverte des médicaments antirétroviraux a permis de sauver 6,6 millions de malades du sida, dont 5,5 millions dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, encore que, dans beaucoup trop de pays, les infections continuent à augmenter, ou ne baissent plus¹⁶. D'une façon générale, les solutions miracle à caractère technique ne donneront que des gains de plus en plus modestes s'il n'y a pas en même temps une nette amélioration des systèmes de santé dans les pays pauvres¹⁷ et si l'on ne s'attaque pas au problème de la pauvreté structurelle et des violations des droits de l'homme.

7. Environ un milliard de personnes vivant dans les 50 ou 60 pays qui se trouvent dans la « trappe du non-développement » dû à la mauvaise gouvernance, au gaspillage des ressources naturelles de leur pays, au manque de partenaires commerciaux ou à un conflit n'ont vu que des progrès bien limités de leur santé et leur bien-être depuis 1994 et une partie de cette population s'appauvrira, alors que le reste de la population mondiale peut s'attendre à une augmentation des niveaux de vie¹⁸. Dans ces pays, de même que dans les couches les plus pauvres de la population des pays plus riches¹⁹, la condition de la femme, les décès maternels, les mariages d'enfants et de nombreuses autres préoccupations soulevées lors de la Conférence internationale n'ont vu que des progrès minimes depuis 1994, et l'espérance de vie dans ces pays reste beaucoup trop basse, à un niveau inacceptable²⁰. Les menaces qui pèsent sur la survie même des femmes sont particulièrement graves dans un contexte de pauvreté structurelle du fait de l'absence d'accès aux services de santé, en particulier aux services de santé sexuelle et procréative, et la lourde charge physique que représentent la production des aliments, la corvée d'eau et le travail non rémunéré pèse particulièrement sur les femmes pauvres.

¹⁴ OMS *et al.*, *Tendances de la mortalité maternelle* (voir note 6 plus haut); Fonds des Nations Unies pour la population, « Giving birth should not be a matter of life and death », feuillet d'information du FNUAP (décembre 2012), disponible à l'adresse suivante : www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/EN-SRH%20fact%20sheet-LifeandDeath.pdf.

¹⁵ L. H. Shah et E. Ahman, « Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region : high burden among young women », *Reproductive Health Matters*, vol. 20, n° 39 (2012), p. 169 à 172.

¹⁶ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Rapport mondial : rapport d'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2013* (Genève, 2013).

¹⁷ OMS, *L'affaire de tous : renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires, cadre d'action de l'OMS* (Genève, 2007).

¹⁸ P. Collier. *The Bottom Billion: Why the Poorest Countries are Failing and What Can be Done About It* (New York, Oxford University Press, 2007).

¹⁹ Paul Collier, op. cit. : *État de la population mondiale, 2002 : population, pauvreté, potentialités* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.02.III.H.1).

²⁰ FNUAP, *Mariages précoces : venir à bout des mariages d'enfants* (voir note 5); OMS *et al.*, *Tendances de la mortalité maternelle* (voir note 6).

Réalités, difficultés et possibilités nouvelles

8. La baisse spectaculaire du taux de fécondité depuis la Conférence internationale sur la population et le développement s'est traduite par une baisse du taux mondial d'accroissement naturel. Cependant, du fait de l'inertie des phénomènes démographiques, la population mondiale a dépassé les 7 milliards à la fin de 2011 et les projections de fécondité dans la variante moyenne établie par les Nations Unies font attendre une population mondiale de 8,4 milliards en 2030²¹.

9. Les tendances démographiques actuelles sont caractérisées par une diversité considérable entre pays et régions. La plupart des pays développés et plusieurs pays en développement voient se produire un vieillissement de leur population, avec une baisse de la proportion de jeunes et d'adultes en âge de travailler. Même dans les pays pauvres, la baisse des taux de fécondité amènera un vieillissement de la population et la forte proportion de personnes âgées que l'on trouve actuellement en Europe et dans les pays développés d'Asie se retrouvera dans une grande partie du monde en 2050²².

10. À l'opposé, des taux de fécondité élevés de plus de 3,5 enfants par femme ne sont constatés que dans 49 pays pauvres, situés surtout en Afrique et en Asie du Sud, ces pays comptant moins de 13 % de la population mondiale. Ces pays et d'autres pays en développement se caractérisent toujours par une hausse de la proportion de jeunes et de personnes en âge de travailler, situation qui, dans des circonstances favorables, notamment une baisse de la fécondité, pourrait dégager un dividende démographique temporaire, mais qui, en même temps, cause des difficultés aux gouvernements, tenus d'assurer un accès adéquat à l'éducation et à l'emploi²³.

11. La baisse des taux de fécondité laisse une marge de manœuvre aux pays à faible revenu et à revenu moyen, et ces pays devraient donc connaître une croissance économique très rapide car la proportion de la population en âge de travailler atteint des sommets historiques par rapport au nombre d'enfants et au nombre de personnes âgées encore au travail. S'ils ont des possibilités d'éducation et d'emploi, les jeunes peuvent soutenir une croissance économique et un développement plus rapides. L'Afrique subsaharienne connaîtra une augmentation particulièrement rapide de la population âgée de 25 à 59 ans au cours de la décennie à venir²⁴.

12. L'accès au téléphone portable et à Internet a ouvert de nouvelles perspectives aux jeunes, bien au-delà de ce qu'ils pouvaient imaginer auparavant, et a fait connaître à beaucoup d'entre eux leurs droits fondamentaux et les inégalités dont ils sont victimes²⁵. Pour mettre à profit ces aspirations des jeunes, il faudra investir massivement dans l'éducation et la santé de la procréation, pour permettre aux jeunes couples de retarder la naissance de leur enfant et d'acquérir la formation nécessaire pour mener une vie longue et productive dans une économie nouvelle. Et comme eux aussi appartiendront un jour à une société vieillissante, ils devront

²¹ *Perspectives de la population mondiale : révision de 2012* (voir note 7 plus haut).

²² Ibid.

²³ *Perspectives de la population mondiale : révision de 2012. Points saillants et tableaux* (ESA/P/WP.228).

²⁴ *Perspectives de la population mondiale : révision de 2012* (voir note 7 plus haut).

²⁵ N. Halewood et C. Kenny, « Young people and ICTs in developing countries », (Washington, Banque mondiale, 2008). À consulter à l'adresse suivante : www.cto.int/wp-content/themes/solid/_layout/dc/k-r/youngsub.pdf.

pouvoir, toute leur vie durant, acquérir de nouvelles connaissances et participer à la vie sociale, économique et politique de leur pays. Ils auront aussi besoin des compétences nécessaires pour gérer de façon responsable la planète et l'environnement qui leur seront légués.

13. L'époque actuelle connaît une paix relative. Alors que depuis la fin de la guerre froide²⁶, on constate une baisse rapide du nombre de guerres mettant aux prises deux pays, au cours des 20 dernières années écoulées depuis 1994, de profondes fractures relatives à des valeurs religieuses et politiques sont de plus en plus manifestes et, bien souvent, l'objet du différend idéologique n'est autre que la défense des droits de l'homme et l'autonomie des femmes et des filles²⁷. Dans aucun pays les femmes n'ont exactement le même pouvoir politique et économique que les hommes. Cependant, alors que la plupart des États progressent, quoique lentement, vers l'égalité des sexes²⁸, dans plusieurs pays les droits et l'autonomie des femmes sont en régression²⁹.

14. L'exode rural – qui est une réponse habituelle à l'inégalité structurelle et fait partie intégrante du processus de développement – atteignait une échelle beaucoup moins grande en 1994 qu'en 2008, date où plus de la moitié de la population mondiale était urbanisée³⁰; on estime à 1,3 million de personnes par semaine l'augmentation de la population des villes³¹, sous l'effet à la fois de l'accroissement naturel et de l'exode rural. Une plus grande mobilité, aussi bien entre les pays que dans les pays, témoigne de l'interdépendance grandissante, des liens de plus en plus étroits entre les différentes parties du monde. La croissance rapide de la population urbaine est l'une des transformations démographiques les plus frappantes du siècle et il faudra, pour que les villes deviennent des lieux d'innovation, de croissance économique et de bien-être pour tous leurs habitants, une action internationale, nationale et sous-nationale vigoureuse. Et, si l'exode rural des jeunes³² représente pour eux un gain de liberté d'action, de liberté et de perspective, ces jeunes migrants sont souvent exposés à toutes sortes de risques, vivent souvent dans des conditions déplorables, dans des logements précaires, sans aide sociale ni accès à la justice. Ce phénomène migratoire comporte également des perspectives mais aussi des risques particuliers pour les jeunes femmes, puisqu'il leur offre accès à l'enseignement supérieur et au marché du travail, mais qu'en même temps, l'insécurité à laquelle

²⁶ L. Themnér et P. Wallensteen, « Armed conflicts, 1946-2012 », *Journal of Peace Research*, vol. 50, n° 4 (2013), p. 509 à 521.

²⁷ « Religion, politique et égalité des sexes », Résumé de projet n° 11, Institut de recherche des Nations Unies sur le développement social, 2011. À consulter à l'adresse suivante : www.unrisd.org.

²⁸ *Les femmes dans le monde 2010 : tendances et statistiques* (voir note 11).

²⁹ Human Rights Watch, *World Report 2013: Events of 2012* (New York, Seven Stories Press, 2013).

³⁰ *World Urbanization Prospects, The 2011 Revision* (ST/ESA/SER.A/322).

³¹ L'estimation de l'augmentation hebdomadaire moyenne de la population urbaine totale entre 2005 et 2010 est dérivée de l'ouvrage suivant : *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision*.

³² M. Bell et S. Muhidin. *Cross-National Comparison of Internal Migration*, Human Development Reports, Research Paper 2009/30 (Programme des Nations Unies pour le développement, juillet 2009).

elles sont exposées dans leur quartier peut entraîner une augmentation du risque de violence sexuelle ou de mauvaise santé procréative³³.

15. La migration internationale est devenue un aspect saillant de la mondialisation au début du XXI^e siècle. Attirées par de meilleures conditions de vie et de travail, poussées par des disparités économiques, sociales et démographiques ou par les conséquences des conflits et de la violence, 230 millions de personnes – soit 3 % de la population mondiale – vivent actuellement en dehors de leur pays d'origine. Quand leurs droits sont protégés, les migrants vivent dans la dignité et la sécurité et cela les amène à contribuer sur les plans économique et social à la vie de leur société d'accueil comme de leur pays d'origine, plus que ne pourraient le faire ceux qui restent exploités et marginalisés.

16. La croissance économique mondiale s'accompagne d'une augmentation préoccupante des émissions de gaz à effet de serre. En 2013, la concentration de dioxyde de carbone dans l'atmosphère a passé la barre symbolique des 400 ppm (parties par million), pour la première fois depuis 3 millions d'années³⁴, ce qui tendrait à indiquer que les chances de maintenir en dessous de 2 degrés Celsius l'augmentation de température par rapport au niveau préindustriel s'amenuisent rapidement³⁵. La nécessité d'une véritable volonté politique à l'échelle mondiale s'impose chaque jour de plus en plus.

Une application fragmentée du Programme d'action

17. L'un des aspects marquants de la Conférence internationale de 1994 était son caractère inclusif, qui a permis une participation exceptionnelle de la société civile aussi bien au processus préparatoire que dans les enceintes réservées aux organisations non gouvernementales et à la Conférence elle-même, et d'élargir considérablement l'éventail des questions traitées dans le document issu de la Conférence. Le Programme d'action comporte en effet 16 chapitres où sont définis les objectifs et les mesures relatifs à plus de 44 aspects de la problématique de la population et du développement, notamment les intérêts des différents segments de la population, un appel à investir dans le potentiel que représentent les jeunes femmes et la préoccupation qu'inspirent les conséquences des phénomènes démographiques; le document comprend aussi des recommandations d'action.

18. L'étendue des sujets traités dans le Programme d'action offrait la matière possible d'une action intégrée et complète. Cependant, en pratique, les gouvernements et les organismes de développement ont été sélectifs et ont suivi une démarche étroitement sectorielle dans la mise en œuvre. Les mesures qui visaient la promotion des droits en matière de procréation, par exemple, méconnaissaient le problème de la qualité des soins et de l'inégalité dans l'accès aux soins. De même,

³³ M. Temin *et al.*, *Girls on the Move: Adolescent Girls and Migration in the Developing World – A Girls Count Report on Adolescent Girls* (New York, Population Council, 2013); A. M. Gaetano et T. Jacka, ed. *On the Move: Women and Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (New York, Columbia University Press, 2004).

³⁴ United States – Department of Commerce, National Oceanic and Atmospheric Administration, Earth System Research Laboratory, Global Monitoring Division, Up-to-date weekly average CO₂ at Mauna Loa. Consulté le 8 décembre 2013 à l'adresse suivante : www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/weekly.html.

³⁵ *Turn Down the Heat: Why a 4°C Warmer World Must Be Avoided*, rapport établi par l'Institut de Potsdam pour la recherche sur l'impact climatique et l'analyse du climat, à l'intention de la Banque mondiale (Washington, Banque mondiale, novembre 2012).

les investissements dans les villes ne tenaient pas compte du problème de l'augmentation de la population urbanisée, et, ce faisant, on a laissé de côté un grand nombre de citoyens pauvres et de groupes urbains marginalisés qui n'ont pas accès au foncier, à la sécurité du logement et aux services publics critiques. En outre, bien que les migrations internationales fassent l'objet d'une attention marquée depuis des décennies, des migrants, en grand nombre, qu'ils aient ou non des papiers d'identité, continuent d'être tenus à l'écart d'une pleine participation à la vie sociale de leur pays de destination. Comme le montrent de nombreux exemples tirés de plusieurs secteurs, les efforts de développement n'ont toujours pas permis de garantir le respect universel des droits de l'homme ni d'investir durablement pour renforcer les capacités et assurer pendant toute leur vie la dignité des personnes désavantagées.

Des bases pour une action dans le domaine de la population et du développement après 2014

19. Dans sa résolution 65/234 sur l'examen de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et sur la suite à lui donner après 2014, l'Assemblée générale a demandé un examen systématique, intégré et exhaustif de la population et du développement, de façon à répondre aux problèmes nouveaux sur ce sujet et à l'évolution de la thématique du développement et à intégrer davantage les objectifs ayant trait à la population et au développement dans les mécanismes de développement mondiaux. Les conclusions de l'examen opérationnel réalisé suggèrent un nouveau plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action sur la population et le développement, qui reposerait sur cinq piliers thématiques : la dignité et les droits de l'homme, la santé, la mobilité et le lieu de résidence, la gouvernance et la responsabilisation, et la durabilité.

20. Le nouveau plan directeur admet que le développement a pour moteur les aspirations à la dignité et au respect des droits de l'homme, à une bonne santé et à la sécurité du lieu de résidence et de la mobilité. Ces aspirations sont liées entre elles et se confirment mutuellement, et elles offrent divers moyens thématiques d'organiser l'examen des nombreux principes, objectifs et mesures que mentionnent les chapitres du Programme d'action. Alors que les objectifs de la Conférence internationale touchaient à de nombreux aspects différents du bien-être durant la vie d'une personne et à de nombreux aspects de la question de la population et du développement, ces objectifs contribuent dans l'ensemble à un respect de la dignité et des droits de l'homme, à la bonne santé, à la sécurité du lieu de résidence et à la mobilité. Comme le respect, la protection, la promotion et l'exercice effectif des droits de l'homme sont des conditions préalables de la réalisation de tous les objectifs non encore atteints du Programme d'action, l'exercice effectif et l'élaboration de ces droits sont un indicateur critique pour déterminer si, par qui, et dans quelle mesure ces aspirations ont bien été atteintes.

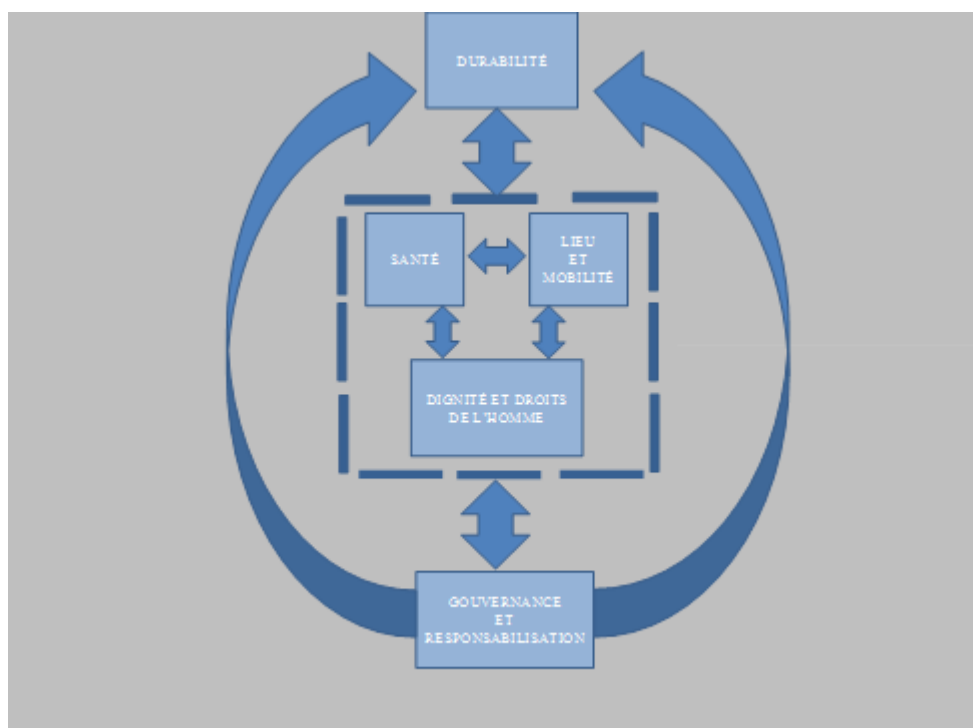
21. En outre, le plan directeur reconnaît que les gouvernements sont responsables, à la fois en vertu de leurs obligations propres et en tant qu'acteurs essentiels, de la réalisation de tous les objectifs de développement et des aspirations consignées dans le Programme d'action.

22. Enfin, conformément aux objectifs énoncés dans le Programme d'action, et conformément à la demande formulée par l'Assemblée générale dans sa résolution

65/234 de répondre aux problèmes nouveaux qui se posent dans le domaine de la population et du développement, le plan directeur met en avant les préoccupations particulières suscitées par la crise environnementale actuelle et les menaces que les modes actuels de production, de consommation et d'émission de polluants font peser sur un développement équitable et durable. La figure I ci-dessous illustre et réaffirme le message central du Programme d'action, à savoir que le développement durable passe par la réalisation équitable de la dignité et des droits de l'homme, la bonne santé, la sécurité du lieu de résidence et la mobilité, ainsi que les résultats obtenus par une bonne gouvernance et un bon exercice des responsabilités, et que les responsabilités des institutions de gouvernement s'étendent à la promotion, aux niveaux national et mondial, d'une durabilité environnementale, sociale et économique intégrée afin d'améliorer les perspectives de bien-être des futures générations.

Figure 1

Les piliers thématiques dans le domaine de la population et du développement



23. *Dignité et droits de l'homme.* S'agissant de ce pilier thématique, l'attention première s'explique par l'idée que l'achèvement du Programme d'action de la Conférence internationale suppose un engagement ciblé et partagé en faveur des droits de l'homme, de la non-discrimination et de l'élargissement des possibilités qui s'offrent à tous. Un agenda de développement qui vise le bien-être individuel et collectif et la durabilité doit garantir la dignité et les droits de l'homme de tous. Le principe 1 du Programme d'action dispose que tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de

toutes les libertés proclamées dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, sans distinction aucune. C'est ce qu'affirment aussi les traités internationaux, les instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme et les constitutions et lois nationales. Comme ces droits sont garantis sans distinction d'aucune sorte, un engagement en faveur de la non-discrimination et de l'égalité dans la dignité est au cœur même de tous les traités relatifs aux droits de l'homme. Ce principe est renforcé par les documents issus des examens régionaux ainsi que par les réunions thématiques mondiales tenues sur la suite à donner après 2014 au Programme d'action. L'examen opérationnel a également permis de réfléchir à la question récurrente de savoir si les résultats obtenus depuis 1994 ont élargi les perspectives et les droits dans tous les segments de la société et dans tous les pays. Comme la pauvreté est à la fois la cause et le résultat de l'exclusion sociale et qu'une éducation de qualité est la voie d'accès à l'autonomie individuelle, l'inégalité des revenus et les gains en matière d'éducation depuis la Conférence internationale sont traités dans la section relative à la dignité et aux droits de l'homme.

24. *Santé.* Le droit à un état de santé aussi bon que possible, l'importance de la bonne santé pour l'exercice des droits de l'homme et de la dignité et l'importance d'une bonne santé de la population en général pour le développement durable sont indéniables. La Conférence internationale fait une place centrale à la santé sexuelle et procréative, aux droits à la santé et au développement. La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation concernent la vie aussi bien des femmes que des hommes, offrent à l'individu et au couple le droit de contrôler leur santé sexuelle et procréative et de prendre des décisions libres et responsables sur le sujet, à l'abri de toute violence et de toute coercition. La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation sont essentiels pour tous les êtres humains, mais en particulier pour les femmes et les filles, pour préserver leur dignité et contribuer à l'enrichissement et à la croissance de leur société, à l'innovation et au développement durable. Entre 1990 et 2010, si au niveau mondial les traumatismes et les maladies non transmissibles, y compris celles liées au vieillissement, sont progressivement devenus prédominants dans les pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, les maladies transmissibles, les atteintes à la santé maternelle, nutritionnelle et néonatale, bien souvent évitables, ont continué à prélever un lourd tribut. Si d'importantes avancées, mesurées par les indicateurs, ont bien été réalisées dans le domaine de la santé sexuelle et procréative, il subsiste des disparités marquées entre pays et dans les pays, conséquence une fois de plus des inégalités persistantes inhérentes à un modèle de développement qui continue à faire un grand nombre de laissés-pour-compte. L'accès universel aux droits et à la santé en matière de sexualité et de procréation dépendra d'un renforcement global des systèmes de soins de santé, qui devront élargir leur couverture et être plus complets.

25. *Lieu de résidence et mobilité.* Le lieu de résidence et la mobilité déterminent l'environnement social et spatial dans lequel nous vivons et nous nous déplaçons. Leur importance, comme pilier thématique, tient aux liens entre les tendances à long terme et la dynamique de la population – formation et composition des ménages, mobilité intérieure et urbanisation, migrations internationales, accès à la terre, déplacement de population – à la réalisation à la fois de la dignité et du bien-être de la personne et du développement durable. La section IV du présent rapport traite de l'évolution de la répartition sociale et spatiale de la population depuis 1994 et propose de nouvelles méthodes pour intégrer ces changements dans les politiques

suivies de façon que celles-ci contribuent à la satisfaction du besoin humain de disposer d'un lieu de résidence sûr et sans danger et du besoin de mobilité. La même section analyse aussi la nécessité d'assurer la dignité et les droits de l'homme de tous ceux dont la sécurité d'occupation de leur logement et la liberté de mouvement sont menacées.

26. *Gouvernance et responsabilisation.* Des institutions de gouvernement responsables sont le premier moyen qui s'offre de réaliser ces objectifs. Le monde a connu depuis 1994 d'importants changements en matière de répartition des pouvoirs et de la volonté politique du fait de l'entrée en scène d'un nombre croissant d'acteurs sur les plans national et municipal, comme au sein de la société civile, ainsi que d'autres acteurs non étatiques. La Conférence internationale avait apporté, au niveau national, une impulsion à la création et au renouvellement des institutions traitant des questions de dynamique des populations, de développement durable, de santé sexuelle et procréative, des besoins des adolescents et des jeunes et de l'égalité des sexes. Au cours des 20 dernières années, on a constaté une amélioration tangible de la participation formelle des bénéficiaires visés à la planification et l'évaluation de l'investissement réalisé dans le domaine de la population et du développement et à l'élaboration d'indicateurs communs pour mesurer le développement. Alors qu'au niveau mondial, de nombreux objectifs de développement vont être redéfinis, il est essentiel que la participation progresse, avec la production et l'utilisation des connaissances, l'obtention de ressources adéquates et d'une coopération, et avec la nécessité critique permanente d'une action mondiale en vue de réaliser les objectifs du programme d'action pour la population et le développement après 2014. Les mécanismes internationaux de protection des droits de l'homme ont gagné en autorité, compétence et pouvoir de contrôle depuis 1994, tandis que le pouvoir d'action politique de la société civile s'est sensiblement développé avec, pour conséquence, une réorientation marquée des investissements fondés sur les droits. Pourtant, le pouvoir politique de la richesse privée n'a jamais été à la fois aussi prometteur et aussi menaçant pour le développement mondial – ce qui appelle un pilotage mondial plus représentatif, axé sur le secteur public et plus responsable.

27. *Durabilité.* Enfin, le principe de la durabilité réaffirme les liens intrinsèques entre les objectifs analysés dans les paragraphes précédents sur la dignité et les droits de l'homme, la santé, le lieu de résidence et la mobilité, d'une part, et la gouvernance, d'autre part, et montre assez que la discrimination et l'inégalité doivent figurer en bonne place dans le plan directeur après 2014 et le programme de développement pour l'après-2015, pour le bien-être de la population et pour notre maison commune qu'est la planète. L'actuel modèle de développement a amélioré les niveaux de vie et élargi les possibilités qui s'offrent à beaucoup et pourtant, les gains économiques et sociaux sont répartis de façon inégale et au détriment de l'environnement. Les impacts environnementaux et notamment le changement climatique retentissent sur la vie quotidienne de tous, mais en particulier celle des pauvres et des laissés-pour-compte, qui manquent de ressources pour s'y adapter, alors même qu'ils ont le moins contribué au changement environnemental causé par l'homme. La présente section examine les liens entre la dynamique démographique, de plus en plus diversifiée, l'environnement et l'inégalité et s'appuie sur les quatre piliers thématiques présentés, pour proposer un ensemble de trajectoires vers la durabilité qui puisse en même temps assurer le respect de la dignité et des droits de l'homme pour tous après 2014. L'approche cohérente et détaillée de la

problématique population-développement proposée dans le présent rapport devrait aider de façon essentielle à réaliser le développement durable tel qu'il est conçu par les États Membres et le Secrétaire général dans leurs vues pour un programme de développement pour l'après-2015.

Suite à donner au Programme d'action après 2014 : la durabilité mondiale et la dignité de l'individu et la défense des droits de l'homme

28. Comme les débats et les politiques sur les questions de population avant la Conférence internationale le montraient, il existait alors des craintes à l'échelle mondiale qui trop souvent l'ont emporté sur le souci de défendre les droits de l'homme et les libertés individuelles et collectives, et ces craintes ont servi de prétexte pour justifier des atteintes aux droits de l'homme. Après la crise de 2008, les débats sur la durabilité environnementale et la nécessité de stimuler la croissance économique risquent d'avoir les mêmes conséquences. L'impératif consigné dans le Programme de développement pour l'après-2015 est d'inscrire la durabilité sociale, économique et environnementale dans le cadre d'un ensemble unique d'aspirations mondiales; les constatations et conclusions du présent examen opérationnel militent pour une intégration de ces objectifs, qui sont souvent disparates.

29. L'importance essentielle du changement de paradigme amorcé grâce à la Conférence internationale – et qui a par la suite été confirmé par les progrès réalisés au cours des 20 années suivantes – tenait précisément au fait qu'il démontrait que les aspirations individuelles et collectives au développement ne pouvaient que profiter de la place essentielle faite à la dignité de l'individu et aux droits de l'homme. En mettant à jour ces principes et en facilitant leur application, les gouvernements peuvent réaliser les objectifs énoncés en 1994 tout en accélérant l'avènement d'une société résiliente et d'un avenir viable à terme pour tous. Les lois et les politiques qui assurent le respect et la protection de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation de tous les individus, condition du bien-être individuel et aussi de la durabilité, ont une place essentielle dans un tel exercice.

30. Comme le montrent de façon élaborée les constatations consignées dans l'examen opérationnel et qui sont décrites plus bas, la volonté de développer équitablement les droits de l'homme et les capacités humaines, en particulier chez les jeunes, est partagée par la plupart des États Membres, et la plupart des gouvernements signalent en effet qu'ils se sont employés activement à réduire la pauvreté, améliorer la condition féminine, développer l'éducation, éliminer la discrimination, améliorer la santé et le bien-être en matière de sexualité et de procréation et rechercher la viabilité à terme. Mais les progrès sont inégaux et il est manifeste qu'il subsiste partout des inégalités. Il reste donc encore beaucoup à faire au cours des décennies qui viennent.

31. Depuis près de 15 ans, les objectifs du Millénaire pour le développement constituent le concept unificateur de l'action mondiale pour le développement. Au moment où les Nations Unies examinent le programme de développement pour l'après-2015, les objectifs et les principes du Programme d'action et les conclusions du présent examen opérationnel apportent des contributions appréciables à l'accomplissement des droits de l'homme, de l'égalité et du développement durable.

A. La réalisation des droits de l'homme

32. Si l'on cherche à analyser la situation en ce qui concerne le bien-être individuel comme le prévoit le Programme d'action, il faut se demander dans quelle mesure les progrès ont été équitables entre les différents segments de la société et dans quelle mesure les droits fondamentaux proclamés par le Programme d'action ont effectivement été réalisés. Conformément à l'engagement fondamental, consigné dans le Programme d'action, de créer un monde plus équitable dans lequel la sécurité, l'éducation, la richesse et le bien-être seraient partagés par tous, le présent examen opérationnel traite expressément, chaque fois que possible, des inégalités sociales et spatiales.

33. La conception commune du développement, des droits de l'homme et d'un ordre mondial fondé sur la paix et la sécurité est la base des Nations Unies depuis leur création. Ainsi, le paragraphe 3 de l'Article premier de la Charte des Nations Unies (1945) proclame que l'un des buts de l'Organisation est de « réaliser la coopération internationale [...] en développant et en encourageant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion ». La Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et les deux pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme (1966) donnent une liste élargie de droits civils et politiques, d'une part, et de droits économiques, sociaux et culturels, d'autre part, que les États Membres sont tenus de respecter, de protéger et de laisser exercer. Le système de défense des droits de l'homme a notablement évolué depuis 1948 puisqu'il intègre de nombreuses conventions internationales ainsi que des résolutions, des déclarations, des décisions et des principes. Mais, de plus en plus, il existe au niveau régional des systèmes de protection des droits de l'homme qui complètent les efforts menés au niveau international en prévoyant des modes de protection des droits adaptés à chaque région.

34. Alors que les droits de l'homme sont indivisibles et liés entre eux, divers traités et diverses directives générales en précisent certains aspects. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) et la Convention relative aux droits de l'enfant (1989) précisent les droits et les obligations, énoncent plus complètement les droits des femmes et des enfants et donnent des directives sur les moyens de respecter, de protéger et d'exercer au mieux tous ces droits.

35. Arrivant juste après la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993), qui affirmait que « tous les droits de l'homme sont universels, indivisibles, interdépendants et liés entre eux » et consacrait une section de la Déclaration et du Programme d'action de Vienne à l'égalité de condition des hommes et des femmes, la Conférence internationale sur la population et le développement a réuni le développement et les droits de l'homme d'une façon convaincante et pratique. La Déclaration de Beijing énonçait simplement : « Les droits des femmes sont des droits fondamentaux de la personne. »

36. La Conférence internationale sur la population et le développement a affirmé que les engagements internationaux largement reconnus en faveur des droits de l'homme devaient être appliqués à tous les aspects des politiques et programmes en matière de population et de développement. S'appuyant sur la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, l'un des principaux résultats de la Conférence

internationale n'est autre que la reconnaissance expresse du lien entre les droits de l'homme, la population et le développement. Le Programme d'action affirme que « le droit au développement est un droit universel et inaliénable et fait partie intégrante de l'ensemble des droits fondamentaux, et la personne humaine est le sujet central du développement ». Tourné vers les problèmes et les obligations de la durabilité, le Programme d'action reconnaissait en outre que « le droit au développement doit être mis en œuvre de façon à satisfaire équitablement les besoins des générations présentes et futures en matière de population, de développement et d'environnement » (principe 3).

37. Le Programme d'action affirmait également que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits et que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, sans distinction aucune notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation » (principe 1).

38. En affirmant la place centrale des droits de l'homme dans l'optique de la population, le Programme d'action reconnaissait que « les droits en matière de procréation englobent certains droits de l'homme largement reconnus » et que « ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction », ainsi que du « droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'il est exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme » (par. 7.3).

39. Le Programme d'action réaffirme aussi les droits civiques d'un intérêt direct s'agissant de la migration, de la mobilité et de la sécurité des personnes. Le Programme appelait tous les pays à « garantir à tous les migrants la jouissance de tous les droits fondamentaux de la personne humaine énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme » (principe 12) et que « devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile dans d'autres pays » (principe 13). Le Programme d'action prévoit également des moyens de protéger la mobilité, en indiquant que « lorsqu'ils formulent leurs politiques en matière de répartition de la population, les gouvernements devraient veiller à ce que les objectifs et buts de ces politiques n'aillent pas à l'encontre des droits fondamentaux de l'homme » (par. 9.3). S'agissant de la sécurité humaine, le Programme d'action réaffirme que tous les individus « ont droit à un niveau de vie suffisant pour eux-mêmes et leurs familles, y compris une alimentation, des vêtements, un logement, un approvisionnement en eau et un système d'assainissement adéquats » (principe 2).

40. Les 19 années qui ont suivi la Conférence internationale sur la population et le développement ont vu se produire un élargissement des systèmes internationaux et régionaux de protection des droits de l'homme, et des progrès bien précis s'agissant de bon nombre des objectifs relatifs à la population et au développement déjà proposés dans le Programme d'action. En particulier, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue en 1994 à Beijing, a marqué une étape importante de la marche mondiale vers l'autonomisation des femmes, l'égalité des sexes et la

défense des droits de l'homme. Le Programme d'action adopté par la Conférence de Beijing présentait les objectifs et les mesures essentielles à prendre concernant l'égalité des sexes, notamment dans les domaines de l'élimination de la pauvreté, l'éducation et la formation, la santé, l'élimination de la violence contre les femmes, la participation des femmes à la vie économique et la défense de leurs droits fondamentaux.

41. L'élimination de la violence contre les femmes retient nettement l'attention dans les engagements pris depuis 1994 à l'échelle régionale, par les systèmes africain, interaméricain et européen de défense des droits de l'homme, qui tous élaborent des instruments dont le but est de venir à bout de la violence contre les femmes.

42. Les lois relatives à la défense des droits de l'homme concernant la mobilité, en particulier les droits des migrants, ont également progressé depuis la Conférence internationale de 1994. Le Programme d'action invitait les États à ratifier la Convention internationale de 1990 sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (par. 10.6). Cette convention est entrée en vigueur en 2003, moins de 10 ans plus tard.

43. L'extension du droit à la dignité et à la non-discrimination à toutes les personnes, et la protection des droits des populations victimes de stigmatisation, de discrimination ou d'une marginalisation persistante ont également progressé. Par exemple, le Programme d'action proclamait les droits des personnes handicapées et, en 2006, la Convention sur les droits des personnes handicapées a été adoptée, qui reconnaissait formellement ces droits. En 2007, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones a été adoptée par l'Assemblée générale; elle reconnaît l'autodétermination des peuples autochtones ainsi que le principe du consentement préalable, librement accordé et en connaissance de cause sur toutes les questions affectant leurs droits. En 1997, les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme ont constitué un cadre de défense des droits des personnes vivant avec le VIH et le sida.

44. Malgré cette évolution, les principes relatifs aux droits de l'homme portant sur l'égalité et la non-discrimination restent malheureusement lettre morte pour beaucoup de groupes, parmi lesquels figurent surtout les filles et les femmes, d'une part, et les personnes d'orientation sexuelle ou d'identité sexuelle diverses, d'autre part. Dans certains pays demeurent en vigueur des lois interdisant certains comportements et rapports sexuels consensuels entre adultes, y compris les relations en dehors du mariage.

45. Le système régional africain de défense des droits de l'homme s'est beaucoup développé depuis 1994, notamment grâce à l'adoption du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (2003) et la Charte de la jeunesse africaine (2006). Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique a consacré des progrès importants dans la protection et la promotion des femmes et l'égalité des sexes, approfondissant les engagements pris au niveau international, en fonction des caractéristiques culturelles et politiques propres à l'Afrique. Le Protocole ne se borne pas à affirmer le droit au développement, à l'éducation, à l'emploi et au bien-être socioéconomique, il traite également de l'impact spécifique de nombreux problèmes sur les femmes en Afrique, notamment s'agissant des droits fonciers et de l'héritage, des pratiques coutumières néfastes, du

VIH/sida et de la santé en matière de procréation, ainsi que du mariage, du divorce et du veuvage. À l'échelle mondiale, la Charte africaine de la jeunesse et la Convention ibéro-américaine sur les droits de la jeunesse (2005) représentent les seuls instruments régionaux juridiquement contraignants, à ce jour, à traiter expressément du respect et de l'exercice des droits des jeunes. Ces documents détaillés encouragent l'émancipation, l'épanouissement et la participation des jeunes, et défendent les droits des jeunes à la non-discrimination, à la liberté d'expression, à la santé, à l'emploi et à la formation professionnelle.

46. Malgré de nombreux progrès dans la défense des droits de l'homme au cours des 20 dernières années, décrits dans l'ensemble du présent rapport, il subsiste de graves lacunes dans l'application équitable de ces droits à toutes les personnes et dans la mise en place d'un système de responsabilisation³⁶. Les perspectives de mise en place et le besoin d'un tel système sont analysés dans le présent rapport, en particulier au chapitre relatif la gouvernance, qui comporte des recommandations précises.

B. Méthode, sources et structure du rapport

47. La méthode et les activités de l'examen opérationnel ont été élaborées collectivement sur la base de consultations et d'accords avec les États Membres, les organismes des Nations Unies et d'autres partenaires compétents désignés dans la résolution 65/234 de l'Assemblée générale, parmi lesquels figurent la société civile et d'autres institutions. L'examen opérationnel utilise les données de la plus haute qualité produites par les États Membres, et notamment l'enquête mondiale menée dans le cadre de l'examen de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement en vue de déterminer la suite à donner au Programme après 2014 (ci-après l'« enquête mondiale »), conçue en consultation avec tous les partenaires, mais surtout les gouvernements. En outre, les conférences ou réunions thématiques mondiales organisées sur plusieurs questions qui, au-delà de l'enquête mondiale, appelaient un examen plus approfondi et un débat entre les acteurs ont porté sur la jeunesse, la santé des femmes, les droits de l'homme et le plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action.

48. Les résultats de ces activités, les examens régionaux organisés par les commissions régionales et les examens ministériels régionaux du Programme d'action après 2014 ainsi que les sources dont la liste est donnée plus bas forment la base des analyses et des recommandations contenues dans le présent rapport :

- Profils nationaux de mise en œuvre;
- Enquête mondiale sur la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement;
- Document issu du Forum mondial des jeunes et documents techniques préparés en vue de cette réunion;

³⁶ Conférence internationale sur les droits de l'homme relative à la suite à donner après 2014 à la Conférence internationale sur la population et le développement, Pays-Bas, 7-10 juillet 2012, déclaration de clôture du Président.

- Rapport de la Conférence sur les droits de l'homme relative à la suite à donner après 2014 à la Conférence internationale sur la population et le développement, et documents techniques établis en vue de cette conférence;
- Recommandations d'experts sur la santé des femmes : les droits, l'autonomisation et les facteurs sociaux, et documents techniques établis en vue de cette réunion;
- Recommandations de la réunion internationale sur la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement;
- Rapports établis par les commissions régionales sur la base d'analyses régionales des données produites par l'enquête mondiale et des résultats des conférences régionales;
- Données et analyse des sources examinées collégialement et des processus interorganisations connexes, tels que les consultations spéciales organisées par les groupes thématiques et par le secrétariat de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014 sur la mise en œuvre du Programme d'action après cette date;
- Données, analyses et rapports sur les flux financiers occasionnés par l'application du Programme d'action, notamment les estimations de coût de sa mise en œuvre jusqu'en 2015;
- Documentation publiée à l'occasion du dixième et du quinzième anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement;
- Documents concernant le programme de développement pour l'après-2015 qui sont pertinents au regard de l'examen opérationnel, en particulier les résultats de la consultation mondiale sur la dynamique de la population dans le Programme pour le développement après 2015 et la déclaration de Dhaka adoptée en mars 2013 par des dirigeants mondiaux sur la dynamique de la population et sur le programme de développement pour l'après-2015; document établi par l'équipe spéciale des Nations Unies sur la dynamique de la population ainsi que des documents et études publiés après les consultations thématiques mondiales sur la santé, l'éducation, les inégalités et la gouvernance.

49. L'enquête mondiale a été menée auprès de 176 États Membres et 7 territoires représentatifs de toutes les régions du monde; elle fournit des données nouvelles sur l'établissement d'institutions publiques chargées des principales préoccupations évoquées par le Programme d'action, sur la mesure dans laquelle les gouvernements ont cherché à répondre à des problèmes précis au cours des cinq dernières années et les priorités publiques dans ces domaines pour les 5 à 10 prochaines années.

50. Les données sur l'état de santé des populations, le changement démographique, les valeurs relatives aux rapports hommes-femmes, la condition socioéconomique et les niveaux d'éducation reposent sur des statistiques transmises par les pays ou obtenues par des recensements, des enquêtes sur les ménages (comme les enquêtes démographiques et sanitaires et les enquêtes par grappes d'indicateurs multiples), les tendances et projections établies par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU, les systèmes de suivi des entités des Nations Unies telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme commun

des Nations Unies sur le VIH/sida (ONU/sida) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ainsi que d'autres enquêtes, notamment l'enquête mondiale sur les valeurs, qui sont le résultat de collaborations avec des universitaires, qui ont nécessité l'aval des États Membres; les données ont été enrichies par des analyses empruntées à des rapports techniques commandés dans le cadre de l'examen opérationnel. On trouvera à l'annexe des informations complémentaires sur les méthodes d'analyse suivies.

51. Pour faciliter l'analyse, les données présentées dans le rapport ont été agrégées ou ventilées par région et sous-région géographique, niveau de revenu et selon que les pays sont plus développés ou moins développés. Les régions ou sous-régions géographiques retenues sont celles de la classification standard des codes de pays et de zone et des régions géographiques à usage statistique (M49) des Nations Unies³⁷, mais il peut y avoir de petites différences dans le texte du rapport, selon que les groupements sont ceux retenus par les organisations internationales dont les données ont été utilisées ou en fonction d'un classement statistique des pays répondant à des caractéristiques diverses. Le classement des pays par niveau de revenu est celui retenu par la Banque mondiale, qui utilise le revenu national brut (RNB) par habitant³⁸. Parmi les pays « plus développés » figurent les pays européens, l'Australie, le Canada, les États-Unis, le Japon et la Nouvelle-Zélande. Les régions moins développées regroupent les pays d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Asie (hors Japon) et d'Océanie (hors Australie et Nouvelle-Zélande).

52. Le début de chaque section donne la liste des principes, objectifs et mesures contenus dans le Programme d'action qui sont représentatifs de chaque pilier thématique.

53. La « cartographie » des droits que donne le présent rapport a été réalisée au moyen d'un examen de l'application de la Déclaration universelle des droits de l'homme, du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et des sept autres principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, de divers instruments importants internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme, des observations générales et des recommandations formulées par les organes conventionnels, des rapports des rapporteurs spéciaux, de certaines résolutions de l'Assemblée générale et des documents issus des processus intergouvernementaux qui réaffirment les engagements en matière de droits de l'homme.

54. Les analyses des divers instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme adoptés depuis 1994 qui sont pertinents pour les principales questions traitées sont données dans des encadrés répartis dans l'ensemble du texte du rapport. On distingue à cet effet trois niveaux d'obligations résultant de ces traités³⁹ :

³⁷ Pour la composition des régions macrogéographiques (continentales) et des sous-régions, voir <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>.

³⁸ Au 1^{er} juillet 2012. Pour un complément d'information, consulter l'adresse <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>.

³⁹ La liste des documents relatifs aux droits de l'homme examinés dans le présent rapport n'est pas exhaustive. Le rapport s'intéresse surtout aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme dans l'optique de l'examen opérationnel; y figurent les conventions adoptées par l'Organisation internationale du Travail et divers instruments du droit international humanitaire.

a) **Les traités, les pactes et les conventions** qui sont juridiquement contraignants pour les États qui les ont ratifiés et qui sont entrés en vigueur une fois réunies un certain nombre ratifications;

b) **Les documents négociés et les déclarations consensuelles des organes intergouvernementaux s'occupant des droits de l'homme**, tels que les résolutions et déclarations qui approfondissent les engagements relatifs aux droits de l'homme sur certains points précis. Plusieurs autres **documents négociés intergouvernementaux** ont été retenus en raison de leur importance pour l'examen opérationnel, et c'est le cas notamment des documents issus de grandes conférences ou documents consensuels qui, sans être des instruments relatifs aux droits de l'homme, contiennent pourtant des normes relatives à ceux-ci;

c) **D'autres instruments non juridiquement contraignants**, tels que les observations générales et recommandations des organes créés en vertu de traités relatifs aux droits de l'homme, dits organes conventionnels, qui offrent des interprétations de diverses dispositions relatives aux droits de l'homme figurant dans des principaux traités internationaux.

55. Les principaux instruments relatifs aux droits de l'homme mentionnés dans les encadrés définissent les droits fondamentaux sur lesquels reposent les principes, objectifs et mesures contenus dans le Programme d'action et les mécanismes qui, depuis 20 ans, animent leur évolution.

56. Les passages du rapport imprimés en caractère gras sont les recommandations relatives à diverses questions spécifiques soulevées à propos de chacun des piliers thématiques. À la fin de chaque section, dans les domaines importants pour une future action, on a fait la synthèse des principales constatations et recommandations à propos de chaque pilier thématique. La dernière section donne sept « trajectoires de durabilité » qui définissent les contributions au développement durable du nouveau plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action.

II. Dignité et droits de l'homme

« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. Chacun a le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne. »

(Principe 1 du Programme d'action)

« Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'équité ainsi qu'assurer la promotion des femmes et l'élimination de toutes les formes de violence à leur rencontre, et veiller à ce que les femmes aient les moyens de maîtriser leur fécondité sont des éléments capitaux des programmes relatifs à la population et au développement. Les droits des femmes et des fillettes font inaliénablement, intégralement et indissociablement partie des droits universels de la personne

La liste des « autres documents intergouvernementaux » est sélective et abrégée, puisqu'elle ne retient que les documents d'importance critique pour le présent examen.

humaine. L'égalité et la pleine participation des femmes à la vie civile, culturelle, économique, politique et sociale aux niveaux national, régional et international, et l'élimination de toutes les formes de discrimination fondées sur le sexe sont des objectifs prioritaires pour la communauté internationale. »
(Principe 4 du Programme)

57. Le premier principe du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement dispose que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits » et peuvent se « prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, sans distinction aucune ». Ce principe, qui vise à l'élimination urgente de toute forme de discrimination et énonce que les politiques et objectifs relatifs à la population ont pour but principal d'améliorer la qualité de vie de tous, fait le lien entre dignité, droits de l'homme et bien-être individuel.

58. Dignité, droits de l'homme et libertés fondamentales sont étroitement liés. Comme il ressort du Programme d'action, la dignité ne se résume pas, et de loin, à la satisfaction des besoins essentiels, puisqu'elle englobe également le droit à l'éducation, à la pleine participation à la vie sociale, économique et politique, à la liberté d'information, à une vie exempte de discriminations et de violences, à la sécurité de résidence et à la liberté de mouvement, et impose de donner aux personnes les moyens de renforcer et d'actualiser leurs compétences tout au long de leur vie. Elle inclut également le droit fondamental à la santé procréative et sexuelle, la liberté de choisir son conjoint et d'avoir ou non des enfants et, dans l'affirmative, du moment auquel les avoir, et l'assurance de vivre une vie sexuelle épanouie sans craindre de tomber malade ou de mettre sa santé en danger. Ces droits et libertés vont de pair avec une société prospère et inclusive, composée d'individus résilients qui savent s'adapter et innover, et garantissent que tous profiteront d'un avenir commun prospère.

59. Le présent chapitre du rapport fait le point sur les progrès accomplis depuis 1994 sur la voie de l'égalité et de la non-discrimination, particulièrement en rapport avec les communautés les plus exposées à la discrimination, recense les lacunes et défis de l'exécution du Programme d'action dans les domaines de la dignité et des droits de l'homme, contient des recommandations concrètes et met en évidence les principaux domaines dans lesquels des mesures devront être prises.

A. Les multiples dimensions de la pauvreté

60. La pauvreté prive l'individu de la vie libre et digne d'un être humain doté de tout le potentiel nécessaire pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés dans la vie⁴⁰. Elle se manifeste sous diverses formes : il peut s'agir de l'absence de revenus et de ressources productives suffisantes pour s'assurer des moyens d'existence viables, mais aussi de nombreux autres types de dénuements, tels que l'insécurité alimentaire, l'absence d'accès aux soins de santé, à l'éducation et à d'autres services de base, l'absence de logement ou de logement salubre, l'insécurité et l'impossibilité d'exercer des voies de recours, et l'incapacité de faire entendre sa

⁴⁰ *Report on the World Social Situation 2010 : Rethinking Poverty* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.09.IV.10).

voix ou d'accéder à l'information et de participer à la vie politique⁴¹. La pauvreté est un phénomène fluctuant : alors que certains y sombrent puis s'en sortent, d'autres en restent captifs et beaucoup n'en sont qu'à un pas.

61. Entre 1990 et 2010, dans les pays en développement, la part de la population mondiale vivant dans la misère a été réduite de moitié, passant de 47 % à 22 %, soit une diminution de 700 millions de personnes⁴². Toutefois, en dépit de cette avancée remarquable, on estime que 1,2 milliard de personnes continuent de vivre dans des conditions de pauvreté extrême. À l'aide de l'indice de pauvreté multidimensionnelle, qui mesure le dénuement humain à partir d'indicateurs comme la santé, l'éducation et le niveau de vie, le Programme des Nations Unies pour le développement a estimé qu'environ 1,57 milliard de personnes, soit plus de 30 % de la population des 104 pays étudiés, vivaient dans des conditions de pauvreté multidimensionnelle. D'ailleurs, dans de nombreux pays du Sud qui connaissent une croissance rapide, le nombre de ces personnes dépasse celui des personnes souffrant de pauvreté monétaire⁴³.

62. La pauvreté sévit dans tous les pays et frappe de manière disproportionnée les femmes et les enfants dont elles ont la charge. La pauvreté a toujours été mesurée à l'échelle du ménage sans prendre en compte les inégalités au sein même des familles, ce qui fait que les différences entre hommes et femmes étaient masquées. Par contre, la comparaison des ménages composés d'une seule personne (avec ou sans enfants à charge) montre de manière irréfutable que les femmes sont plus durement touchées par la pauvreté que les hommes⁴⁴. C'est pour ces mêmes raisons qu'il est tout aussi difficile de mesurer la pauvreté au sein de certains groupes de la population, comme les personnes âgées ou handicapées. La réduction de l'extrême pauvreté est un objectif réalisable sur le plan mondial et se trouve au cœur des efforts déployés pour garantir à tous le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux.

63. La santé, composante fondamentale des autres piliers thématiques du présent examen, est également un élément déterminant de la pauvreté sous tous ses aspects. Elle est nécessaire au bien-être et à la longévité. La pauvreté présente un risque sanitaire du fait qu'elle force les gens à vivre dans des conditions déplorables, sans installations sanitaires, ni logement ou eau potable, et les empêche d'accéder aux services sanitaires, sociaux et juridiques, dans les sociétés où l'accès aux services est circonscrit à ceux qui ont les moyens⁴⁵.

64. Tous ces facteurs sont eux-mêmes influencés par des considérations de lieu et de mobilité. L'insécurité liée au lieu de résidence, qu'elle soit due à l'absence de logement, à la jouissance de droits fonciers limités, à l'occupation d'un logement

⁴¹ Programme d'action du Sommet mondial pour le développement social, par. 19; voir *Rapport du Sommet mondial pour le développement social, 6-12 mars 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.96.IV.8), chap. I, résolution n 1, annexe II; *Report on the World Social Situation 2010. Rethinking Poverty*, Nations Unies, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, *Millennium Development Goals: 2006 Report - A Look at Gender Equality and Empowerment of Women in Latin America and the Caribbean* (Santiago, 2007).

⁴² Objectifs du Millénaire pour le développement, rapport de 2013 (voir note 4 ci-dessus).

⁴³ Programme des Nations Unies pour le développement, *Rapport sur le développement humain 2013, L'essor du Sud : le progrès humain dans un monde diversifié* (New York, 2013).

⁴⁴ *The World's Women 2010: Trends and Statistics* (voir note 11 ci-dessus).

⁴⁵ B. G. Link et J. Phelan, « Social conditions as fundamental causes of disease », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35 (1995), p. 80 à 94.

insalubre ou à une vulnérabilité accrue aux catastrophes naturelles ou anthropiques, aux guerres ou aux conflits, va de pair avec la précarité des moyens de subsistance et pousse un grand nombre de personnes à s'enfoncer dans la pauvreté ou à en rester captives. Cette insécurité, combinée à l'impossibilité, par absence de liberté de choix ou de ressources, de changer de lieu, favorise plus que jamais une vulnérabilité extrême.

65. La pauvreté multidimensionnelle est fondamentalement liée à l'absence de participation aux mécanismes de gouvernance et de responsabilisation. La société étend ses bienfaits à ceux qui sont en mesure d'y participer, ce que la pauvreté ne permet pas car elle étouffe la voix des pauvres, surtout lorsque les inégalités sont particulièrement criantes. La pauvreté est aussi bien la cause que la conséquence de multiples violations des droits de l'homme, pour lesquelles les auteurs sont rarement poursuivis. La mise en œuvre du principe de responsabilité, dont la participation est un élément essentiel, signifie que les décideurs sont tenus à une gestion responsable et transparente et que les lois sont mises à exécution.

66. Enfin, la pauvreté est fondamentalement liée au développement durable. La croissance économique a beau être indispensable à la réduction de la pauvreté, il est évident, au vu de ses conséquences sur l'environnement et de la répartition de plus en plus inégale des revenus et des richesses à l'échelle mondiale, qu'elle ne suffit pas à assurer un développement solidaire. La croissance économique et les ressources naturelles non renouvelables profitent de manière disproportionnée aux riches, ce qui rend impossible toute réduction de la pauvreté. Parallèlement, les gaspillages et déchets liés aux secteurs nuisibles à l'environnement et à l'exploitation excessive des ressources naturelles ont de fortes répercussions sur les pauvres et aggravent la pauvreté.

67. La majorité écrasante des gouvernements (93 %) ayant répondu à l'enquête mondiale de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014 ont indiqué qu'ils prenaient des mesures⁴⁶ pour réduire la pauvreté, en mettant particulièrement l'accent sur les stratégies de création de revenus et d'emplois, tout en précisant qu'ils accordaient une attention particulière à la solidarité sociale et à la protection des pauvres dans bon nombre de domaines couverts par l'enquête. Ainsi, 77 % des gouvernements ont-ils indiqué qu'ils inscriraient très certainement la protection sociale de la famille, qui englobe l'ensemble des priorités se rapportant à la prestation de services sociaux ou à la satisfaction des besoins de base, au nombre des priorités des politiques publiques qu'ils mèneront au cours des 5 à 10 prochaines années pour assurer le bien-être durable des familles.

68. Les États ne pourront parvenir au développement que s'ils élaborent et mettent en œuvre des stratégies efficaces, intégrées, coordonnées et cohérentes visant à réduire la pauvreté et briser le cycle de l'exclusion et de l'inégalité, ou renforcent celles qui existent déjà, en ciblant les personnes appartenant à des groupes marginalisés ou défavorisés, que ce soit dans les zones urbaines ou

⁴⁶ Le fait de savoir si un pays prend ou non des mesures est fonction de la réponse donnée aux trois questions suivantes sur une question donnée : [existence de politiques appropriées] + [allocation d'un budget] + [exécution de programmes] au cours des cinq années écoulées. Ces trois conditions doivent être remplies pour pouvoir dire qu'un gouvernement « prend des mesures ».

rurales, de manière à ce que l'ensemble de la population puisse vivre à l'abri de la pauvreté et jouir des droits de l'homme et de la protection qu'ils leur offrent.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 1
Pauvreté

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une série de résolutions sur la relation entre les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, dont la résolution 65/214 de 2012, qui réaffirmait que « l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale constituaient une violation de la dignité humaine » et que « des mesures devaient donc être prises d'urgence aux niveaux national et international pour y mettre fin ».

Dispositions non contraignantes. Les Principes directeurs sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme de 2012 proposent une ligne de conduite internationale concernant les droits fondamentaux des personnes vivant dans la pauvreté qui s'inspire des normes internationales des droits de l'homme.

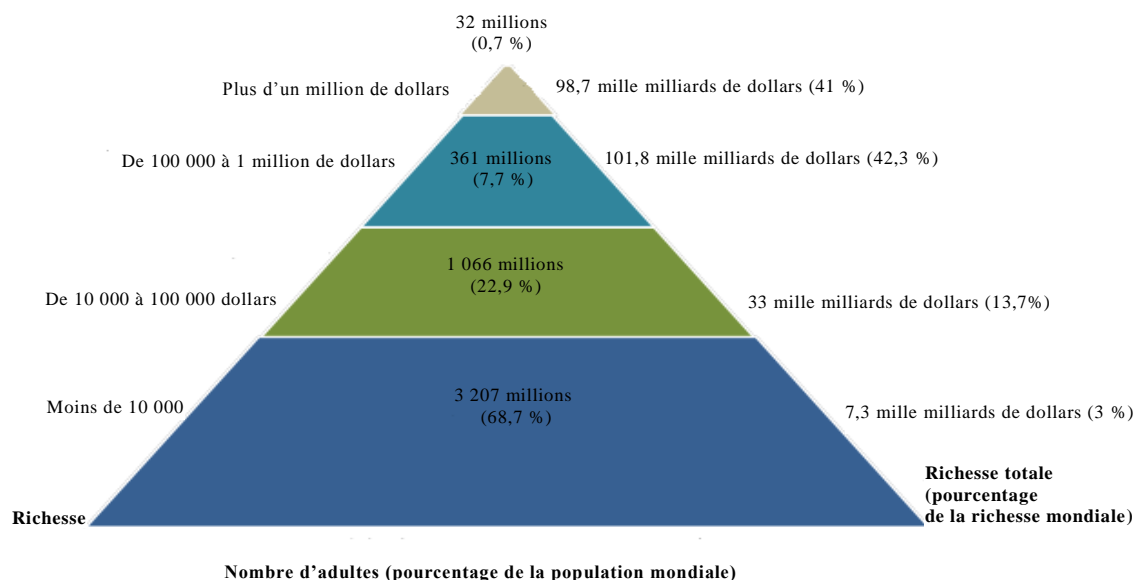
Coût économique et social de l'inégalité des revenus et des richesses

69. L'égalité des chances et des réalisations constitue le fondement d'un bien-être économique et social durable. Augmenter les possibilités offertes aux hommes et aux femmes en améliorant leur santé, leur éducation et leurs perspectives permet à une société donnée d'élargir sa réserve collective de créativité et d'inventivité ainsi que la contribution de ses membres. Les innovations techniques, économiques et sociales fleurissent lorsque cette société permet à un grand nombre de personnes de jouer un rôle et de réussir. L'inverse est également vrai : lorsque l'accès à la santé, à la sécurité et à une éducation de qualité est fortement inégalitaire, une grande partie de la population risque de ne pouvoir s'extraire de la pauvreté pour accéder à un meilleur statut social, ce qui restreint progressivement le choix de personnes et d'idées qui contribuent à la société.

70. La répartition actuelle des richesses (voir fig. 2) constitue une grave menace pour l'avenir de la croissance économique, de l'intégration et de la durabilité sociale et environnementale. D'après le rapport du Crédit suisse, à la mi-2012, la richesse mondiale atteignait 223 mille milliards de dollars des États-Unis, soit environ 48 500 dollars pour chacun des 4,6 milliards d'adultes de la planète. Ce chiffre cache cependant d'énormes inégalités. Près de 69 % de tous les adultes appartenaient à la catégorie la plus pauvre, ne représentant que 3 % de la richesse mondiale. Un milliard soixante-six millions d'adultes appartenant à la catégorie suivante (de 10 000 à 100 000 dollars) représentaient 13,7 % de la richesse mondiale. Puis 361 millions d'adultes dans la catégorie des 100 000 à 1 million de dollars, soit 7,7 % de la population adulte totale, détenaient 42,3 % de la richesse mondiale. Enfin, les 32 millions d'adultes détenant plus d'un million, soit seulement

0,7 % des adultes de la planète, représentaient 41 % de la richesse mondiale. En bref, 83,3 % de la richesse mondiale appartenait à 8,4 % de la population adulte mondiale, et donc près de 70 % des adultes ne possédait que 3 % de cette richesse.

Figure 2
La pyramide mondiale des richesses



Source : James Davies, Rodrigo Lueberas et Anthony Shorrocks, *Global Wealth Databook* (Base de données sur la richesse mondiale) du Crédit suisse, 2013, in *Global Wealth Report* (Rapport sur la richesse mondiale) du Crédit suisse, 2013, p. 22 (tiré de <https://publications.credit-suisse.com/tasks/render/file/?fileID=BCDB1364-A105-0560-1332EC9100FF5C83>).

71. En raison de la convergence du revenu moyen des pays développés et des pays en développement, l'inégalité des revenus à l'échelle planétaire, qui était très grande, se réduit ces dernières années même si ce n'est que légèrement. La stabilisation et le léger resserrement des inégalités de revenu à l'échelle mondiale, plus récents, résultent en grande partie de la croissance économique que connaît la Chine depuis les années 90, de celle de l'Inde et d'autres pays émergents et en développement depuis 2000⁴⁷. Malgré cela, les inégalités de revenus augmentent⁴⁸ entre et au sein de nombreux pays.

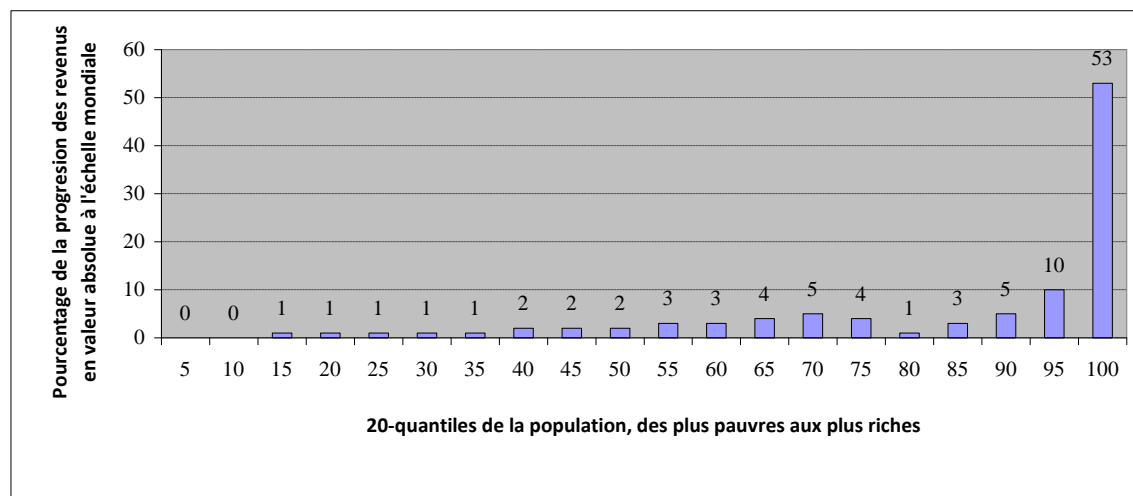
72. La figure 3 illustre la répartition inégale de la progression du revenu mondial entre 1988 et 2008. Plus de la moitié de cette augmentation a bénéficié aux 5 % les plus riches, les autres 90 % au bas de l'échelle ne touchant que 0 % à 5 % par 20-quantile.

⁴⁷ Branko Milanovic, « Global income inequality by the numbers: in history and now: an overview », document de référence n° 6259 (Washington, Banque mondiale, novembre 2012), cité dans le rapport intitulé *World Economic and Social Survey 2013: Sustainable Development Challenges* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.13.II.C.1).

⁴⁸ *World Economic and Social Survey 2013: Sustainable Development Challenges* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.13.II.C.1).

Figure 3
Répartition de la progression des revenus en valeur absolue à l'échelle mondiale, par 20-quantiles de la population, entre 1988 et 2008

(Sur la base de la parité de pouvoir d'achat rapportée à 2005, en dollars internationaux)



Source : Branko Milanovic, « Global Income Inequality by the Numbers: in History and now: an overview » document de travail n° 6259, novembre 2012, p. 12 à 16, cité dans *World Economic and Social Survey 2013: Sustainable Development Challenges* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.13.II.C.1).

73. L'augmentation des inégalités économiques est déstabilisante et nuit considérablement au développement durable. D'un point de vue social, l'inégalité sape la confiance et la cohésion sociale, compromet la santé publique et écarte les pauvres et la classe moyenne de toute influence politique. La durabilité sociale, que l'on peut définir comme la capacité d'une société donnée à promouvoir l'innovation et la faculté d'adaptation dans un contexte économique, social et environnemental en évolution tout en respectant les droits de l'homme, est elle-même compromise par le fait qu'une part importante de la population, qui est susceptible d'augmenter, est enfermée dans un piège de développement, qui l'empêche de se développer et la contraint à vivre au jour le jour, sans réel espoir d'accéder à un avenir meilleur.

74. L'aggravation des inégalités amenuise également nos chances de résoudre les nouvelles crises environnementales et de rétablir l'équilibre entre la croissance économique et nos responsabilités vis-à-vis de la planète. On estime que si 11 % de la population mondiale est responsable de la moitié des émissions, ce sont les couches les plus pauvres qui sont touchées de façon disproportionnée par les catastrophes naturelles dues aux changements climatiques⁴⁹.

75. Étant donné les coûts environnementaux exorbitants de la croissance économique telle que l'envisage le modèle de développement existant, le monde ne peut tout simplement pas se permettre de continuer sur sa lancée actuelle, c'est-à-dire la concentration des richesses, et lutter en même temps contre la pauvreté. Cette

⁴⁹ Worldwatch Institute, *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?* (Washington, Island Press, 2013).

contradiction est d'autant plus exacerbée par la nécessité de réduire l'impact des activités humaines sur l'environnement pour préserver ce dernier.

76. Enfin, les conséquences sociales et sanitaires de l'inégalité et de l'exclusion non seulement entravent le développement fondé sur le respect des droits de l'homme, prôné par la Conférence internationale sur la population et le développement, mais elles sont également susceptibles de déstabiliser les sociétés. À l'heure de la mondialisation, où l'information est immédiatement disponible à l'échelle nationale ou internationale, la concentration croissante des richesses et la relation entre ce phénomène et le chômage, l'injustice sociale et le sentiment d'impuissance qu'éprouvent des millions de personnes, constituent d'ores et déjà la pierre de touche de la contestation, des conflits et de l'instabilité politiques.

77. Les États devraient accorder la plus haute priorité à l'élimination de la pauvreté en garantissant un accès égal pour tous aux fruits du développement économique et social, à un emploi productif, à la possibilité de vivre dans la paix et la dignité, à l'abri de la discrimination, de l'injustice, de la peur, du besoin ou de la maladie.

78. Ainsi qu'il est indiqué au début de la présente section, les inégalités économiques sont à la fois la cause et la conséquence d'autres inégalités sociales, notamment liées à l'appartenance sexuelle ou raciale, au handicap, à l'âge, ou à d'autres circonstances. Étant donné le message principal de la Conférence internationale sur la population et le développement, à savoir que renforcer les capacités, la dignité et la liberté de la personne constitue le fondement du bien-être pour tous et du développement durable, la suite est consacrée à un examen plus attentif des progrès accomplis, s'il y a lieu, concernant la dignité, les droits humains et le bien-être des femmes et des filles ainsi que de nombreuses catégories de la population qui, selon le Programme d'action de la Conférence, subissent depuis longtemps mépris et discrimination.

B. Égalité des sexes et autonomisation de la femme

79. La discrimination à l'égard de certaines catégories de la population est chose courante dans de nombreux pays, mais celle à l'égard des femmes est universelle. Pendant leur enfance, nombre de jeunes femmes reçoivent une éducation qui, au lieu de les rendre autonomes, les prépare à se soumettre aux hommes et à accepter le fait que l'idéal féminin ne rime pas avec indépendance, autonomie et autorité. Dans certaines régions, l'autonomie des femmes peut en outre être compromise par un mariage précoce ou forcé, des grossesses non désirées ou précoces (qui, de surcroît, ne sont pas toujours suivies sur le plan médical), le manque d'éducation, des salaires inférieurs à ceux des hommes et la violence sexiste. L'engagement pris à la Conférence internationale sur la population et le développement en faveur de l'autonomisation des femmes n'est donc pas uniquement l'expression d'une aspiration à la dignité, mais est essentiel pour créer les conditions qui permettront à la moitié de la population mondiale d'avoir les moyens de prendre sa vie en main, de développer ses capacités et de contribuer pleinement et librement à la société.

80. Le Programme d'action a marqué un tournant historique en appelant enfin l'attention sur la relation étroite qui existe entre la liberté relative des femmes dans les domaines du mariage, de la sexualité et de la procréation, leur place dans la société déterminée par leur appartenance sexuelle, et la santé et le bien-être dont

elles jouissent au cours de leur vie. Depuis 1994, il y a eu un nombre impressionnant d'institutions nationales visant à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme, à tous les niveaux de revenu et dans toutes les régions (voir sect. VI.A. ci-dessous).

81. Comme l'ont indiqué les États dans l'enquête mondiale, plus de 97 % des pays avaient des programmes, des politiques ou des stratégies portant sur « l'égalité entre les sexes, l'équité et l'autonomisation de la femme ». Au moins 9 pays sur 10, toutes régions confondues, avaient mis en place ce genre de dispositif (100 % en Afrique, 100 % en Asie, 94 % en Europe, 94 % dans les Amériques et 93 % en Océanie).

82. En revanche, seuls les trois quarts des pays qui ont répondu au questionnaire se sont engagés à « améliorer la situation de la femme rurale et à répondre à ses besoins » (76 %), et à « améliorer le bien-être de la jeune fille, surtout en ce qui concerne la santé, la nutrition et l'éducation » (80 %).

**Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme
adoptées depuis la Conférence internationale sur la population
et le développement**

Encadré 2

**Égalité des sexes et autonomisation
de la femme**

Instruments contraignants. En 1999, l'Assemblée générale a adopté le Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, qui permet au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes de diligenter des enquêtes sur des situations de violations des droits des femmes d'examiner des plaintes déposées par des individus ou des groupes au motif que leur droits relevant de la Convention ont été violés, et de diligenter des enquêtes sur des violations des droits des femmes. Au niveau régional, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique souligne le rôle fondamental joué par les femmes dans la vie politique, économique et sociale et appelle à l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Dans sa résolution 15/23 sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (2010), le Conseil des droits de l'homme se déclare préoccupé par le fait qu'en dépit de l'engagement qui avait été pris à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes et de l'examen effectué par l'Assemblée générale à sa vingt-troisième session extraordinaire tendant à modifier ou à abolir les lois qui sont encore discriminatoires à l'encontre des femmes et des filles, un grand nombre de ces lois sont toujours en vigueur et continuent d'être appliquées, empêchant ainsi les femmes et les filles d'exercer pleinement leurs droits fondamentaux.

Autres accords des organes intergouvernementaux. La Déclaration de Beijing (1995) réaffirme l'engagement de « garantir la pleine réalisation des droits fondamentaux des femmes et des petites filles, en tant que partie inaliénable, intégrante et indivisible de tous les droits de la personne humaine et de toutes les libertés fondamentales ».

1. Évolutions structurelles des rôles économiques et procréatifs

a) Évolution structurelle dans le domaine de l'emploi

83. L'écart entre les taux d'activité des deux sexes s'est légèrement réduit depuis 1990, mais les femmes continuent d'être moins payées que les hommes, d'être plus nombreuses dans le secteur informel ou dans des emplois temporaires ou précaires, et d'occuper des postes subalternes. Au niveau mondial, le taux d'activité des femmes est resté stable; toutefois, il a connu un léger fléchissement ces dernières années, tout comme celui des hommes. L'évolution du taux d'activité des femmes diffère cependant d'une région à l'autre. C'est en Amérique latine et dans les Caraïbes qu'il a le plus augmenté, tandis qu'il a diminué légèrement en Europe orientale et dans la plus grande partie de l'Asie, sauf en Asie du Sud où il a légèrement augmenté⁵⁰. Depuis 1990, le taux d'activité des femmes de 25 à 54 ans⁵¹ a augmenté dans toutes les régions sauf en Europe orientale, en partie du fait de la baisse de la fécondité et de l'influence moins grande de ce paramètre sur cet indicateur⁵².

84. La proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole et dans les professions traditionnellement à prédominance masculine a augmenté mais reste faible pour les postes de prestige, de pouvoir et de responsabilité. Dans toutes les régions, les femmes continuent d'être nettement minoritaires parmi les chefs d'entreprise et le personnel d'encadrement⁵³.

85. L'écart de rémunération entre les sexes se réduit lentement et seulement dans certains pays⁵⁰, et les femmes continuent à être moins bien payées que les hommes pour un travail équivalent. Elles ont également tendance à occuper des emplois plus précaires et comportant moins d'avantages (voir fig. 4), comme celui de travailleur familial non rémunéré ou de travailleur indépendant non salarié⁵⁴. Malgré la diminution ces 20 dernières années de la proportion de travailleurs vulnérables dans la population occupée, ce type d'emploi précaire reste important dans de nombreuses régions en dehors des pays développés, en particulier en Afrique subsaharienne, en Océanie, en Asie du Sud et dans l'Asie du Sud-Est (voir fig. 4).

⁵⁰ *The World's Women 2010: Trends and Statistics* (voir note 11 plus haut); Organisation internationale du Travail (OIT), *Tendances mondiales de l'emploi des femmes 2012* (Genève, Bureau international du Travail, 2012).

⁵¹ Il s'agit d'un indicateur plus solide, qui présente l'avantage de ne pas être affecté par les changements intervenus dans la pyramide des âges comme l'est le taux d'activité global, mais qui n'est malheureusement pas disponible pour un grand nombre de pays.

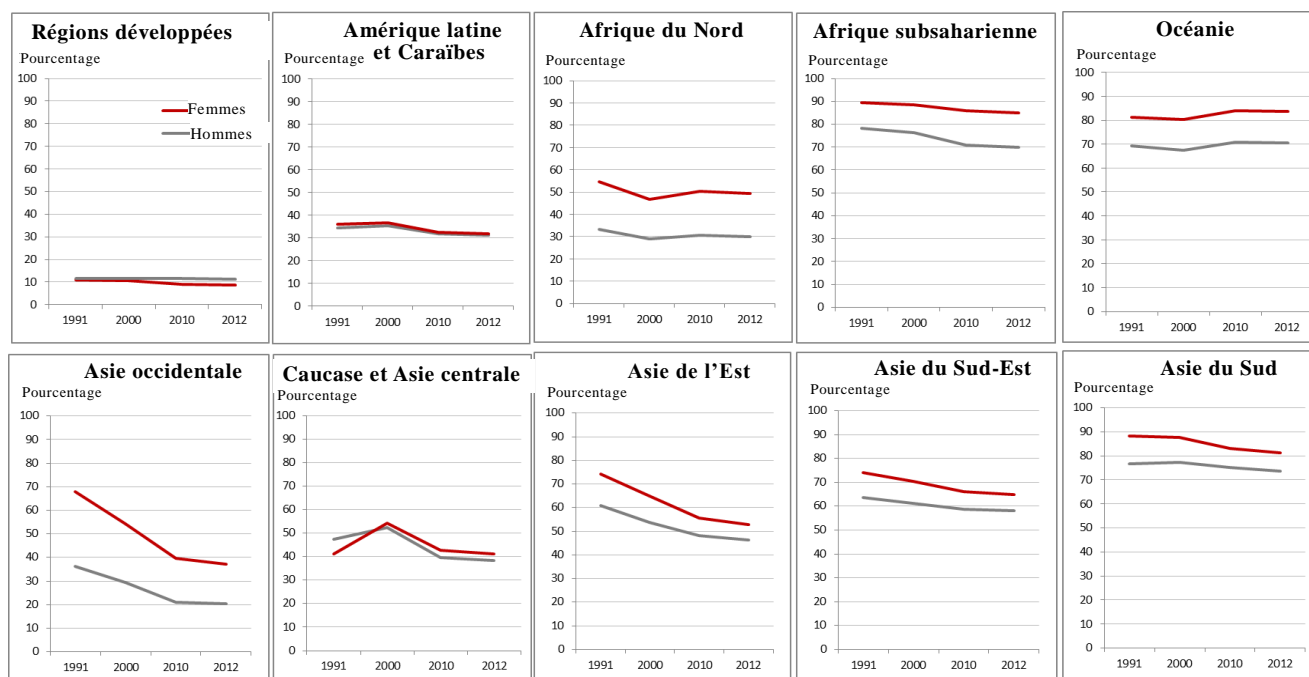
⁵² *The World's Women 2010: Trends and Statistics*.

⁵³ *The World's Women 2010: Trends and Statistics*; voir également « Indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement, cibles et indicateurs, 2013 » à l'adresse suivante : <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/Trends.htm>.

⁵⁴ *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement (2013)*; *The World's Women 2010: Trends and Statistics*; *Tendances mondiales de l'emploi des femmes 2012*, Bureau international du Travail.

Les femmes continuent à occuper plus souvent que les hommes des emplois précaires, sauf dans les pays les plus riches. Cet écart est le plus important en Afrique du Nord, en Afrique subsaharienne et en Asie occidentale; il a diminué en Asie et augmenté en Afrique subsaharienne.

Figure 4
Pourcentage des travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée, par région 1991-2012



Source : ONU. *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement (2013)*, annexe : objectifs du Millénaire pour le développement, cibles et indicateurs, 2013 : tableaux statistiques.

86. Depuis 1995, l'emploi salarié des femmes a sensiblement augmenté, ce qui amène à s'interroger sur l'influence de cette évolution sur la charge de travail globale des femmes. D'après des études menées en Afrique, il semble y avoir une relation entre pauvreté et rareté du temps et les femmes en particulier sont exposées aux deux. Dans l'un des pays étudiés, les hommes travaillent 38,8 heures par semaine tandis que les femmes travaillent en moyenne 49,3 heures par semaine, au moins un quart d'entre elles déclarant travailler 70 heures; la rareté du temps est donc bien un problème⁵⁵. Les mêmes tendances ont été observées en Amérique latine⁵⁶.

87. Le Programme d'action a invité les différents États à éliminer les inégalités entre hommes et femmes :

⁵⁵ E. Bardasi et Q. Wodon, « Working long hours and having no choice: time poverty in Guinea », *Feminist Economics*, vol. 16, n° 3 (2010), p. 45 à 78.

⁵⁶ Gammage, « Time pressed and time poor: unpaid household work in Guatemala », *Feminist Economics*, vol. 16, n° 3 (2010), p. 79 à 112.

- En adoptant les mesures voulues pour offrir aux femmes des moyens autres que les emplois traditionnels de gagner un revenu, leur permettre d'accéder à l'autonomie financière, au marché de l'emploi et aux régimes de sécurité sociale sur un pied d'égalité;
- En éliminant les pratiques discriminatoires des employeurs à l'égard des femmes.

88. Les États Membres participant aux conférences d'examen opérationnelles à l'échelon régional ont souligné qu'élargir l'accès des femmes à un emploi rémunéré apportait aux intéressées de nombreux avantages, tout en favorisant le développement économique en général. La participation des femmes à l'emploi rémunéré non seulement fait augmenter le revenu national, mais permet également à la société de mieux tirer parti des nombreux talents et compétences que les femmes ont à offrir. En outre, leur participation accrue à l'économie monétaire crée un cycle vertueux créateur d'emplois.

89. **Les États devraient adopter, revoir, renforcer ou appliquer des lois contre la discrimination à l'égard des femmes sur le lieu de travail, qui garantiraient à ces dernières le même accès que les hommes à un emploi déclaré et sûr, à salaire égal pour un travail égal.** Garantir l'égalité des chances en matière d'emploi pour les femmes et les hommes fait progresser l'égalité tout en profitant à la croissance économique. Veiller à ce que les hommes et les femmes aient un accès égal à l'éducation, au développement de leurs compétences et à tous les secteurs d'emploi permettrait d'augmenter fortement la productivité et la rentabilité, d'améliorer le bien-être des femmes et de leur famille et d'avoir des institutions et des décisions politiques prenant davantage en compte l'intérêt de tous⁵⁷.

90. Les entreprises qui misent sur l'emploi des femmes constatent souvent une amélioration de leurs résultats grâce à une stabilisation de leur personnel, à une innovation accrue, à un apport de talents et à l'accès à de nouveaux marchés⁵⁸. Dans un rapport récent, le FMI estime que l'élimination des disparités entre hommes et femmes dans le monde du travail pourrait augmenter le produit intérieur brut des États-Unis d'Amérique de 5 %, celui des Émirats arabes unis de 12 % et celui de l'Égypte de 34 %⁵⁹, et que les avantages économiques de l'égalité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes sont particulièrement élevés dans les sociétés en voie de vieillissement rapide, l'augmentation du taux d'activité des femmes pouvant y compenser la tendance à la diminution de la population active.

91. En ce qui concerne le renforcement de l'aptitude des femmes à générer des revenus, 85 % des pays, tous niveaux de revenu confondus, ont déclaré disposer de programmes et de politiques budgétaires visant à « accroître la participation de la femme à l'économie formelle et informelle ». Quatre-vingt-cinq pour cent des pays ont également indiqué disposer d'une législation (dotée d'un dispositif

⁵⁷ BIT, *Tendances mondiales de l'emploi des femmes 2012*; Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2012 : Égalité des genres et développement* (Washington, 2011); Société financière internationale, *Investing in Women's Employment: Good for Business, Good for Development* (Washington, 2013).

⁵⁸ Société financière internationale, *Investing in Women's Employment*.

⁵⁹ K. Elborgh-Woytek *et al.*, « Women, work and the economy: macroeconomic gains from gender equity », IMF Staff Discussion Note, n° SDN/13/10 (Washington, Fonds monétaire international, 2013).

d'application) contre la discrimination à l'égard des femmes en matière de recrutement, de rémunération et de prestations sociales.

b) Aide aux parents qui travaillent

92. Le Programme d'action a encouragé les pays à mettre en place des politiques et des programmes visant à favoriser l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et à donner la possibilité aux parents de travailler sans compromettre le bien-être de leurs enfants et de leur famille, en permettant aux femmes, par des lois, règlements et autres mesures appropriées, de concilier leurs rôles en matière de procréation, d'allaitement, et d'éducation des enfants avec l'exercice d'un emploi.

93. Quatre-vingt-dix pour cent des pays ayant répondu à l'enquête mondiale déclarent disposer d'une loi et du dispositif d'application correspondant prévoyant un congé de maternité rémunéré (d'une durée variable), mais seulement 54 % ont prévu un dispositif similaire pour les pères, ce qui constitue un obstacle majeur à la participation des hommes à l'éducation des enfants. Dans ce domaine, c'est l'Europe qui compte le plus grand nombre de pays dotés d'une loi garantissant un congé de paternité rémunéré (81 %), suivie des Amériques (53 %), de l'Afrique (52 %), de l'Asie (43 %) et de l'Océanie (29 %).

94. Moins de la moitié des pays qui ont répondu au questionnaire ont indiqué avoir mis en œuvre une législation garantissant la mise à disposition de garderies ou d'installations pour les mères allaitantes dans le secteur public (41 %) ou le secteur privé (39 %). De tels obstacles peuvent empêcher les femmes de reprendre leur activité professionnelle après une grossesse, ou, si elles retravaillent, d'encourager l'allaitement, ce qui a des effets négatifs sur la productivité des intéressées et sur la santé de l'enfant. En fait, seul un pays d'Afrique sur quatre dispose d'une législation permettant aux mères de concilier allaitement et responsabilités professionnelles, 25%, secteurs public et privé confondus, alors que cette région connaîtra la croissance démographique la plus forte au cours des prochaines décennies.

95. Si l'on crée un indicateur combinant les cinq mesures favorables à l'équilibre entre vie familiale et travail évoquées précédemment (promulgation et application de lois contre la discrimination à l'égard des femmes sur le lieu de travail; encouragement de la compatibilité entre travail et responsabilités parentales; promulgation et application d'une législation rendant possible le congé de maternité; promulgation et application d'une législation rendant possible le congé de paternité; promulgation et application d'une législation rendant possible l'allaitement sur le lieu de travail), on constate que seulement 26 des 113 pays ayant fourni toutes les informations nécessaires, soit 19 %, ont pris en compte toutes ces dimensions.

96. Chaque État devrait offrir à toutes les mères et à tous les pères, qu'ils soient naturels ou adoptifs, la possibilité de prendre un congé parental rémunéré; garantir aux nourrissons et aux enfants de tous les parents qui travaillent un accès à des structures d'accueil de qualité, notamment à un service de garderie ou d'étude après l'école; et promulguer et appliquer une législation imposant aux employeurs publics ou privés de répondre aux besoins des mères allaitantes.

c) Partage des responsabilités

97. À la maison, les femmes continuent d'assumer la plupart des responsabilités : ce sont elles qui s'occupent des enfants et des autres membres de la famille, préparent les repas, font le ménage, etc. Quelle que soit la région, les femmes consacraient au moins deux fois plus de temps que les hommes à des travaux domestiques non rémunérés et, si l'on additionne le temps qu'elles consacrent au travail rémunéré et aux tâches non rémunérées, on constate qu'elles ont de plus longues journées que les hommes. Il est particulièrement difficile pour les parents actifs ayant des enfants en bas âge de maintenir un bon équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie familiale, et ce sont souvent les femmes qui renoncent à leur travail ou prennent un emploi à temps partiel, tandis que leur partenaire conserve un emploi à plein temps⁶⁰.

98. Le Programme d'action a indiqué qu'il était indispensable que la femme et l'homme collaborent tous deux pleinement dans le cadre de la vie productive et de la procréation et partagent notamment la charge de prendre soin des enfants et de les élever, et de contribuer à l'entretien du ménage.

99. Pour obtenir l'égalité des sexes dans la famille et le cadre professionnel, il faut des changements dans les rôles des hommes et des garçons en ce qui concerne les tâches ménagères et leur fonction de père; faute de quoi, les femmes continueront d'assumer une double charge excessive de responsabilités et auront peu de chances de participer pleinement et équitablement à la vie économique et à la vie familiale ou de jouir d'un statut social égal à celui des hommes.

100. S'il est vrai que depuis 1994 de nombreux pays ont fait des progrès notables dans le renforcement de la participation des femmes à la main-d'œuvre, l'inégalité entre les sexes en matière d'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale n'a pas bénéficié du même appui. Par exemple, moins des deux tiers (64 %) des pays ayant répondu à l'enquête mondiale se sont intéressés à la difficulté de « concilier la vie active et les responsabilités parentales » en permettant aux femmes d'allier plus facilement le travail et l'éducation des enfants. Ce problème n'est une priorité que dans 53 % des pays des Amériques et dans 55 % des pays africains, alors qu'il l'est dans 74 % des pays asiatiques et dans 92 % des pays européens. En fait, les pays riches ou dont la croissance démographique est plus lente s'intéressent davantage à ces questions que les pays pauvres ou à une forte croissance démographique.

101. Au cours des cinq dernières années, les deux tiers des pays (63%) ayant répondu à l'enquête mondiale ont « sensibilisé les hommes et les garçons pour promouvoir la participation masculine et le partage équitable des responsabilités telles que les soins ». Aucune différence importante n'est à noter au niveau régional mais, si l'on classe les pays selon leur niveau de revenu, on constate que 81 % de ceux dont le revenu est élevé et qui sont membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) s'intéressent davantage à cette question, tandis que dans les quatre autres catégories, ce pourcentage avoisine la moyenne mondiale (69 % des pays à faible revenu, 58 % des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), 57 % des pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure); 67 % des pays à revenu élevé non membres de l'OCDE).

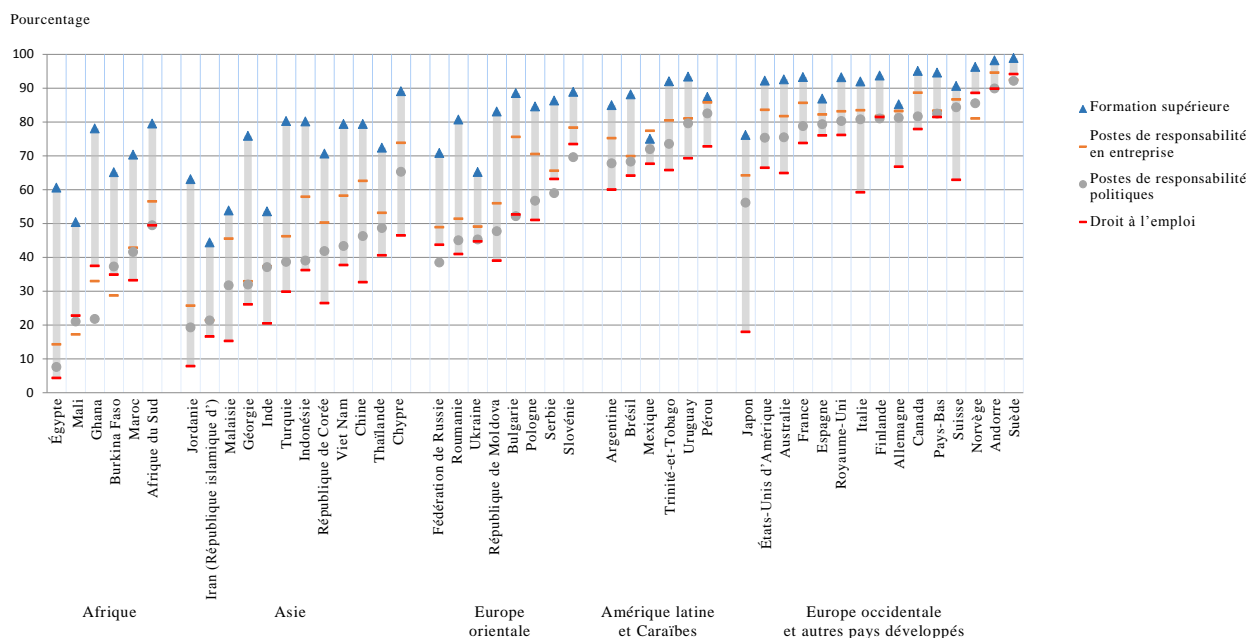
⁶⁰ *The World's Women 2010: Trends and Statistics* (voir note 11 plus haut).

2. Évolution inégale des mentalités au sujet de l'égalité des sexes

102. Dans la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles, l'opinion publique est favorable à l'autonomisation des femmes et à l'égalité des sexes, mais l'ampleur de ce soutien varie en fonction de la valeur à l'étude. Le cycle le plus récent d'enquêtes mondiales sur les valeurs, qui a été mené dans 47 pays, révèle que l'opinion est très favorable à l'égalité des sexes en ce qui concerne l'accès à l'enseignement supérieur, qu'elle est nettement plus nuancée pour ce qui est de l'accès à l'emploi et largement plus mesurée au regard de l'efficacité des femmes (par rapport à celle des hommes) à des postes de responsabilité dans le domaine économique ou politique (voir fig. 5). Une large majorité de l'opinion considère aujourd'hui qu'une formation supérieure est aussi importante pour les filles que pour les garçons et, dans la plupart des pays, la majorité de la population ne croit plus qu'une formation universitaire soit uniquement déterminante pour les garçons. En Asie, en Afrique et dans certains pays d'Europe orientale, on continue cependant de privilégier les hommes dans les autres domaines de la vie publique. Dans près de la moitié des pays, au moins 50% de la population considère en effet que les hommes sont de meilleurs dirigeants dans les domaines économique et politique, et surtout dans le domaine politique.

103. Les données donnent à penser que, dans la plupart des pays, l'adhésion aux principes de l'égalité des sexes tend à progresser depuis le milieu des années 90 (voir fig. 5), sauf en ce qui concerne le principe selon lequel « lorsque les emplois sont rares, les hommes devraient avoir priorité sur les femmes », qui reçoit un appui plus ou moins grand d'un pays ou d'une époque à l'autre.

Figure 5
Degré d'adhésion à l'égalité des sexes en ce qui concerne l'accès à une formation supérieure, les postes de responsabilité dans les affaires ou la politique et le droit à l'emploi, par région, pour la période 2004-2009



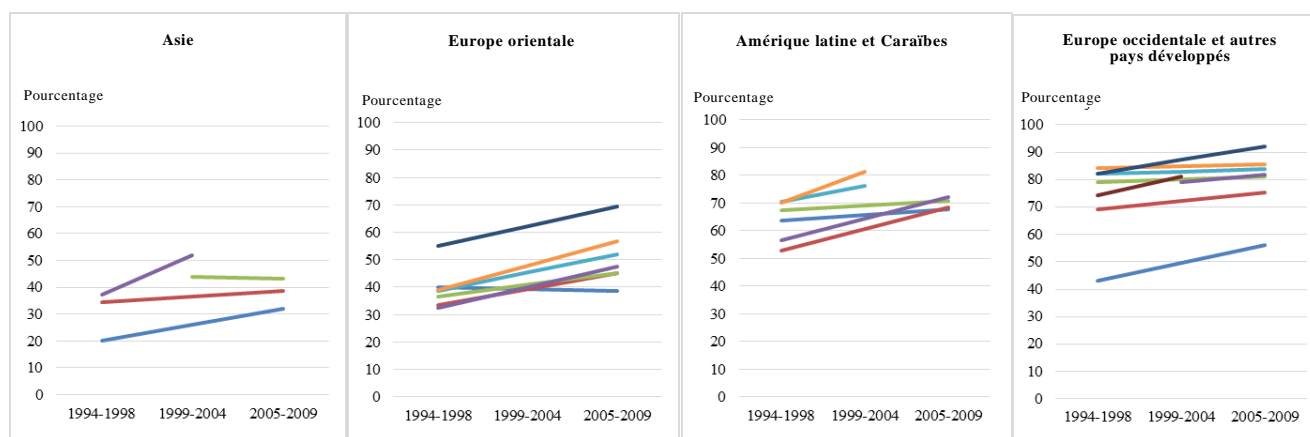
Source : Enquêtes mondiales sur les valeurs 2004-2009 (données téléchargées et analysées le 20 août 2013).

Note : Le degré d'adhésion au principe de l'égalité des sexes est mesuré par le pourcentage de personnes interrogées qui ne sont pas d'accord avec les déclarations suivantes : a) « une formation universitaire est plus importante pour un garçon que pour une fille »; b) « dans l'ensemble, les hommes font de meilleurs chefs d'entreprise que les femmes »; c) « dans l'ensemble, les hommes font de meilleurs dirigeants politiques »; et d) « lorsque les emplois sont rares, les hommes devraient avoir priorité sur les femmes ».

104. Quels que soient la région et le niveau de développement, les différences de mentalités se sont amenuisées. En effet, les pays d'Europe occidentale et les pays riches non membres de l'OCDE ont déjà atteint un haut niveau de consensus social et les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ou d'Europe orientale sont en train de rattraper leur retard.

105. Dans certains pays, les mentalités ont peu évolué. Toutes les régions sont concernées et les pays varient selon les questions. Dans un pays sur huit (3 sur 25) pour lesquels on dispose de données, on ne constate aucun progrès pour ce qui est de la formation supérieure; dans un quart d'entre eux (6 sur 25), c'est l'attitude concernant les responsabilités politiques qui ne change pas; et dans un pays sur trois (8 sur 25), c'est l'accès à l'emploi.

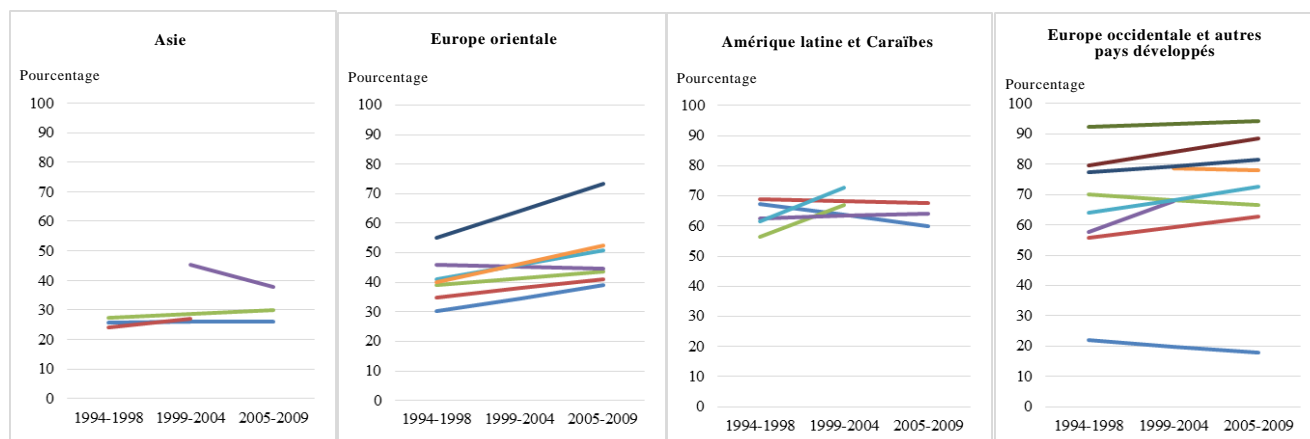
Figure 5.a
Degré d'adhésion au principe de la participation des femmes aux responsabilités politiques, par région, pour les périodes 1994-1998, 1999-2004 et 2005-2009



Source : Enquêtes mondiales sur les valeurs 2004-2009.

Note : Les grandeurs exprimées dans cette figure représentent le pourcentage de personnes interrogées qui n'adhèrent pas à l'affirmation suivante : « dans l'ensemble, les hommes font de meilleurs dirigeants politiques que les femmes ».

Figure 5.b
Degré d'adhésion au principe de l'égalité des sexes dans le domaine de l'emploi, par région, pour les périodes 1994-1998, 1999-2004 et 2005-2009

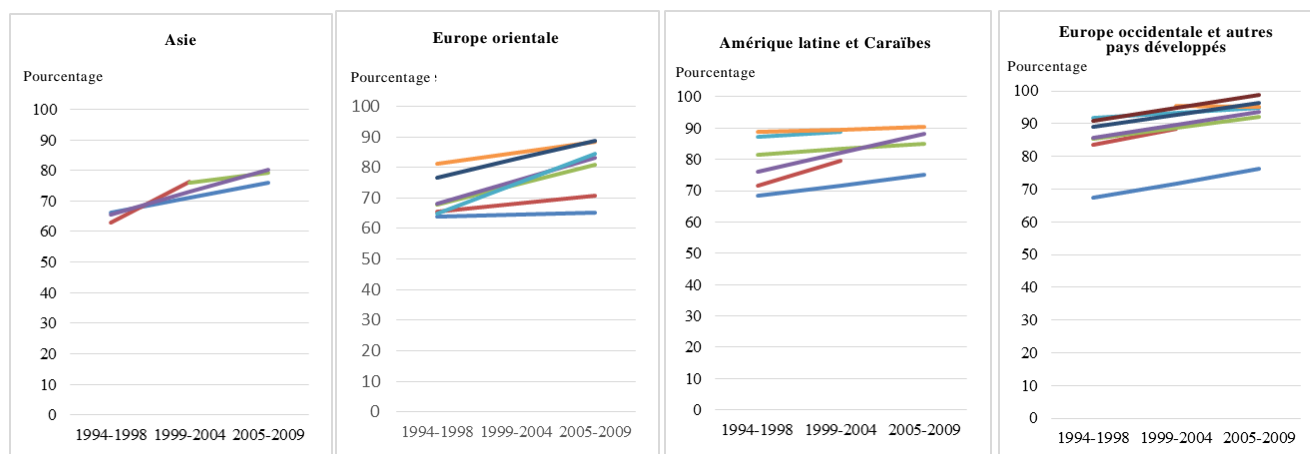


Source : Enquêtes mondiales sur les valeurs 2004-2009.

Note : Les grandeurs exprimées dans cette figure représentent le pourcentage de personnes interrogées qui n'adhèrent pas à l'affirmation suivante : « lorsque les emplois sont rares, les hommes devraient avoir priorité sur les femmes ».

Figure 5.c

Degré d'adhésion au principe de l'égalité des sexes en ce qui concerne l'enseignement supérieur, par région, pour les périodes 1994-1998, 1999-2004 et 2005-2009



Note : Les grandeurs exprimées dans cette figure représentent le pourcentage de personnes interrogées qui n'adhèrent pas à l'affirmation suivante : « une formation supérieure est plus importante pour un garçon que pour une fille ».

106. Les femmes sont plus favorables à l'égalité des sexes que les hommes, qu'il s'agisse des quatre points présentés ci-dessus, et ce, dans la plupart des pays. L'écart entre les sexes, qui n'est pas négligeable, devient plus important dans les pays moins favorables à l'égalité des sexes. Dans l'ensemble, les opinions des deux sexes convergent au sujet de l'accès à l'enseignement supérieur et divergent en ce qui concerne l'accès prioritaire des hommes à l'emploi et les responsabilités des femmes dans la politique et le monde des affaires. Pour les quatre questions posées, l'écart est plus faible en Europe occidentale et dans les autres pays développés, où les hommes sont tout aussi ou un peu moins susceptibles que les femmes de reconnaître le principe de l'égalité des sexes.

107. Bien que les femmes soient davantage en faveur de l'égalité, on observe un changement positif des attitudes et des principes pour les deux sexes. Dans l'ensemble, les divergences ont augmenté dans certains pays pour ce qui est des responsabilités politiques des femmes (Ukraine, République de Moldova et Argentine, par exemple) ou du niveau d'éducation (Fédération de Russie). Dans les cas cités, le pourcentage de femmes en faveur de l'égalité des sexes a considérablement augmenté, alors que celui des hommes demeure au même niveau inférieur, comme lors des enquêtes précédentes. À l'inverse, dans d'autres pays, les hommes ont progressé davantage que les femmes (Turquie ou Brésil) à propos de l'enseignement supérieur. S'il est vrai que les femmes continuent de souscrire plus fortement au principe de l'égalité des sexes, les hommes se rapprochent dans certains cas du niveau d'adhésion féminine le plus élevé.

108. Les jeunes ont également tendance à être plus favorables à l'égalité des sexes que leurs aînés, même si cette différence intergénérationnelle n'est flagrante que dans un petit nombre de pays. Dans près de la moitié des pays étudiés en 2005, les jeunes générations étaient sensiblement plus favorables au principe de l'égalité des sexes en ce qui concerne les responsabilités politiques, la direction des entreprises et l'accès à l'enseignement supérieur. Pour ce qui est du droit à l'emploi, les jeunes étaient très favorables à l'égalité des sexes dans environ trois quarts des pays.

109. S'agissant de la vie politique, c'est dans les pays d'Europe occidentale que le consensus entre les générations est le plus fort mais, en ce qui concerne le droit à l'emploi, c'est en Europe orientale et en Afrique.

110. Les chiffres montrent qu'au fil du temps les attitudes et les principes relatifs à l'égalité des sexes évoluent dans l'ensemble de la société et pas seulement chez les jeunes. Dans certains pays pour lesquels on dispose de données sur les tendances observées, les différences transversales sur 10 ans étaient plus importantes que celles entre les plus de 50 ans et la catégorie des 15-29 ans. C'est le cas de certains pays d'Europe orientale et d'Europe occidentale; en Bulgarie, en Roumanie, en Ukraine, en Finlande ou en Suède, par exemple, les classes âgées et les jeunes générations portaient sensiblement le même regard, en 2005, sur l'accès des hommes et des femmes aux responsabilités politiques, alors qu'entre 1995 et 2005, tous ces pays avaient renforcé leur soutien à l'égalité des sexes.

111. Les États devraient garantir aux femmes la possibilité de contribuer à la société en tant que dirigeantes, gestionnaires et décideuses, en leur permettant d'accéder à des responsabilités équivalentes à celles des hommes dans tous les secteurs de la vie publique. Dans ce contexte, il est essentiel de prendre en compte les vues et les valeurs du public concernant le sexisme ou d'autres formes de discrimination, notamment en menant des campagnes de communication et d'éducation innovantes, et de suivre régulièrement leur évolution, dans la mesure où elles constituent des indicateurs du développement social.

3. Violence sexiste

112. Selon les estimations, une femme sur trois dans le monde déclare avoir subi des violences physiques ou sexuelles, le plus souvent de la part de son partenaire intime, ce qui fait de ce type de violence à l'égard des femmes et des filles l'une des violations des droits de l'homme les plus répandues⁶¹.

113. La première étude multipays destinée à évaluer l'ampleur des violences subies par les femmes au sein du ménage dans 10 pays (2005) a montré que la proportion de femmes adultes ayant été victimes de violences de la part de leur partenaire de sexe masculin varie considérablement selon les pays (entre 13 % et 61 %)⁶². La proportion de femmes victimes de violences physiques graves, c'est-à-dire « ayant été frappé à coups de poing ou de pied, ayant été traînées à terre, ayant été menacées d'une arme ou ayant été blessées par une arme » de la part d'un partenaire masculin varie de 4 % à 49 % selon les pays, la plupart des pays se situant entre 13 % et 26 %⁶³. Les premières estimations mondiales et régionales de la prévalence des violences sexuelles et physiques exercées par un partenaire intime et des violences sexuelles exercées par une personne autre (2013) ont révélé que 30 % des femmes âgées de 15 ans et plus et ayant déjà eu un partenaire avaient subi une forme de violence de la part d'un partenaire intime, ce chiffre atteignant 38 % dans certaines régions⁶⁴.

114. Les critères utilisés pour évaluer la prévalence des violences sexuelles commises par une personne autre que le partenaire sont moins bien définis, ce qui

⁶¹ OMS, *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence* (Genève, 2013).

⁶² C. Garcia-Moreno *et al.*, *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women* (voir note 12).

⁶³ Ibid.

⁶⁴ OMS, *Global and Regional Estimates of Violence Against Women*.

explique pourquoi les données disponibles sur cette forme de violence sont généralement insuffisantes. Selon les estimations actuelles, 7 % des femmes dans le monde ont été victimes de violences sexuelles exercées par une personne autre qu'un partenaire intime. Si l'on combine les estimations, 36 % des femmes dans le monde ont subi des violences de la part soit de leur partenaire intime, soit d'une personne autre, soit des deux⁶⁵.

115. Dans le cadre d'une étude multipays réalisée par l'ONU en Asie et dans le Pacifique sur les hommes et la violence (2013), près de la moitié des 10 000 hommes interrogés ont déclaré avoir fait usage de violences physiques ou sexuelles à l'égard de leur partenaire de sexe féminin (de 26 % à 80 %, selon les pays)⁶⁶. Près d'un quart des hommes interrogés (de 10 % à 62 %, selon les pays) ont déclaré avoir violé une femme ou une fille. Les premiers actes de violence sont commis à un jeune âge, la moitié de ceux ayant reconnu avoir déjà commis un viol ayant commencé à l'adolescence, parfois même avant l'âge de 14 ans. La grande majorité (de 72 % à 97 %, selon les pays) des hommes ayant déclaré avoir déjà commis un viol n'avaient fait l'objet d'aucune poursuite judiciaire, ce qui confirme que l'impunité demeure un problème grave dans la région. Partout, la raison la plus citée par les hommes pour justifier les viols est que les rapports sexuels sont un dû, autrement dit que la relation sexuelle est un droit des hommes sur les femmes, que celles-ci soient d'accord ou non. Dans les zones rurales de deux pays, plus de 80 % ont donné cette réponse. Globalement, 4 % des hommes interrogés ont déclaré avoir participé à des viols en réunion de femmes ou de filles (de 1 % à 14 % selon les endroits). Il s'agit des premières données sur les viols collectifs recueillies auprès d'un échantillon aussi large d'hommes⁶⁷.

116. Les violences exercées par un partenaire intime ont de nombreuses conséquences, directes et indirectes, considérablement néfastes pour la santé des femmes et de leurs enfants. Dans le monde, 38 % des féminicides sont commis par des partenaires intimes. Les victimes ne souffrent pas uniquement de blessures, mortelles ou non, mais ont également plus de risques de contracter le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles. Par ailleurs, les femmes ayant subi des violences sexuelles ou physiques de la part de leur partenaire intime ont davantage recours aux interruptions volontaires de grossesse ou ont plus souvent des grossesses difficiles, donnant naissance à des enfants en insuffisance pondérale ou prématurés. Les violences sexistes ont également un coût économique et social considérable à court et à long terme pour les sociétés : coûts directs (dépenses de santé) ou indirects (participation réduite à l'activité économique, absentéisme, pertes de revenus à vie), répercussions indirectes sur la santé et le bien-être à long terme des enfants et des autres personnes vivant dans un foyer où règne la violence⁶⁸.

⁶⁵ Ibid.

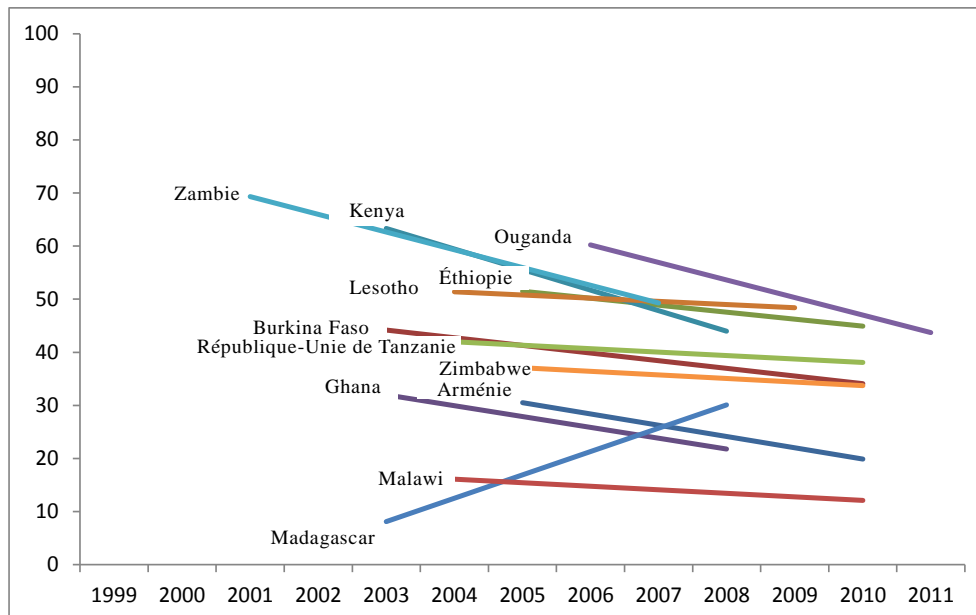
⁶⁶ E. Fulu *et al.*, *Why Do Some Men Use Violence against Women and How Can We Prevent It? Quantitative Findings from the United Nations Multi-Country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific* (Bangkok, PNUD, FNUAP, ONU-Femmes et Volontaires Nations Unies, 2013).

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ R. K. Jewkes *et al.*, « Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study », *The Lancet*, vol. 376, n° 9734, p. 41 à 48; A. R. Morrison et M. B. Orlando, « The costs and impacts of gender-based violence in developing countries: methodological considerations and new evidence », document de travail n° 36151 (Washington, Banque mondiale, 2004); H. A. Weiss *et al.*, « Spousal sexual

117. Le Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires réalisées dans 12 pays a permis de recueillir à deux moments différents des données sur les attitudes vis-à-vis du phénomène des « femmes battues » pour déterminer le pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans estimant qu'un mari ou partenaire a le droit de frapper ou de battre son épouse/sa partenaire pour au moins l'une des raisons suivantes : elle fait brûler le repas, elle n'est pas d'accord avec lui, elle sort sans le prévenir, elle néglige les enfants ou refuse d'avoir des relations sexuelles. Comme on peut le constater sur la figure 6 ci-après, la proportion d'hommes qui pensent que cette forme de violence à l'encontre d'un partenaire intime est justifiée pour l'une des raisons précitées est en net recul. Si ces chiffres laissent entrevoir une évolution positive quant au respect des hommes pour la dignité des femmes, il faut malgré tout noter que dans cinq pays, plus de 40 % des hommes estiment que la violence conjugale est justifiée⁶⁹.

Figure 6
Évolution de l'attitude des hommes concernant la violence à l'égard des femmes



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, pays pour lesquels il existe des données recueillies à au moins deux moments différents, disponibles à l'adresse www.measuredhs.com (consultées le 15 novembre 2013).

violence and poverty are risk factors for sexually transmitted infections in women: a longitudinal study of women in Goa, India », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 84, n° 2 (2008), p. 133 à 139; OMS, *Global and Regional Estimates of Violence Against Women*.

⁶⁹ Les 12 pays disposant de données sont les suivants : Arménie, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe; voir les données disponibles sur les sites de Measure DHS (www.measuredhs.com) et de la base de données Childinfo de l'UNICEF (www.childinfo.org/attitudes.html).

118. On constate la même tendance à la baisse chez les femmes entre les deux moments considérés. Néanmoins, malgré cette évolution positive, il reste que, dans certains pays, plus de 70 % de femmes pensent que la violence à l'égard des femmes est justifiée dans certaines circonstances⁷⁰.

119. Les politiques mises en œuvre par les pouvoirs publics aux niveaux national et local pour promouvoir l'autonomisation des femmes et l'égalité entre les sexes sont essentielles pour prévenir et lutter contre les violences sexistes et doivent s'accompagner de mesures sociales et économiques visant à remettre en question les normes sociales et à promouvoir les droits économiques des femmes et leur autonomisation⁷¹. À sa cinquante-septième session, la Commission de la condition de la femme a adopté des conclusions concertées sur l'élimination et la prévention de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles (E/2013/27, chap. I, sect. A), dans lesquelles elle a exhorté les États à renforcer les cadres juridiques et politiques et l'application du principe de responsabilité, tout en s'attaquant aux causes structurelles de la violence et en encourageant la mise en place de dispositifs multisectoriels.

120. Les directives de l'OMS recommandent que la riposte du secteur de la santé face aux violences commises par le partenaire intime et aux violences sexuelles soit renforcée et multidimensionnelle, en améliorant l'accès à des services de soins essentiels (contraception d'urgence, avortement en cas de grossesse résultant d'un viol, traitements prophylactiques contre le VIH et autres MST, prise en charge psychologique)⁷².

121. Dans plusieurs résolutions, le Conseil de sécurité a pris acte de l'ampleur des violences faites aux femmes et aux filles et pris des mesures pour y répondre, notamment dans la résolution 2122 (2013), dans laquelle il a considéré qu'il importait que l'aide humanitaire couvre tout un éventail complet de services médicaux pour les femmes touchées par les conflits, y compris celles qui se retrouvent enceintes à la suite d'un viol; la résolution 1325 (2000) sur les effets des conflits armés sur les femmes et sur le rôle des femmes dans le règlement des conflits et la consolidation de la paix; la résolution 1820 (2008), dans laquelle il a fait observer que les violences sexuelles commises contre les femmes pendant les conflits pouvaient constituer un crime de guerre; et la résolution 1888 (2009), dans laquelle il a expressément chargé les missions de maintien de la paix de protéger les femmes et les enfants des violences sexuelles en période de conflit.

122. Les violences commises à l'égard des enfants sont multiples. Elles sont exercées par des adultes ou d'autres enfants et peuvent accentuer les risques de suicide, de dépression et d'autres formes de maladie mentale ou encore d'usage de stupéfiants, tout en réduisant la capacité des victimes à éviter d'autres relations violentes et les

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ G. Sen, « *Sexual and reproductive health and rights in the post 2015 development framework* », document d'analyse provisoire établi en vue de la suite à donner au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014, tenue aux Pays-Bas du 7 au 10 juillet 2013; Organisation mondiale de la Santé, *Global and regional estimates of violence against women* (voir note 61).

⁷² OMS, *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines* (Genève, 2013).

exposant à un risque accru de devenir à leur tour auteurs de violences⁷³. Si les filles sont particulièrement exposées aux violences sexuelles et aux mauvais traitements, de nouvelles données multipays⁷⁴ appellent l'attention sur les violences subies par les garçons pendant l'enfance, qui sont trop souvent considérées comme normales mais qui peuvent s'avérer à long terme tout aussi traumatisantes que pour les filles.

123. Des données récentes recueillies dans six pays⁷⁵ confirment le fait, observé depuis longtemps, que les hommes sont plus disposés à faire usage de la violence à l'égard des femmes et des enfants s'ils n'ont pas une vision égalitaire des sexes, s'ils ont été témoins ou victimes d'actes de violence domestique pendant l'enfance, s'ils connaissent des difficultés financières ou s'ils sont déplacés ou victimes d'un conflit⁷⁶.

124. Pour les psychologues, agresser autrui peut être un moyen pour certains individus d'atténuer temporairement la peur profonde qu'ils ressentent dans des situations de guerre ou de conflit. Ce type de réaction peut également conduire à une augmentation du nombre d'actes de violence commis par des non-combattants. Utilisés comme armes de guerre, le viol et les autres formes de violence sexuelle augmentent également parmi la population non combattante pendant les périodes de conflit ou d'instabilité liée à la guerre⁷⁷.

125. Selon des données récentes concernant la République démocratique du Congo, pays en proie à des violences internes depuis plus de 10 ans, près de la moitié (48 %) des hommes non combattants ont déclaré avoir perpétré des violences physiques à l'égard des femmes; 12 % avoir violé leur partenaire; et 34 % avoir commis une certaine forme de violence sexuelle. Par ailleurs, sur l'ensemble des hommes et des femmes interrogés, 9 % des hommes adultes ont déclaré avoir été eux-mêmes victimes de violences sexuelles, et 16 % des hommes et 26 % des femmes avoir été obligés d'assister à des actes de violence sexuelle⁷⁸. Toutes les informations disponibles tendent à montrer que ce type de violence peut avoir des conséquences graves et durables⁷⁹, et plusieurs initiatives ont été lancées à petite échelle dans l'est

⁷³ Voir notamment le rapport établi par l'expert indépendant chargé de l'étude des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants, 2006 (voir A/61/299); OMS et Société internationale pour la prévention des mauvais traitements et négligences envers les enfants, *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence* (Genève, OMS, 2006).

⁷⁴ Données tirées d'études réalisées au Brésil, au Chili, en Croatie, en Inde, au Mexique et au Rwanda, conclusions de l'enquête International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) présentées par Gary Barker au dialogue sur les hommes et les garçons, la masculinité, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, organisé par le Fonds des Nations Unies pour la population à New York le 23 septembre 2013.

⁷⁵ G. Barker *et al.*, *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)* (Washington, Centre international de recherche sur les femmes; Rio de Janeiro, Instituto Promundo, janvier 2011).

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Exposé présenté par Ernesto Mujica au dialogue sur les hommes et les garçons, la masculinité, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation organisé par le Fonds des Nations Unies pour la population à New York le 23 septembre 2013.

⁷⁸ H. Slegh *et al.*, *Gender Relations, Sexual Violence and the Effects of Conflict on Women and Men in North Kivu, Eastern Democratic Republic of Congo: Preliminary Results of the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)* (Le Cap, Sonke Gender Justice Network; Washington, Promundo-US, 2012).

⁷⁹ E. Kinyanda *et al.*, « War related sexual violence and its medical and psychological consequences as seen in Kitgum, Northern Uganda: A cross-sectional study », *BMC International Health and Human Rights* 2010, vol. 10, novembre 2010; J. Ward et M. Marsh,

de la République démocratique du Congo pour traiter les traumatismes psychiques et physiques des victimes et de leur famille⁸⁰.

126. Parmi toutes les questions liées au Programme d'action figurant dans l'enquête mondiale, « mettre fin à la violence sexiste » comptait parmi celles qui étaient traitées par le plus grand nombre de gouvernements (88 %). Au niveau régional, cette question était prise en considération par 94 % des gouvernements africains, 87 % des gouvernements américains, 90 % des gouvernements asiatiques, 82 % des gouvernements européens et 77 % des gouvernements océaniques.

127. En ce qui concerne les cadres juridiques visant à prévenir et combattre les mauvais traitements, la négligence et la violence, seuls 87 % des pays de l'enquête mondiale ont déclaré avoir promulgué et appliquer des lois qui érigent en crime le viol et d'autres formes d'exploitation sexuelle, et seuls 53 % avoir promulgué et appliquer des lois criminalisant le viol conjugal (Afrique : 39 %; Amérique : 57 %; Asie : 48 %; Europe : 75%; Océanie : 62 %).

128. Soixante-treize pour cent des pays ont indiqué avoir promulgué et appliquer des lois criminalisant la violence exercée par un partenaire intime, une question considérée prioritaire en Amérique (88 %) et en Europe (84 %), contrairement à l'Asie (61 %), à l'Afrique (68 %) et à l'Océanie (71 %).

129. En ce qui concerne la criminalisation de l'exploitation sexuelle des jeunes, en particulier des filles, 83 % des pays ont indiqué avoir promulgué et appliquer des lois, et 77 % avoir promulgué et appliquer des lois réprimant la pédopornographie.

130. Globalement, seulement 28 % des pays ont promulgué et appliquent des lois relatives aux six types de violences mentionnées précédemment. Près de la moitié des pays d'Europe (48 %) et d'Océanie (46 %) l'ont fait, alors que la proportion est inférieure pour les pays d'Afrique (26 %), d'Asie (15 %) et d'Amérique (14 %). **Les États doivent adopter et appliquer des lois, politiques et mesures visant à prévenir, à punir et à éliminer les violences sexistes commises au sein de la famille et en dehors, ainsi que dans les situations de conflit ou d'après conflit. Les lois qui permettent aux auteurs de violences à l'égard des femmes et des filles qui épousent leur victime ou qui en sont les partenaires ou les maris d'échapper à la répression doivent être abrogées. Les violences sexuelles doivent également être exclues du bénéfice des amnisties accordées après les conflits dans le cadre d'une législation et d'une répression renforcées afin de mettre fin à l'impunité.**

131. Les États doivent renforcer leurs capacités de reconnaître et de prévenir la violence, assurer la prestation de services susceptibles d'en atténuer les conséquences et permettre la réadaptation complète des victimes. Ils doivent en outre renforcer les mesures de suivi courant et approfondir les recherches

« Sexual violence against women and girls in war and its aftermath: realities, responses and required resources », note établie pour le Symposium international sur les violences sexuelles en période de conflit et au-delà, organisé à Bruxelles du 21 au 23 juin 2006; A. O. Longombe, K. M. Claude et J. Ruminjo, « Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: case studies », *Reproductive Health Matters*, vol. 16, n° 31 (2008), p. 132 à 141; I. Joachim, « Sexualised violence in war and its consequences », in *Violence against Women in War: Handbook for Professionals Working with Traumatized Women* (Francfort, Mabuse, 2005), p. 63 à 110.

⁸⁰ Hôpital de Panzi, *Rapport d'activités annuelles 2012*, consultable à l'adresse suivante : www.panzihospital.org/wp-content/uploads/2013/03/0823-Panzi_FRA_v6.pdf.

concernant des problèmes non encore abordés, comme le nombre de personnes vivant constamment dans la peur; la violence à l'école, en prison et dans l'armée; les causes et les conséquences de la violence; l'efficacité des interventions, lois et mécanismes destinés à protéger et à favoriser la protection et la réadaptation des victimes.

132. Les États doivent en outre veiller à ce que toutes les victimes de violences sexistes puissent accéder aisément à des services essentiels : numéros d'urgence, prise en charge psychosociale et psychomédicale, traitement des blessures, soins post-viol et contraception d'urgence, traitement postexposition au VIH et accès à des services d'avortement dans tous les cas de violence, de viol et d'inceste, protection policière, hébergement et refuge, recensement des cas de violence, accès à des services de médecine légale et d'aide juridique, services d'orientation et prise en charge à long terme.

Priorités des organisations de la société civile concernant la violence sexiste

133. Une étude récente (2013) menée auprès de 208 organisations de la société civile⁸¹ de trois régions du monde (Amérique, Afrique et Europe) luttant contre la violence sexiste a montré que, pour 23 % des organisations africaines interrogées, « les normes sexuelles et la participation des hommes » constituaient la première priorité des politiques publiques pour les 5 à 10 années à venir. Trente et un pour cent des organisations américaines et 21 % des organisations européennes considèrent que « l'élaboration de programmes, politiques, stratégies et lois et la création d'organismes visant à éradiquer les violences sexistes » sont prioritaires. Enfin, « l'élimination de toutes les formes de violence », notamment les violences sexuelles, le viol, les violences domestiques et les féminicides, est également citée par les organisations de la société civile de toutes les régions comme une priorité des politiques publiques pour les 5 à 10 prochaines années (Afrique : 20 %; Amérique : 22 %; Europe : 26 %).

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 3

Violences sexistes

Instrument contraignant : Au cours des années qui ont suivi la Conférence internationale sur la population et le développement, les violences sexistes se sont imposées comme une problématique centrale des droits de l'homme, en particulier dans les instruments contraignants régionaux : la Convention interaméricaine pour la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (1994), ratifiée par la plupart des États membres de l'Organisation des États américains; le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples,

⁸¹ Un seul représentant par organisation de la société civile, indépendamment de la taille et de la portée de l'organisation, a été autorisé à répondre à ce questionnaire. Certaines organisations interrogées dans le cadre de l'enquête ont une portée nationale, régionale ou mondiale avec un grand nombre de bénéficiaires.

relatif aux droits de la femme en Afrique (1995); la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (2011), qui entrera en vigueur une fois que 10 États l'auront ratifiée.

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Le Conseil des droits de l'homme a adopté une série de résolutions sur le renforcement des mesures destinées à éliminer toutes les formes de violence à l'encontre des femmes, dont la résolution 14/12 de 2010 sur l'intensification de l'action menée pour éliminer toutes formes de violence à l'égard des femmes : veiller à ce que s'exerce la diligence due en matière de prévention.

Autres instruments non contraignants. Dans leurs observations finales, les divers organes conventionnels demandent aux États de prendre des mesures en vue de prévenir la violence sexuelle, de fournir des services de réadaptation, d'accorder des réparations aux victimes de violence sexuelle, et de traduire les coupables en justice⁸².

4. Mutilations et ablations génitales féminines

134. Les mutilations et ablations génitales féminines désignent toutes les pratiques qui consistent en « l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons non médicales »⁸³. Elles sont préjudiciables à court et à long terme, selon la gravité de la procédure, et ne présentent aucun avantage pour la santé⁸⁴.

135. On estime que 125 millions de femmes et de filles dans le monde vivent avec les séquelles de mutilations et ablations génitales, et que quelque 3 millions de filles âgées pour la plupart de moins de 15 ans risquent chaque année d'en être victimes. Ces mutilations sont courantes dans plus de 29 pays, principalement dans l'ouest, l'est et le nord-est de l'Afrique et dans certains pays arabes (voir fig. 7)⁸⁵.

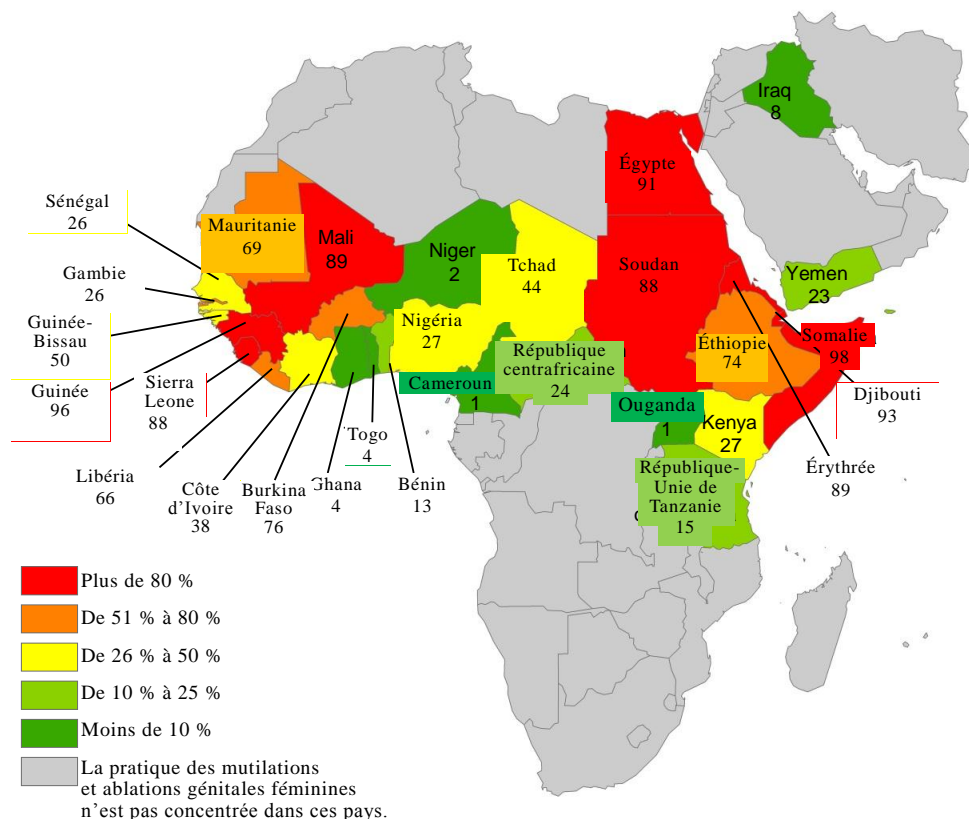
⁸² Voir les observations finales du Comité des droits de l'enfant adoptées à l'issue de l'examen du troisième rapport périodique du Liban [CRC/C/42/3, par. 429 d)]; les observations finales du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes adoptées à l'issue de l'examen des quatrième, cinquième et sixième rapports périodiques de la République-Unie de Tanzanie (A/63/38, deuxième partie, chap. IV.B, par. 120); les observations finales du Comité contre la torture adoptées à l'issue de l'examen du deuxième rapport périodique du Costa Rica [A/63/44, par. 40 (19)].

⁸³ OMS, « Mutilations sexuelles féminines », aide-mémoire n° 241 (février 2014), consultable à l'adresse suivante : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/index.html; OMS, *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement* (Genève, 2008), consultable à l'adresse suivante : www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf.

⁸⁴ OMS, *Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency Statement*.

⁸⁵ UNICEF, *Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements* (New York, 2013); UNFPA-UNICEF *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change, Annual Report 2012* (New York, 2013); OMS, *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement* (2008).

Figure 7
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation ou une ablation génitale (par pays)



Source : UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change* (New York, 2013).

136. La prévalence de ces pratiques et les attitudes à leur égard à l'intérieur des pays varient en fonction de certains facteurs socioéconomiques comme le niveau d'éducation et le revenu du ménage. Avec l'augmentation de l'émigration, la prévalence chez les femmes et les filles vivant hors de leur pays est également en hausse⁸⁶.

137. Des efforts considérables ont été déployés pour faire cesser la pratique des mutilations et ablations génitales féminines depuis la déclaration commune publiée en 1997 par l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'OMS⁸⁷, et l'attention internationale et les moyens mis en œuvre pour lutter contre ces pratiques ont augmenté au cours des dernières décennies. De nombreux

⁸⁶ UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*; OMS, *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement* (2008); P. S. Yoder, N. Abderrahim et A. Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7 (Calverton, Maryland, États-Unis d'Amérique, ORC Macro, 2004).

⁸⁷ OMS, *Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement* (Genève, 1997).

instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme protègent les droits des femmes et des filles et appellent à mettre fin à ces mutilations, lesquelles constituent une violation des droits de l'enfant, du droit de jouir du meilleur état de santé possible, du droit de ne pas être soumis à la torture et à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, ainsi qu'une forme d'inégalité et de discrimination à l'encontre des femmes⁸⁸. Cependant, la persistance et l'ampleur de ces pratiques, à quoi s'ajoute le fait que, selon certaines projections statistiques, 20,7 millions de filles nées entre 2010 et 2015 seront vraisemblablement victimes d'une forme de mutilation ou d'ablation génitale d'ici à 2030⁸⁹, montrent une nouvelle fois qu'il est urgent d'intensifier, d'étendre et de renforcer les mesures destinées à accélérer leur diminution en vue de les éliminer en moins d'une génération. La nouvelle déclaration commune interinstitutions signée en 2008 par un plus grand nombre d'organismes des Nations Unies appelle à un renforcement de l'appui, des actions de sensibilisation et des moyens consacrés à l'élimination des mutilations et ablations génitales féminines aux niveaux local, national et international⁸⁸.

138. Selon l'enquête mondiale, 46 % des pays ont promulgué et appliquent des lois visant à protéger les filles contre les pratiques néfastes, dont les mutilations et ablations génitales, ce chiffre étant de 66 % pour les pays d'Afrique et de seulement 26 % pour les pays d'Asie.

139. Il ne suffit pas d'adopter des lois réprimant la pratique des mutilations et ablations génitales féminines, encore faut-il les accompagner de campagnes d'information et de sensibilisation qui font évoluer durablement les comportements culturels et locaux. L'adoption de stratégies locales approuvées par les responsables nationaux et locaux sera essentielle pour faire advenir les comportements nécessaires à la protection des droits des femmes et des filles et à l'élimination des mutilations et ablations génitales féminines⁸⁸. On constate en effet que les communautés qui sont passées par un processus de prise de décisions collective et participative sont parvenues à abandonner ces pratiques⁹⁰.

140. Les États doivent élaborer, appuyer et mettre en œuvre des stratégies complètes et intégrées visant à éradiquer la pratique des mutilations et ablations génitales féminines (prévoyant notamment la formation des travailleurs sociaux, du personnel médical, des responsables locaux et religieux et des professionnels compétents), s'assurer qu'il existe des services et des soins de qualité pour prendre en charge les femmes et les filles qui risquent de subir ou ont subi des mutilations ou ablations génitales, instituer une procédure de signalement aux autorités compétentes des femmes et des filles à risque, et veiller à ce que les professionnels de la santé soient en mesure de détecter et de traiter les complications découlant de ces pratiques.

⁸⁸ OMS, *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement* (2008).

⁸⁹ Voir FNUAP, base de données MDG 5b+Info.

⁹⁰ UNFPA-UNICEF *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change, Annual Report 2012*.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 4

Mutilations et ablations génitales féminines

Instruments contraignants. Au niveau régional, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique (1995) dispose que : « Les États interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes [...] [et interdisent] par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine. » Aux termes de l'article 38 de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (2011) : « Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour ériger en infractions pénales, lorsqu'ils sont commis intentionnellement : a) l'excision, l'infibulation ou toute autre mutilation de la totalité ou partie des labia majora, labia minora ou clitoris d'une femme; b) le fait de contraindre une femme à subir tout acte énuméré au point a) ou de lui fournir les moyens à cette fin; c) le fait d'inciter ou de contraindre une fille à subir tout acte énuméré au point a) ou de lui fournir les moyens à cette fin. »

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté plusieurs résolutions relatives à l'élimination des pratiques néfastes, dont les mutilations et ablations génitales féminines, notamment la résolution historique 67/146 sur l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines.

5. Priorités des gouvernements : égalité entre les sexes et autonomisation des femmes

Autonomisation économique et emploi	71 % des gouvernements
Autonomisation politique et participation à la vie politique	59 % des gouvernements
Élimination de toutes les formes de violence	56 % des gouvernements
Normes sexuelles et participation des hommes	22 % des gouvernements
Équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle	7 % des gouvernements

141. La promotion et la facilitation de l'« autonomisation économique » des femmes sont la priorité la plus souvent citée par au moins les deux tiers des pays de 4 régions sur 5 : Afrique (67 %), Asie (78 %), Europe (79 %) et Océanie (71 %). Avec 59 %, il s'agit de la deuxième priorité citée en Amérique, après l'« élimination de toutes les formes de violence ». Ces chiffres sont conformes à la prise de conscience de plus en plus répandue que la participation des femmes à l'activité économique est un moteur de croissance et de développement, phénomène qui a contribué à la croissance économique récente de nombreux pays d'Asie.

142. La question de l'« autonomisation politique et la participation à la vie politique » est une priorité pour deux tiers des gouvernements d'Afrique (63 %), d'Asie (66 %) et d'Océanie (64 %). En Europe et en Amérique, la question est considérée prioritaire par respectivement 48 % et 53 % des gouvernements. Il convient de noter que cette question a été citée par seulement 45 % des gouvernements des pays à revenu élevé non membres de l'OCDE, et 41 % des pays à revenu élevé membres de l'OCDE. La question revêt une priorité plus élevée dans les autres catégories de revenu : elle est prioritaire pour 62 % des pays à faible revenu, 67 % des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) et 62 % des pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure).

143. Le peu de soutien accordé à l'autonomisation des femmes dans les pays riches, membres ou non de l'OCDE, traduit sans doute des divergences de valeurs. C'est dans les pays à revenu élevé membres de l'OCDE que l'on trouve la plus forte proportion de femmes parlementaires, ce qui semble indiquer que la participation des femmes à la vie politique est largement admise et ne nécessite plus l'intervention des pouvoirs publics. En revanche, la proportion la plus faible se trouve dans les pays à revenu élevé non membres de l'OCDE, ce qui indique que la présence des femmes en politique n'y bénéficie pas du même soutien et que l'évolution économique y a été plus rapide que l'évolution sociale et politique.

144. Au niveau mondial, la troisième priorité la plus souvent citée en matière d'égalité entre les sexes et d'autonomisation des femmes est l'« élimination de toutes les formes de violence » (56 % des pays)⁹¹. En Amérique, cette priorité est citée par 69 % des gouvernements, ce qui est nettement supérieur à la moyenne mondiale. Alors que, selon l'OMS, c'est en Afrique que l'incidence au cours de la vie des violences sexuelles et physiques exercées à l'encontre des femmes par un partenaire ou une personne autre est la plus élevée; les pays de la région sont moins nombreux à considérer cette question prioritaire (49 %) que ceux d'Amérique (69 %), d'Europe (61 %) ou d'Océanie (57 %).

145. La question des normes sexuelles et de la participation des hommes est une priorité pour seulement 22 % des gouvernements dans le monde et est plus souvent citée par les gouvernements européens (34 %). Cette question n'est pas prioritaire pour les gouvernements de la majorité des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (tranche inférieure), qui ne sont que respectivement 15 % et 14 % à la citer. « Mettre fin à la préférence pour les garçons » est une priorité citée par seulement trois pays (Arménie, Chine, Inde), dans lesquels le rapport de masculinité est nettement faussé.

⁹¹ Comprend toutes les priorités relatives à l'élimination de toutes les formes de violence contre les personnes, dont les violences sexistes, les violences sexuelles (viol), les violences au sein du ménage, le trafic, les féminicides, l'esclavage et la stérilisation forcée.

146. Alors qu'au niveau mondial, la priorité est accordée à la promotion de la participation des femmes à la vie économique, l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle⁹² n'est citée comme prioritaire que par 7 % des pays, pour la plupart européens. Sur le plan mondial, il semble que la participation des femmes à l'activité économique soit considérée comme un progrès évident. Toutefois, il sera nécessaire de mettre en place des politiques globales qui prévoient un congé parental (maternité et paternité) et des structures d'accueil de qualité pour les enfants afin d'assurer le bien-être des enfants et des familles et d'éviter une surcharge de travail pour les femmes.

147. Les États doivent lancer des campagnes nationales, notamment par le biais d'actions d'information et des programmes scolaires, et renforcer les capacités des professionnels de l'éducation, formelle comme informelle, et des groupes locaux à éliminer le sexisme (y compris la violence à l'encontre des femmes et des filles) et à encourager la participation des hommes et des garçons et le partage équitable des responsabilités, notamment par la création d'écoles spécialisées pour les hommes et les garçons et d'autres organismes locaux, pour informer, sensibiliser et faire évoluer les comportements.

C. Jeunes et adolescents

1. Le poids démographique des jeunes

148. L'évolution démographique de ces dernières décennies a abouti à la plus importante génération de jeunes (adolescents de 10 à 19 ans et jeunes de 15 à 24 ans) que le monde ait jamais connue. Les jeunes âgés de 10 à 24 ans représentaient, en 2010, 28 % de la population mondiale, soit une proportion légèrement supérieure à celle de la population asiatique et 31 % de la population africaine (voir fig. 8). Bien que cette proportion soit amenée à diminuer dans la plupart des régions au cours des 25 prochaines années, elle restera supérieure à 20 % partout sauf en Europe jusqu'en 2035, et dépassera 30 % en Afrique sur la même période⁹³.

⁹² Comprend toutes les priorités relatives à la promotion d'un équilibre entre les rôles des femmes à la maison et au travail et à la préservation de la famille.

⁹³ *World Population Prospects: The 2012 Revision* (voir, plus haut, note 7).

Figure 8
Tendances et perspectives de la population jeune (10-24 ans) dans le monde et par régions, 1950-2050

(Variante moyenne de fécondité)

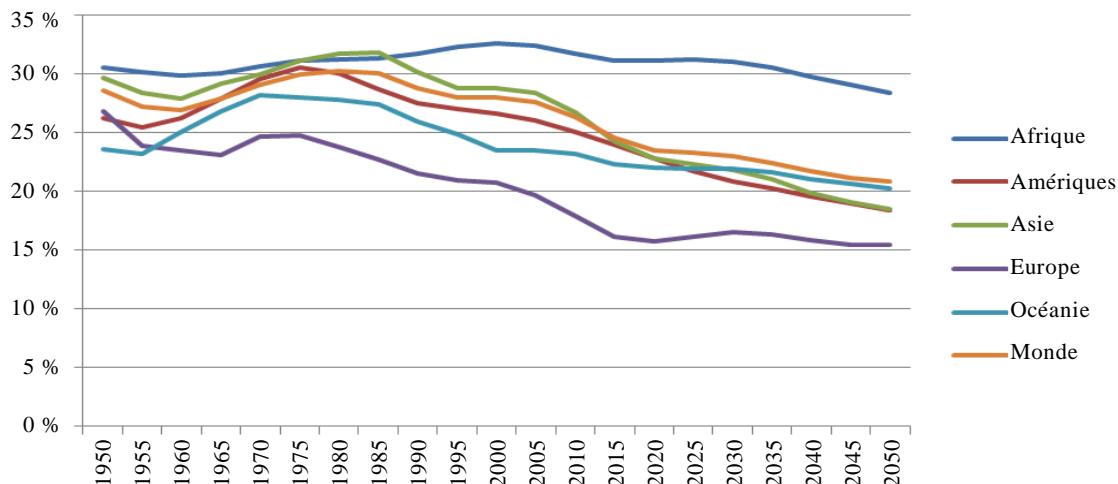


Figure 8.a
Tendances et perspectives de la population jeune (10-24 ans) en Afrique et par sous-régions, 1950-2050

(Variante moyenne de fécondité)

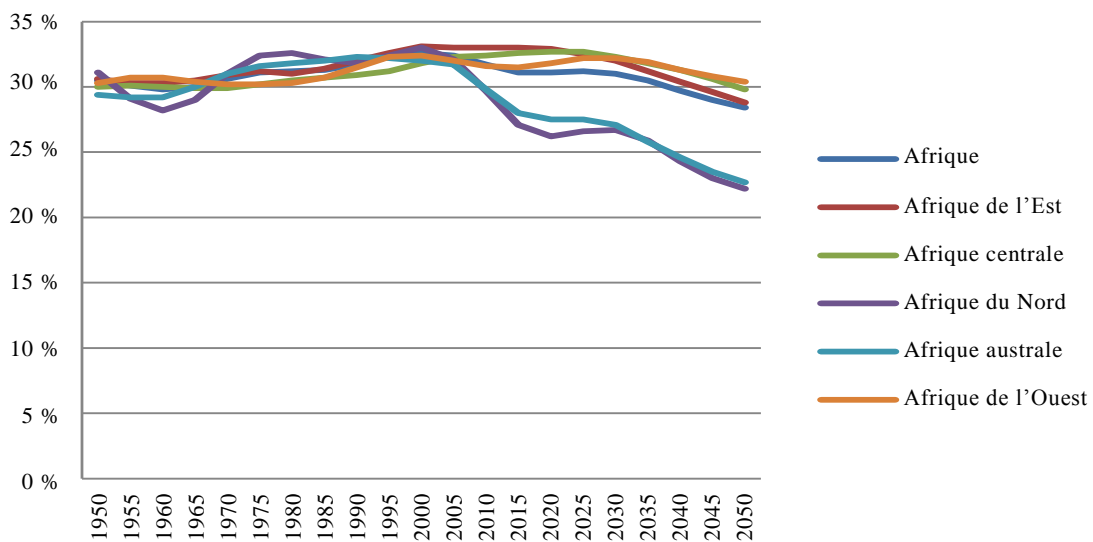


Figure 8.b
**Tendances et perspectives de la population jeune (10-24 ans)
 dans les Amériques et par sous-régions, 1950-2050**

(Variante moyenne de fécondité)

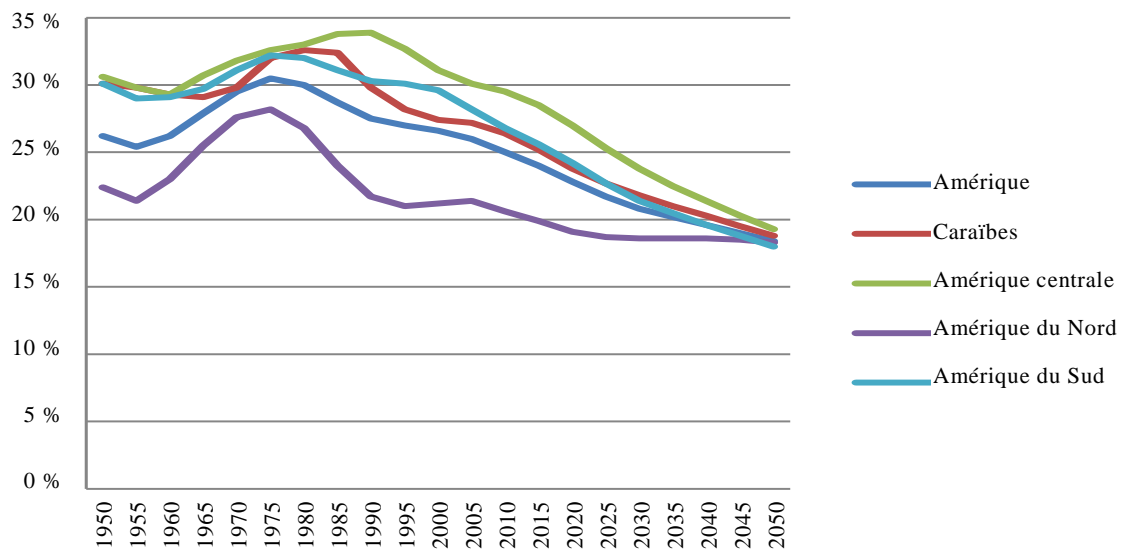


Figure 8.c
**Tendances et perspectives de la population jeune (10-24 ans) en Asie
 et par sous-régions, 1950-2050**

(Variante moyenne de fécondité)

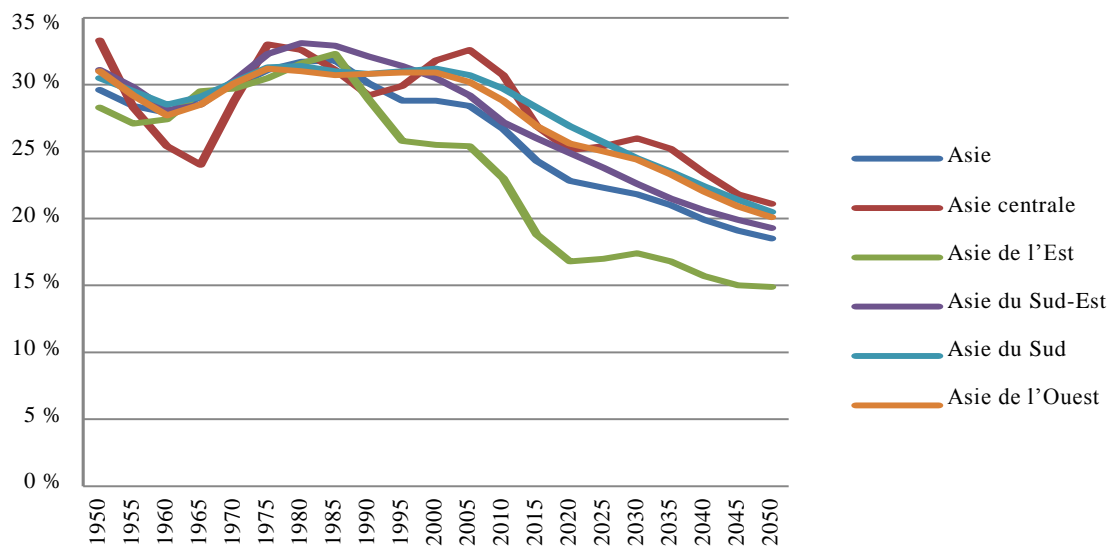


Figure 8.d
Tendances et perspectives de la population jeune (10-24 ans) en Europe et par sous-régions, 1950-2050

(Variante moyenne de fécondité)

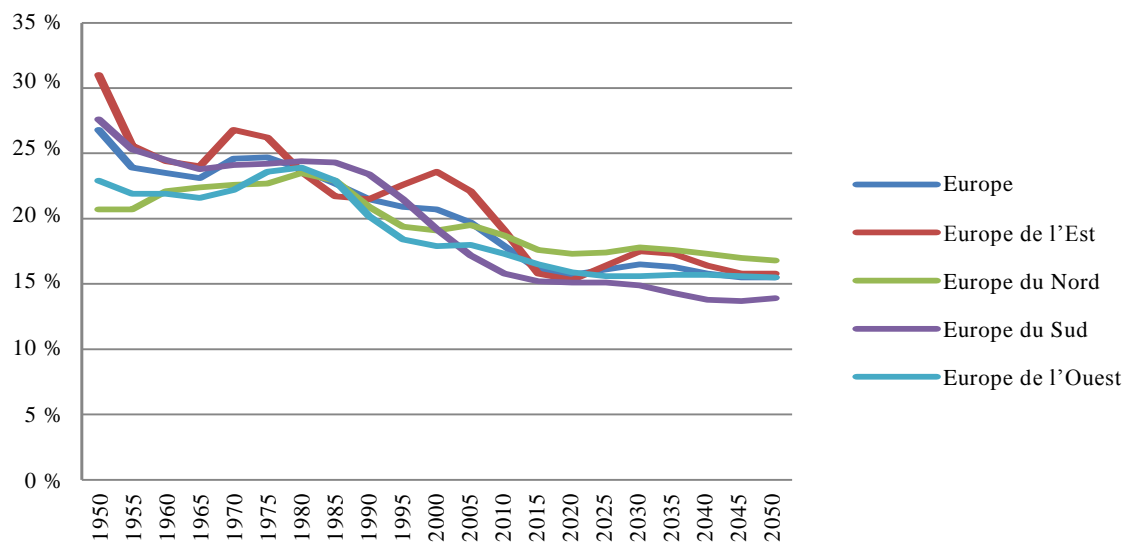
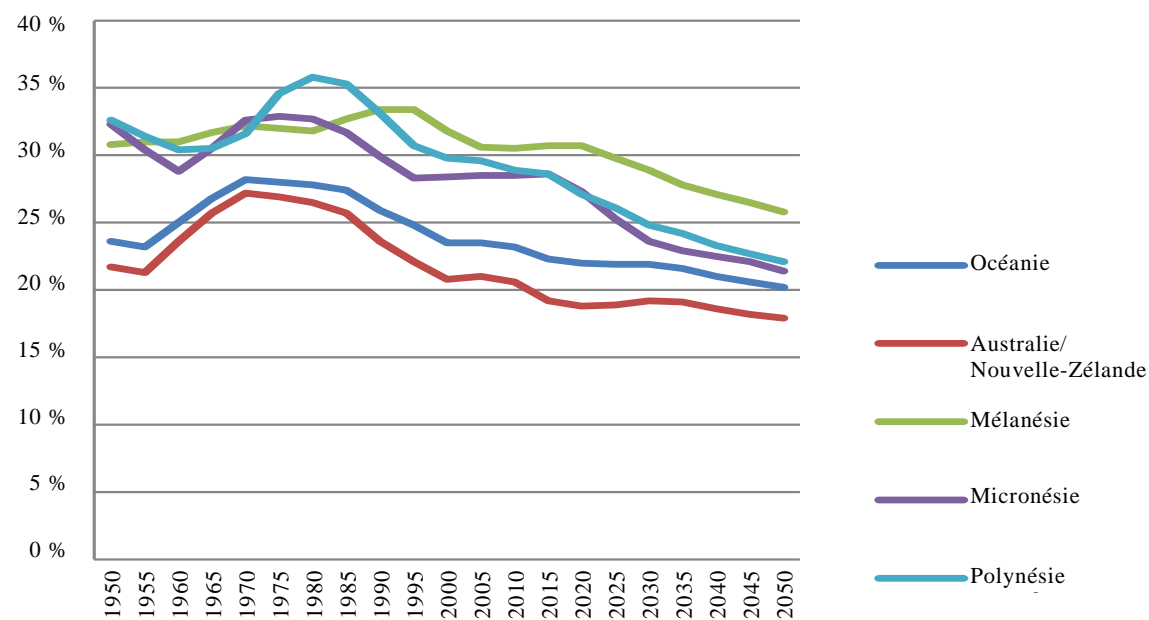


Figure 8.e
Tendances et perspectives de la population jeune (10-24 ans) en Océanie et par sous-régions, 1950-2050

(Variante moyenne de fécondité)



Source : World Population Prospects: The 2012 Revision, novembre 2013 (ST/ESA/SER.A/336).

149. Toutefois, ce n'est pas parce que les jeunes et les adolescents représentent une population importante en valeur absolue⁹⁴ qu'ils doivent occuper une place prépondérante dans le programme de développement de ces 20 prochaines années, mais en raison de quatre paramètres primordiaux :

a) Le recul de la fécondité qui a suivi leur naissance ne leur laisse pas d'autre choix que celui de prospérer et de devenir financièrement autonomes. Ils ne pourront pas compter sur une génération suivante assez nombreuse pour leur venir en aide lorsqu'ils prendront de l'âge, alors même qu'ils vivront vraisemblablement jusqu'à un âge avancé, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie;

b) Ils devront, en parallèle, satisfaire aux besoins de la population croissante de personnes âgées;

c) La plupart de ces jeunes et adolescents grandissent dans des pays pauvres, où les systèmes de santé et d'éducation sont insuffisants, où leurs droits et leur santé en matière de sexualité et de reproduction ne sont pas garantis, où les emplois décents sont rares et où ils sont souvent contraints de migrer;

d) Leurs attentes sont supérieures à celles de leurs parents : ces jeunes aspirent à l'autonomie, à la liberté, et veulent accéder à un avenir meilleur. Nés avec l'ère de l'information, ils ont pris conscience de leurs droits et acquis une vision plus globale de l'avenir auquel ils peuvent prétendre.

150. La baisse de la fécondité offre par ailleurs aux pays à revenu faible et intermédiaire une conjoncture favorable : la proportion de jeunes actifs n'a jamais été aussi élevée, et ceux-ci peuvent être les moteurs d'une croissance et d'un développement économiques forts, à condition bien sûr de se voir offrir une formation et des opportunités d'emploi. Le bien-être et la participation sociale active de ces jeunes et adolescents reposent donc, comme le souligne la Commission de la population et du développement dans sa résolution 2012/1 sur les adolescents et les jeunes, sur la capacité des gouvernements à protéger leurs droits, à développer leurs capacités, à garantir leurs droits et leur santé en matière de sexualité et de procréation, à les préparer à un avenir professionnel productif et créatif et à récompenser leurs efforts. Si l'on souhaite donner à ces adolescents et à ces jeunes les moyens et la possibilité de choisir leur avenir et favoriser l'innovation nécessaire pour assurer un avenir durable, il est indispensable d'investir dans un développement humain résolument tourné vers la jeunesse.

151. Les tendances sous-régionales mettent en évidence l'importante proportion de jeunes dans les sous-régions africaines, à l'exception de l'Afrique du Nord et de l'Afrique australe, où cette proportion est en baisse. En Asie, la proportion de jeunes dans la population a commencé à diminuer plus tôt et plus vite dans l'est de la région qu'ailleurs. Elle a également diminué rapidement en Amérique du Nord dans les années 80, tendance que l'on constate à présent dans les autres sous-régions du continent. La proportion de jeunes est faible dans toutes les sous-régions européennes. L'Océanie présente quant à elle des variations notables entre sous-régions et c'est en Mélanésie que l'on trouve la plus grande proportion de jeunes.

⁹⁴ Chacune des cohortes d'âges qui les précède est également la plus nombreuse jamais recensée. Notre planète accueille actuellement les plus importantes cohortes de quadragénaires, quinquagénaires, sexagénaires, etc., qu'elle ait jamais connues.

152. En ce qui concerne les jeunes, les priorités des gouvernements ayant répondu à l'enquête mondiale sont l'autonomisation financière et l'emploi (70 %), l'intégration sociale (56 %) et l'éducation (56 %). Ces priorités soulignent l'étroitesse des liens qui unissent le droit à un emploi productif et décent et l'éducation, la formation, l'insertion sociale, la mobilité et la prise en compte de l'égalité des sexes, conformément à la résolution 2012/1 de la Conférence internationale sur la population et le développement. Par ailleurs, plusieurs initiatives intergouvernementales, dont le Programme d'action mondial pour la jeunesse à l'horizon 2000 et au-delà et la résolution 2012/1, ainsi que les résultats de l'examen régional et la déclaration adoptée lors du Forum mondial des jeunes qui s'est tenu à Bali (Indonésie) mettent en évidence l'importance d'une participation pleine et entière des jeunes, ainsi que la nécessité d'investir en faveur des moteurs du développement et du changement social que sont les jeunes.

153. Les pays qui auront à gérer une importante population jeune ces 20 prochaines années ont pris les devants et s'efforcent, depuis cinq ans, de mieux répondre aux besoins de leurs jeunes et de leurs adolescents, notamment en matière de création d'emploi et d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (« créer des opportunités d'emploi pour les jeunes », 94 %, « veiller à ce que les adolescent(e)s et les jeunes aient les mêmes droits et accès aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris les services de prévention du VIH », 94 % (voir chap. III.D du présent rapport sur les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction ainsi que la santé des jeunes tout au long de leur vie). Nombre d'entre eux se sont également attaqués aux problèmes de la violence, de l'exploitation et des mauvais traitements (81 %) et ont institué des procédures et mécanismes concrets en faveur de la participation des jeunes (81 %). La rubrique consacrée à l'examen des effets négatifs de la pauvreté sur les adolescent(e)s et les jeunes est celle qui a mobilisé le moins de pays (75 %), mais ce chiffre reste supérieur à ceux observés pour toutes les questions relatives à d'autres groupes d'âge.

**Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme
adoptées depuis la Conférence internationale sur la population
et le développement**

Encadré 5

Jeunes et adolescents

Instruments contraignants. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, des chartes régionales telles que la Convention ibéro-américaine relative aux droits des jeunes (2005, entrée en vigueur en 2008) et la Charte africaine de la jeunesse (2006, entrée en vigueur en 2009) ont vu le jour pour promouvoir un grand nombre de droit en faveur des jeunes. La Charte africaine de la jeunesse offre un cadre général propice à l'autonomisation des jeunes et au renforcement de leur participation et de leur association au développement. Elle comprend des articles consacrés, entre autres, au droit à la non-discrimination, à la liberté de mouvement, à la liberté d'expression, à la liberté de pensée et d'association, au développement et à la participation, à l'éducation et à l'acquisition de compétences, à l'emploi, à la santé, à la paix et à la sécurité. La Convention ibéro-américaine reconnaît à tous les jeunes âgés de 15 à 24 ans le droit d'exercer pleinement leurs droits

civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels. Elle identifie en outre les jeunes comme des acteurs clefs du développement. La Convention reconnaît aux jeunes des droits relatifs à la paix, à la non-discrimination, à l'égalité des sexes, à la famille, à la vie, à l'intégrité de leur personne, à la participation, à l'éducation, à l'éducation sexuelle, à la santé, à l'emploi, aux conditions de travail, au logement et à un cadre de vie sain. Sur le plan international, les États parties au Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants (2000, entré en vigueur en 2002) « veillent à ce que, au minimum, [ces] actes et activités soient pleinement couverts par [leur] droit pénal; que ces infractions soient commises au plan interne ou transnational, par un individu ou de façon organisée ».

2. Mariage des enfants, mariage précoce et mariage forcé

154. Le mariage des enfants, le mariage précoce et le mariage forcé sont des violations des droits fondamentaux des enfants qui restent monnaie courante dans de nombreux pays et dans la plupart des régions du monde, y compris là où ils sont interdits par la loi. La vulnérabilité des populations face au mariage des enfants, au mariage précoce et au mariage forcé est liée à l'extrême pauvreté, à l'infériorité de la condition des femmes et à la fragilité des communautés autant qu'aux normes culturelles. Si la tendance actuelle perdure, 142 millions de filles seront mariées avant leur dix-huitième anniversaire d'ici à 2020⁹⁵.

155. Dans les pays en développement, les filles qui grandissent en milieu rural courent un risque deux fois plus grand (44 %) d'être mariées ou d'entrer en ménage précocement que celles qui grandissent en milieu urbain (22 %). Il est également deux fois plus important chez celles qui ont arrêté l'école en primaire que chez celles qui ont suivi un enseignement secondaire ou supérieur. Les filles qui ne sont jamais allées à l'école ont quant à elles trois fois plus de risques d'être mariées ou d'entrer en ménage avant leur dix-huitième anniversaire que celles qui ont suivi un enseignement secondaire ou supérieur. Enfin, plus de la moitié (54 %) des filles appartenant au quintile le plus pauvre sont mariées encore enfants, contre seulement 16 % des filles du quintile le plus riche⁹⁵.

156. En 2010, 158 pays avaient fixé l'âge légal du mariage à 18 ans. On estime néanmoins que, pour la période allant de 2000 à 2011, 34 % des femmes de 20 à 24 ans des pays en développement étaient mariées ou en couple avant leurs 18 ans, et que 12 % d'entre elles l'étaient avant même leur quinzième anniversaire⁹⁵.

157. L'enquête mondiale révèle que, ces cinq dernières années, seuls 51 % des pays ont mis en place des mesures visant à « éliminer les mariages précoces/forcés ». Cela traduit vraisemblablement le fait que ce problème ne concerne que certaines régions du monde. Si l'on s'intéresse aux réponses des 41 pays « prioritaires », dans lesquels plus de 30 % des filles sont concernées par le mariage précoce, on s'aperçoit que 90 % d'entre eux ont mis en place des mesures visant à enrayer le problème. On notera toutefois que trois des pays qui présentent les taux de mariages

⁹⁵ FNUAP, 212. *Marrying too Young: End Child Marriage* (voir note de bas de page 5 ci-dessus).

précoces les plus élevés (39 % à 75 % des filles) n'ont pris aucune mesure et que 11 des 41 pays prioritaires n'ont pas répondu à la question correspondante.

158. Les États devraient protéger la dignité et les droits des femmes et des filles en éliminant l'ensemble des pratiques néfastes, et notamment les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés, au moyen de stratégies transversales intégrées, parmi lesquelles l'adoption et l'application, partout dans le monde, de lois qui érigent en infraction pénale le mariage des mineurs de 18 ans, ainsi que de grandes campagnes de sensibilisation sur les effets délétères des mariages précoces sur la santé et la vie des jeunes. Ils devraient également appuyer les initiatives prises et les objectifs fixés au niveau national en vue d'éliminer cette pratique en l'espace d'une génération.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 6

Mariage des enfants, mariage précoce et mariage forcé

Instruments contraignants. Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique (1995, entré en vigueur en 2005), qui vient renforcer les obligations consacrées avant 1994 par le droit international des droits de l'homme, exige des États signataires qu'ils fixent l'âge minimum du mariage pour les filles à 18 ans. La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (2011, pas encore entrée en vigueur) exige des Parties qu'elles « prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour ériger en infraction pénale le fait, lorsqu'il est commis intentionnellement, de forcer un adulte ou un enfant à contracter un mariage ».

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Le Conseil des droits de l'homme a adopté en 2013 une résolution historique, la résolution 24/23, intitulée « Renforcement des mesures visant à prévenir et éliminer les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés : défis, réalisations, bonnes pratiques et problèmes de mise en œuvre ».

Dispositions non contraignantes. Dans leurs observations finales et recommandations générales, les organes conventionnels sont convenus de fixer à 18 ans l'âge minimum requis pour le mariage et que les États devaient, par voie de loi, relever l'âge minimum du mariage à 18 ans, avec ou sans consentement parental⁹⁶.

⁹⁶ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 21 : Égalité dans le mariage et les rapports familiaux (voir A/49/38, chap. I, sect. A); Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 4 (2003) sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant (voir A/59/41, annexe X).

3. Les grossesses précoces et le rôle essentiel de l'instruction des femmes

159. Chaque année dans le monde, plus de 15 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans deviennent mères⁹⁷. Dans les pays en développement, environ 19 % des jeunes femmes tombent enceintes avant leur dix-huitième anniversaire⁹⁸. Une part notable des grossesses précoces est le fruit de relations sexuelles non consenties, et la plupart d'entre elles interviennent dans le contexte d'un mariage précoce⁹⁹. Les grossesses précoces présentent davantage de risques que les autres, pour la mère comme pour l'enfant. En outre, de nombreuses adolescentes enceintes abandonnent l'école ou en sont renvoyées, ce qui limite fortement leurs horizons professionnels et leurs futurs revenus, et met en péril leur santé et celle de leurs enfants¹⁰⁰. À l'échelle mondiale, c'est dans les pays pauvres que le taux de fécondité des adolescentes est le plus élevé, et les adolescentes enceintes sont généralement issues des classes sociales les plus déshéritées, ce qui accroît le risque de répercussions nocives pour les mères comme pour les enfants¹⁰¹.

160. Le taux de fécondité des adolescents n'a cessé de reculer entre 1990 et 2010, et ce, dans tous les pays et toutes les régions quel que soit leur niveau de revenu. Il existe une corrélation entre l'augmentation du taux de scolarisation des 15-19 ans dans l'enseignement secondaire et la baisse du taux de fécondité des adolescentes (voir fig. 9). Si l'instruction des jeunes femmes a, de manière générale, entraîné une baisse de leur taux de fécondité partout dans le monde, les résultats sont plus mitigés dans les Amériques, où l'on observe une fécondité forte chez les adolescentes en dépit d'un taux de scolarisation élevé. L'Amérique latine occupe en effet la deuxième place après l'Afrique subsaharienne en termes de taux de fécondité des adolescentes, et le taux de scolarisation n'y a pas le même impact sur la fécondité des jeunes que dans d'autres régions du monde.

⁹⁷ *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2013* (voir note de bas de page 4 ci-dessus).

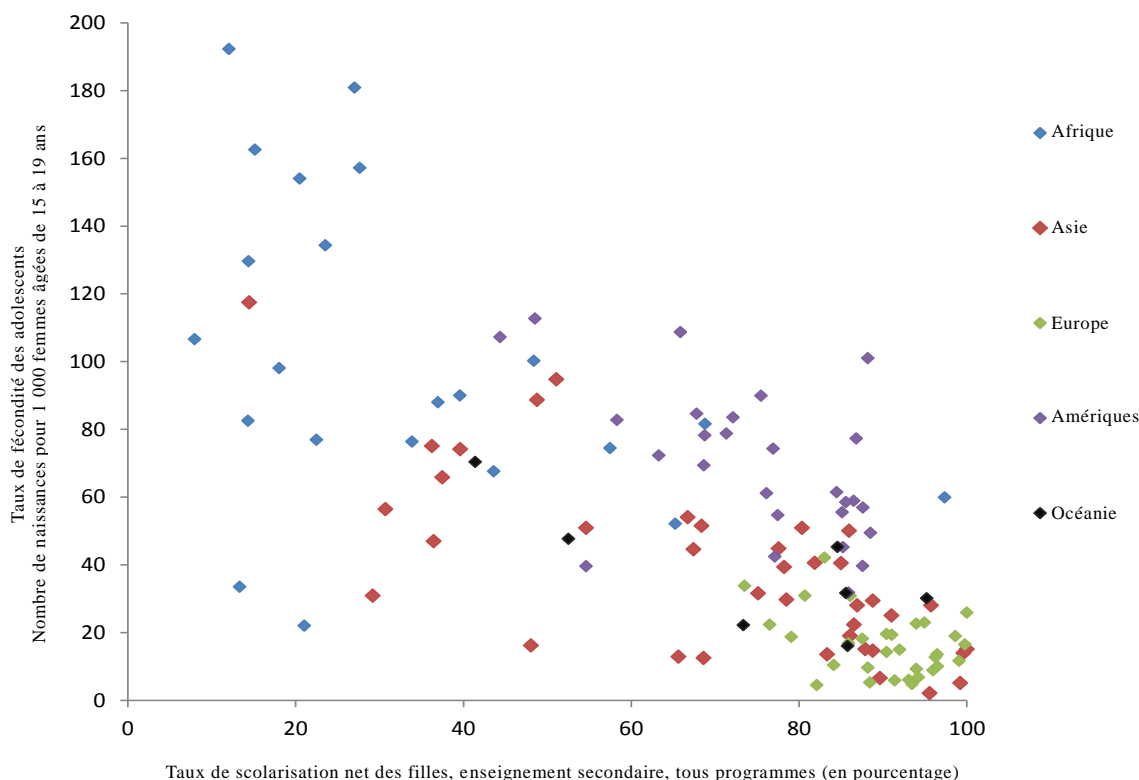
⁹⁸ *État de la population mondiale 2013 : la mère-enfant – face aux défis de la grossesse chez l'adolescente* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.13.III.H.1).

⁹⁹ K. G. Santhya, « Early marriage and sexual and reproductive health vulnerabilities of young women: a synthesis of recent evidence from developing countries », *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol. 23, n° 5 (2011), p. 334 à 339.

¹⁰⁰ C. B. Lloyd et B. Mensch, « Marriage and childbirth as factors in dropping out of school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa », *Population Studies*, vol. 62, n° 1 (2008), p. 1 à 13; K. G. Santhya *et al.*, « Associations between early marriage and young women's marital and reproductive health outcomes: evidence from India », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 36, n° 3 (2010), p. 132 à 139.

¹⁰¹ FNUAP, *How Universal is Access to Reproductive Health? A Review of the Evidence* (New York, 2010).

Figure 9
**Taux de fécondité des adolescents et taux net de scolarisation
 des filles dans l'enseignement secondaire par région, 2005-2010**



Source : *World Population Prospects: The 2012 Revision*, novembre 2013 (ST/ESA/SER.A/336); et Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Institut de statistique, Centre de données, tableau personnalisé extrait de http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=136&IF_Language=eng&BR_Topic=0.

Note : Les taux de fécondité des adolescentes présentés correspondent à des estimations pour la période 2005-2010. Les taux nets de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire reflètent les dernières estimations disponibles pour la période 2005-2010.

161. Si l'instruction permet à tous les enfants de participer davantage à la vie sociale, économique et politique, l'éducation des filles bénéficie à la fois aux filles, mais aussi à leur famille et à leurs communautés. Scolariser les filles réduit le risque de mariage précoce et retarde l'échéance d'une première grossesse, ce qui limite le risque de conséquences néfastes liées à la grossesse ou à l'accouchement. On observe une solide corrélation entre la scolarisation des filles et l'augmentation de l'utilisation de méthodes de planification familiale, une meilleure communication à ce sujet au sein du couple et une baisse globale du taux de fécondité¹⁰². Une analyse récente réalisée en Afrique de l'Est a montré que les variations temporelles

¹⁰² T. Castro Martin, « Women's education and fertility: results from 26 demographic and health surveys », *Studies in Family Planning*, vol. 26, n° 4 (1995), p. 187 à 202; S. J. Jeejeebhoy, *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries* (Oxford, Clarendon Press, 1995).

observées dans les différentes éditions des enquêtes démographiques et sanitaires étaient liées à l'évolution du niveau d'instruction des filles et qu'il existait une corrélation entre la proportion de femmes sans instruction et la stagnation du taux de fécondité au Kenya, en République-Unie de Tanzanie, en Ouganda et au Zimbabwe¹⁰³.

162. Des équipes de recherche ont présenté des théories et des données probantes afin d'expliquer comment l'instruction des filles permet de faire baisser la fécondité, démontrant que l'éducation change la vie des filles dans de nombreux domaines essentiels, tous liés, de près ou de loin, à la fécondité¹⁰⁴. L'éducation accroît les possibilités qui s'offrent aux filles de travailler en dehors du foyer, et leurs aspirations en ce sens. Elle améliore également leur statut social, ce qui a une influence sur le type d'hommes qu'elles épousent¹⁰⁵. Elle leur confère un plus grand pouvoir de négociation au sein de leur couple¹⁰⁶, accroît leur recours aux services de santé et améliore les chances de survie et la santé de leurs enfants¹⁰⁷. L'amélioration du niveau d'éducation influence également les comportements des filles et des garçons vis-à-vis de l'égalité des sexes et des stéréotypes liés à chacun : plus leur niveau d'instruction est élevé, plus les jeunes, filles comme garçons, ont une vision positive de l'égalité des sexes¹⁰⁸.

163. L'éducation globale à la sexualité, dans le cadre de l'éducation scolaire et informelle, est reconnue comme une stratégie importante en ce qu'elle permet aux jeunes de faire des choix personnels et responsables en matière de sexualité et de santé sexuelle et reproductive. Il a également été démontré que les programmes d'éducation sexuelle fondés sur une approche basée sur les droits et tenant compte des disparités entre les sexes favorisent la progression vers l'égalité des sexes. Dans ses résolutions 2009/1 et 2012/1, la Commission de la population et du développement a notamment appelé les gouvernements à offrir à leurs jeunes une éducation globale à la sexualité humaine, à la santé sexuelle et reproductive et à

¹⁰³ A. C. Ezech, B. U. Mberu et J. O. Emina, « Stall in fertility decline in Eastern African countries: regional analysis of patterns, determinants and implications », *Philosophical Transactions of The Royal Society, Biological Sciences*, vol. 364, n° 1532 (septembre 2009).

¹⁰⁴ I. Diamond, M. Newby et S. Varle, « Female education and fertility: examining the links », dans *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, C. Bledsoe *et al.*, éd. (Washington, National Academies Press, 1999), p. 23 à 48.

¹⁰⁵ A. M. Basu, « Women's education, marriage and fertility in South Asia: do men really not matter? », dans *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, C. Bledsoe *et al.*, éd. (Washington, National Academies Press), p. 267 à 286.

¹⁰⁶ S. Kishor et L. Subaiya, *Understanding Women's Empowerment: A Comparative Analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) Data*. DHS Comparative Reports n° 20 (Calverton, Maryland, Macro International, 2008).

¹⁰⁷ Voir, par exemple, D. M. Cutler et A. Lleras-Muney, « Education and health: evaluating theories and evidence », dans *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy as Health Policy*; R. F. Schoeni *et al.*, éd. (New York, Russell Sage Foundation, 2008), p. 29 à 60; E. Gakidou *et al.*, « Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis », *The Lancet*, vol. 376, n° 9745 (18 septembre 2010), p. 959 à 974; S. Desai et S. Alva, « Maternal education and child health: is there a strong causal relationship? », *Demography*, vol. 35, n° 1 (1998), p. 71 à 81.

¹⁰⁸ R. Inglehart et P. Norris, *Rising Tide: Gender Equality and Cultural Change around the World* (Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, 2003), p. 226; M. van Egmond *et al.*, « A stalled revolution? Gender role attitudes in Australia, 1986-2005 », *Journal of Population Research*, vol. 27, n° 3 (2010), p. 147 à 168.

l'égalité des sexes afin de leur donner les moyens de vivre leur sexualité de manière responsable et épanouie.

164. Seuls 40 % des pays interrogés ont pris des mesures destinées à « faciliter aux filles enceintes l'achèvement de leurs études ». Seules les Amériques se distinguent : 67 % des gouvernements y déclarent avoir instauré des politiques, débloqué des crédits et pris des mesures d'exécution en ce sens. En Europe et en Asie, seuls 29 % et 21 % des gouvernements, respectivement, déclarent avoir pris de telles initiatives. Les pourcentages obtenus en regroupant les pays par niveau de revenus sont sensiblement similaires. L'attention portée à la question en Amérique latine et aux Caraïbes reflète le taux de fécondité relativement élevé observé dans la région.

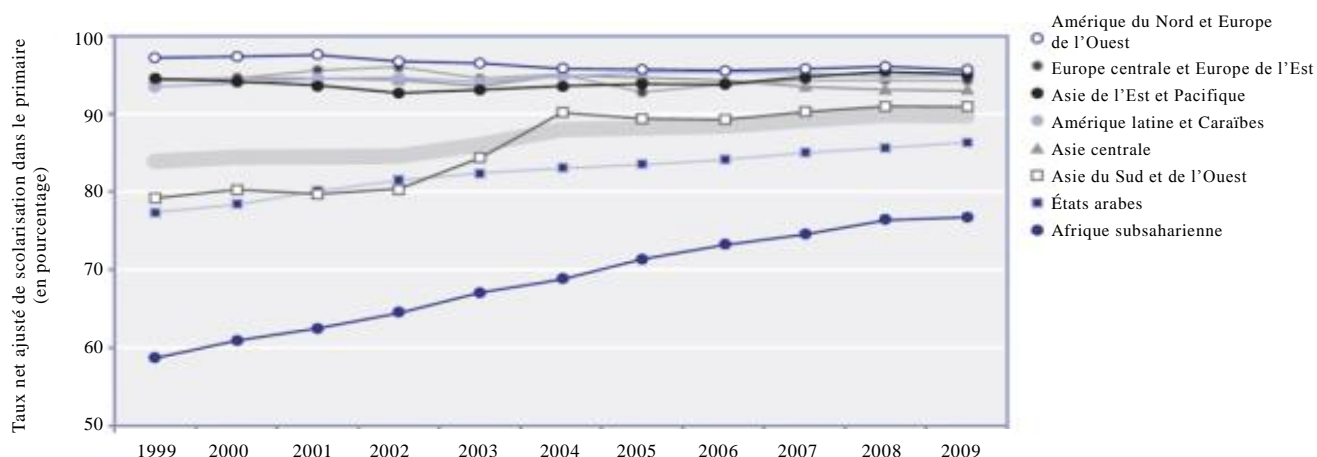
165. Les États devraient mettre en application les engagements pris en faveur de la promotion et de la protection des droits des filles en adoptant et en instaurant des politiques et des programmes ciblés et coordonnés visant à :

- a) garantir aux filles un accès égal à l'école;**
- b) offrir aux jeunes une éducation globale à la sexualité;**
- c) réduire le nombre de grossesses précoces;**
- d) permettre la réintégration en milieu scolaire des femmes enceintes et des jeunes mères à tous les niveaux d'études afin de leur donner les moyens de se réaliser pleinement;**
- e) éliminer les pratiques traditionnelles néfastes telles que le mariage des enfants, le mariage précoce, le mariage forcé et les mutilations et ablations génitales féminines.**

4. Des progrès mitigés en matière d'éducation

166. Ces 15 dernières années, le nombre d'enfants scolarisés dans l'enseignement primaire a connu une augmentation spectaculaire, et le taux de scolarisation mondiale atteint désormais 90 %. Il est toutefois peu probable que l'objectif de l'enseignement primaire universel soit atteint d'ici à 2015 et d'importants écarts subsistent entre les régions. C'est en Asie de l'Est, en Asie du Sud, dans les États arabes et en Afrique subsaharienne que la plus forte progression des taux de scolarisation dans l'enseignement primaire a été observée. Toutefois, dans le cas de l'Afrique, les taux initiaux enregistrés en 2000 étaient faibles ($\approx 60\%$), et près d'un enfant sur quatre en âge d'être scolarisé dans le primaire n'est toujours pas scolarisé en Afrique subsaharienne (fig. 10).

Figure 10
Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire,
par région, 1999-2009



Source : UNESCO, Institut de statistique, *Recueil de données mondiales sur l'éducation 2011 : Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde*, figure 1, citant la base de données et le tableau statistique 3 de l'Institut de statistique de l'UNESCO. Disponible à l'adresse http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/global_education_digest_2011_en.pdf.

Note : Pour les régions de l'Asie de l'Est et du Pacifique et de l'Asie du Sud et de l'Ouest, les estimations de l'Institut de statistique de l'UNESCO s'appuient sur des données restreintes pour l'année de référence, produites à des fins d'analyse spécifique.

167. À l'échelle internationale, le taux d'achèvement de l'éducation primaire a suivi la courbe du taux global de scolarisation, qui atteignait 88 % en 2009 (moyenne mondiale), avec des chiffres allant de 67 % en Afrique subsaharienne à 100 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. Ces 10 dernières années, les progrès les plus importants ont été observés en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et de l'Ouest et dans les États arabes¹⁰⁹.

168. Toutefois, de nombreuses inégalités subsistent selon le sexe, le lieu de résidence (milieu urbain ou milieu rural) et les moyens financiers des familles. Les filles ont été les premières bénéficiaires de l'augmentation du taux brut de scolarisation¹¹⁰. Leur niveau de scolarisation a augmenté plus rapidement que celui des garçons, si bien qu'en 2012, près des deux tiers des pays (128 sur 193) déclaraient avoir atteint la parité des sexes dans l'enseignement primaire. Malgré tout cela, les garçons bénéficient toujours d'un meilleur accès à l'enseignement,

¹⁰⁹ UNESCO, *Atlas mondial de l'égalité des genres dans l'éducation 2012* (voir note de bas de page 5 ci-dessus), p. 48, 49 et 54.

¹¹⁰ Taux brut de scolarisation (TBS) : nombre total d'enfants scolarisés pour un niveau d'éducation donné, quel que soit leur âge, exprimé en pourcentage de la population du groupe d'âge correspondant officiellement au même niveau d'enseignement pour une année scolaire donnée. Le TBS peut être supérieur à 100 % lorsque des élèves plus jeunes ou plus vieux que l'âge officiel sont inscrits dans des écoles primaires (voir UNESCO Institute of Statistics, *Education Indicators: Technical Guidelines* (novembre 2009), p. 9; et *World Atlas of Gender Equality in Education*).

notamment dans 57 des 65 pays qui n'ont toujours pas atteint la parité des sexes dans l'enseignement primaire¹¹¹.

169. L'enquête mondiale révèle que, ces cinq dernières années, 82 % des pays ont mis en place des mesures visant à « assurer un accès équitable des filles à tous les niveaux d'enseignement », et 81 % des mesures visant à « maintenir davantage de filles et d'adolescentes dans les établissements d'enseignement secondaire ». En regroupant les pays par niveaux de revenus, on obtient sensiblement les mêmes pourcentages pour les pays qui ont pris des mesures pour garantir l'égalité de l'accès. En revanche, la proportion de pays qui financent et mettent en œuvre des mesures visant à maintenir les filles dans l'enseignement secondaire est plus importante dans les pays pauvres que dans les pays riches.

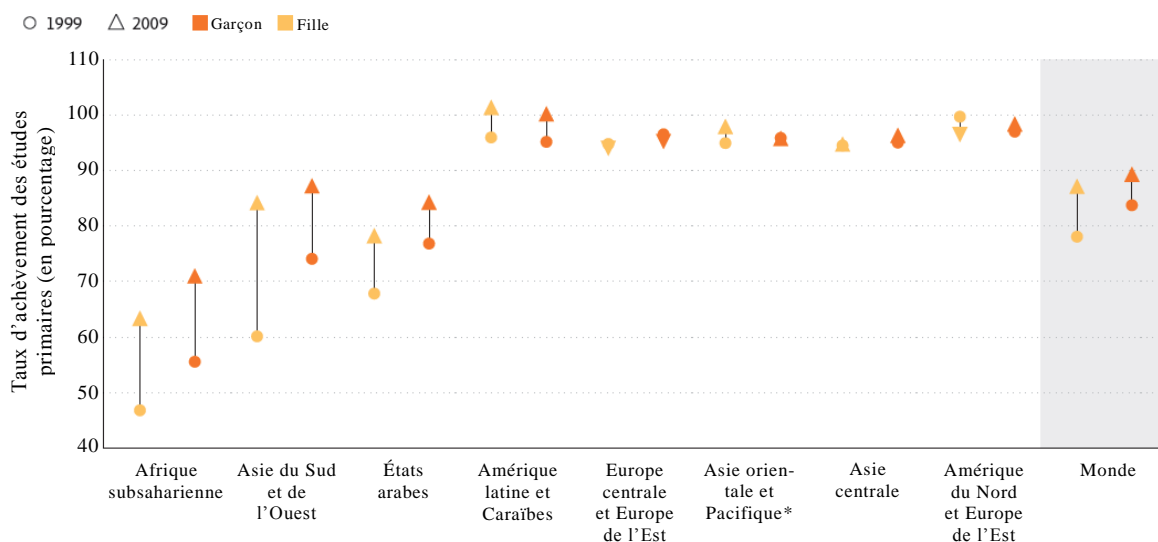
170. En matière de scolarisation, des inégalités persistent entre milieu urbain et milieu rural. Le faible taux global de scolarisation observé dans certains pays est clairement imputable au faible taux de scolarisation des régions rurales. C'est en Afrique et en Asie que l'on relève les taux les plus bas. Dans la plupart des pays, l'écart entre les taux de scolarisation en milieu urbain et en milieu rural est proche de la parité ou ne dépasse pas 50 %. Toutefois, quelques pays présentent des écarts plus importants, généralement associés à un taux de scolarisation net inférieur ou égal à 60 %.

171. Sur les 81 pays pour lesquels des données sont disponibles, seuls 12 États des Amériques, d'Asie et d'Europe présentent un taux de scolarisation plus élevé dans les campagnes que dans les villes. Toutefois, l'écart reste faible (inférieur à 5 %) dans l'ensemble de ces pays, et tous ont un taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire supérieur à 90 %, à l'exception de l'Ukraine (73 %) et du Bangladesh (86 %).

172. Dans près de la moitié des 162 pays dont les données sont comparables, les filles ont moins de chances que les garçons d'achever leurs études primaires. Elles sont généralement loin derrière les garçons, bien que ce ne soit pas le cas partout. Bien qu'entre 1999 et 2009, tout comme pour le taux de scolarisation, les plus grands progrès en matière d'achèvement aient été observés chez les filles (voir fig. 11), leur taux d'achèvement est toujours inférieur à celui des garçons. En l'espace d'une décennie, le taux d'achèvement des études primaires chez les filles est passé à 87 %, à quelques points du taux de 90 % relevé chez les garçons. À l'échelle régionale, c'est en Asie du Sud et de l'Ouest que la progression des filles a été la plus importante en termes relatifs¹¹¹.

¹¹¹ UNESCO, *Atlas mondial de l'égalité des genres dans l'éducation*.

Figure 11
Taux d'achèvement des études primaires par région et par sexe, 1999-2009



Source : UNESCO, *Atlas mondial de l'égalité des genres dans l'éducation* (Paris, 2012), figure 3.6.1, citant l'Institut de statistique de l'UNESCO. Disponible à l'adresse <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002155/215522e.pdf>.

* Les données de 2009 pour l'Asie de l'Est et le Pacifique concernent l'année 2007.

173. En ce qui concerne l'espérance de vie scolaire¹¹², le nombre moyen d'années de scolarité qu'un enfant peut s'attendre à recevoir dans le système éducatif a lui aussi augmenté entre 1990 et 2009, passant de 8,3 à 11 ans pour les filles et de 9,6 à 11,4 ans pour les garçons. Tout comme pour l'achèvement des études primaires, la réduction de l'écart entre filles et garçons en matière d'espérance de vie scolaire a connu la progression la plus importante en Asie du Sud et de l'Ouest, où une fille ayant fait son entrée à l'école en 2009 peut désormais espérer recevoir 9,5 années d'instruction, alors que l'espérance de vie scolaire n'y était que de 6 ans en 1990. Toutefois, dans ces régions, les garçons sont toujours avantagés, puisque leur espérance de vie scolaire est de 10,5 ans. De même, en Afrique subsaharienne et dans les États arabes, où les filles entrées à l'école en 2009 peuvent espérer recevoir respectivement 8 et 10 ans d'instruction, les garçons bénéficient toujours d'au moins un an supplémentaire d'espérance de vie scolaire. En Asie de l'Est et dans le Pacifique, non seulement l'espérance de vie scolaire des filles a augmenté de 38 % entre 1990 et 2009, mais les filles scolarisées en primaire peuvent désormais compter sur 12 ans d'instruction, soit une espérance de vie scolaire légèrement supérieure à la moyenne de celle des garçons. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les filles qui

¹¹² L'espérance de vie scolaire correspond au nombre total d'années de scolarité qu'un enfant d'un âge donné peut espérer recevoir, si l'on considère que ses chances d'être scolarisé sont égales au taux de scolarisation actuel des enfants de son âge (voir UNESCO, Institut de statistique, *Indicateurs de l'éducation : directives techniques*, novembre 2009).

entrent à l'école primaire peuvent espérer recevoir près de 14 années d'instruction, alors que l'espérance de vie scolaire des garçons n'est que de 13,3 ans¹¹³.

174. Bien que les avancées ne soient pas aussi rapides dans le secondaire que dans le primaire, des progrès sont réalisés partout dans le monde en vue d'améliorer l'accès à l'enseignement secondaire. Un quart (27 %) des 187 pays qui ont communiqué des données présentent des taux bruts de scolarisation de 98 % ou plus et s'approchent donc de la scolarisation universelle dans le secondaire. Toutefois, le taux de scolarisation demeure inférieur à 80 % dans 43 % des pays¹¹³.

175. L'accès à l'enseignement secondaire reste difficile pour de nombreuses filles, notamment en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et en Asie de l'Ouest. L'exclusion disproportionnée des filles en matière d'accès à l'éducation, déjà plus notable dans le secondaire que dans le primaire, ne fait que s'accroître lorsque l'on passe du premier au deuxième cycle d'études secondaires. Cela est imputable à de nombreux facteurs, tous liés à la discrimination dont les filles sont victimes à l'école comme à l'extérieur, y compris la pression sociale et familiale qui exige des filles qu'elles consacrent davantage de temps aux travaux ménagers que les garçons, le mariage précoce, l'augmentation potentielle du risque de violence morale et physique à mesure que les filles grandissent et deviennent les proies potentielles d'agresseurs sexuels ou autres, l'absence de sanitaires pour filles dans les établissements scolaires, la réticence des familles à payer les frais de scolarité de leurs filles et les dangers potentiels qui jalonnent le trajet quotidien des filles et des jeunes femmes entre la maison et l'école¹¹³.

176. En matière de formation professionnelle, les inscriptions de garçons sont, partout dans le monde, plus nombreuses que les inscriptions de filles. Il existe toutefois quelques exceptions notables, comme le Burkina Faso ou l'Éthiopie, où les établissements de formation professionnelle accueillent plus de filles que de garçons¹¹³.

177. Les progrès accomplis en termes de scolarisation tendent à masquer d'autres inégalités criantes, notamment en matière de qualité d'enseignement. L'accès à une éducation de qualité est particulièrement restreint pour les plus pauvres. Dans les écoles qui accueillent les enfants pauvres, les enseignants sont généralement débordés, livrés à eux-mêmes et mal payés, les salles de classe bondées et les supports éducatifs insuffisants. Ces écoles ont par conséquent des résultats académiques plus faibles que les autres, et ce même dans les pays riches¹¹⁴. Une étude récente comparant le rapport, dans différents pays d'Asie, entre nombre d'enseignants et nombre d'élèves dans l'enseignement primaire met en évidence d'importantes variations entre pays : 16 élèves par enseignant en Indonésie et en Thaïlande, 17 en Chine, et jusqu'à 40 en Inde, 41 au Pakistan et 43 au Bangladesh¹¹⁵.

178. Une éducation de qualité est censée comprendre l'étude du corps humain et une éducation globale à la sexualité, deux composantes sous-dotées et seulement

¹¹³ UNESCO, *Atlas mondial de l'égalité des genres dans l'éducation*.

¹¹⁴ Voir, par exemple, J. Douglas Willms, *Les écarts en matière d'apprentissage : dix questions stratégiques sur le rendement et l'équité des écoles et des systèmes d'éducation*, Institut de statistique de l'UNESCO, document de travail n° 5 (Montréal, 2005).

¹¹⁵ J. Dreze et A. Sen, *An Uncertain Glory, India and Its Contradictions* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013).

partiellement enseignées dans de nombreuses écoles, dans les pays riches comme dans les pays pauvres.

179. Enfin, même si l'accès à l'enseignement supérieur reste limité dans de nombreux pays, il a connu, ces 10 dernières années, une expansion sans précédent partout dans le monde, expansion dont les femmes ont été les principales bénéficiaires. Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement supérieur à l'échelle mondiale était, en 2009, de 28 % pour les femmes, contre 26 % pour les hommes. À l'échelle régionale, on recensait, toujours en 2009, davantage de femmes que d'hommes dans les établissements d'enseignement supérieur d'Amérique du Nord, d'Europe occidentale, centrale et orientale, d'Amérique latine, des Caraïbes, d'Asie de l'Est et du Pacifique. En Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et en Asie de l'Ouest, en revanche, les hommes étaient majoritaires dans ces établissements¹¹⁶.

180. Les priorités définies par les gouvernements pour les 5 à 10 prochaines années reflètent le souci de garantir un accès égal à une éducation de qualité, et la nécessité d'offrir des enseignements débouchant sur des possibilités d'emploi décent. Si l'on souhaite traiter ces priorités, il est essentiel de remédier à la pénurie d'enseignants. Si l'on en croit les nouvelles projections mondiales de l'Institut de statistique de l'UNESCO, pas moins de 8,4 millions d'enseignants supplémentaires (3,3 millions dans le primaire et 5,1 millions dans le secondaire) devront être recrutés d'ici à 2030 pour que tous les enfants du monde aient accès à une éducation de base¹¹⁷.

181. Les États devraient s'engager en faveur de l'éducation, dès la petite enfance et tout au long de la vie, et soutenir les initiatives prises en ce sens. Ces engagements devraient concerner l'enseignement préprimaire et garantir que chaque enfant, quel que soit le contexte, achève ses études primaires, possède les bases de la lecture, de l'écriture et du calcul, soit capable de résoudre des problèmes de façon créative et puisse exercer ses droits de manière responsable. Les États devraient aussi veiller à ce que l'enseignement secondaire soit accessible à tous, diversifier les options disponibles au sortir du secondaire, permettre l'acquisition, à tout âge, de savoirs et de compétences et renforcer la formation professionnelle et les apprentissages orientés vers les besoins des nouveaux marchés et des marchés émergents.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 7
Éducation

Instrument contraignant. Les systèmes régionaux des droits de l'homme prévoient des dispositions spécifiques visant à protéger le droit des jeunes à l'éducation. La Charte sociale européenne révisée du Conseil européen (1996, entrée en vigueur en 1999) réaffirme le droit des jeunes à « un enseignement primaire et secondaire gratuit » et engage les

¹¹⁶ UNESCO, *Atlas mondial de l'égalité des genres dans l'éducation*.

¹¹⁷ UNESCO, Institut de statistique, « Un enseignant pour chaque enfant : prévoir la demande mondiale d'enseignants pour la période 2015-2030 », bulletin d'information de l'ISU n° 27 (octobre 2013).

États parties à « favoriser la régularité de la fréquentation scolaire ». La Convention ibéro-américaine relative aux droits des jeunes (2005, entrée en vigueur en 2008) reconnaît le droit des jeunes à l'éducation et exige des États parties qu'ils reconnaissent leur obligation de leur garantir une éducation complète, continue, adaptée et de grande qualité. La Charte africaine de la jeunesse (2006, entrée en vigueur en 2009), prévoit que « tous les jeunes ont le droit à une éducation de bonne qualité » et reconnaît que « la valeur des diverses formes d'enseignement comprenant l'éducation formelle, non formelle, informelle, l'enseignement à distance et la formation tout au long de la vie pour répondre aux besoins des jeunes doit être prise en compte ».

Dispositions non contraignantes. L'observation générale n° 13 (1999) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur le droit à l'éducation stipule que « l'éducation est à la fois un droit fondamental en soi et une des clefs de l'exercice des autres droits inhérents à la personne humaine. En tant que droit qui concourt à l'autonomisation de l'individu, l'éducation est le principal outil qui permette à des adultes et à des enfants économiquement et socialement marginalisés de sortir de la pauvreté et de se procurer le moyen de participer pleinement à la vie de leur communauté. L'éducation joue un rôle majeur, qu'il s'agisse de rendre les femmes autonomes, de protéger les enfants contre l'exploitation de leur travail, l'exercice d'un travail dangereux ou l'exploitation sexuelle, de promouvoir les droits de l'homme et la démocratie, de préserver l'environnement ou encore de maîtriser l'accroissement de la population. [...] [Une] tête bien faite, un esprit éclairé et actif capable de vagabonder librement est une des joies et des récompenses de l'existence ».

5. Priorités des gouvernements : éducation

Améliorer la qualité de l'enseignement, et notamment celle des programmes scolaires	61 % des gouvernements
Favoriser autant que possible l'intégration sociale, l'égalité de l'accès à l'éducation et la réalisation du droit à l'éducation	54 % des gouvernements
Renforcer les capacités/ressources humaines dans l'enseignement	43 % des gouvernements
Élaborer des politiques, des stratégies, des lois et des programmes relatifs à l'éducation et créer des établissements d'enseignement	43 % des gouvernements
Renforcer les moyens disponibles (construire, agrandir et équiper les établissements scolaires)	36 % des gouvernements

182. Plus de la moitié des gouvernements interrogés sur les politiques publiques qu'ils considèrent prioritaires au cours des 5 à 10 prochaines années ont souligné la nécessité d'améliorer la qualité de l'enseignement et des programmes scolaires (61 %) et de favoriser autant que possible l'intégration sociale, l'égalité de l'accès à l'éducation et la réalisation du droit à l'éducation (54 %). Toutes régions confondues, les deux priorités les plus souvent citées par les gouvernements sont l'amélioration de la qualité de l'éducation et l'augmentation du taux de scolarisation. On note que l'Afrique est la seule région où la scolarisation arrive devant la qualité de l'éducation (61 % contre 55 %), mettant en avant l'objectif inachevé de la scolarisation universelle.

183. Deux autres priorités relatives à la main-d'œuvre et aux infrastructures ont obtenu un large soutien et ont été citées par plus d'un tiers des gouvernements interrogés : renforcer les capacités/ressources humaines dans l'enseignement (43 %) et renforcer les moyens disponibles (construire, agrandir et équiper les établissements scolaires) (35 %). En analysant les résultats par région, on observe que les pays ayant cité ces deux priorités sont plus nombreux en Afrique qu'ailleurs en moyenne (ressources humaines : 55 %; et infrastructures : 45 %; contre respectivement 31 % et 23 % en Europe).

184. Si un tiers des pays du globe font de la formation professionnelle et des passerelles entre éducation et emploi une priorité, la question intéresse plus particulièrement les pays d'Europe (58 %) et d'Océanie (46 %), montrant la nécessité de repenser l'éducation afin qu'elle soit davantage adaptée aux besoins du marché du travail.

185. Pour un quart (25 %) des gouvernements de la région Amérique, améliorer la qualité de l'éducation préscolaire et en faciliter l'accès sont des priorités. Ils reconnaissent ainsi que l'expansion du secteur de la petite enfance est essentielle au développement des capacités de l'enfant au cours de ses premières années de vie. Ailleurs dans le monde, l'éducation préscolaire ne constitue une priorité que pour 15 % des gouvernements.

186. Enfin, la composante « égalité des sexes », qui englobe l'ensemble des efforts entrepris pour garantir l'égalité des filles et des garçons en matière de scolarisation et d'achèvement des études, a été reconnue comme prioritaire par environ 20 % des gouvernements d'Asie et 18 % des gouvernements d'Afrique. Les gouvernements d'Amérique (9 %), d'Océanie (8 %) et d'Europe (4 %) semblent moins concernés par le problème.

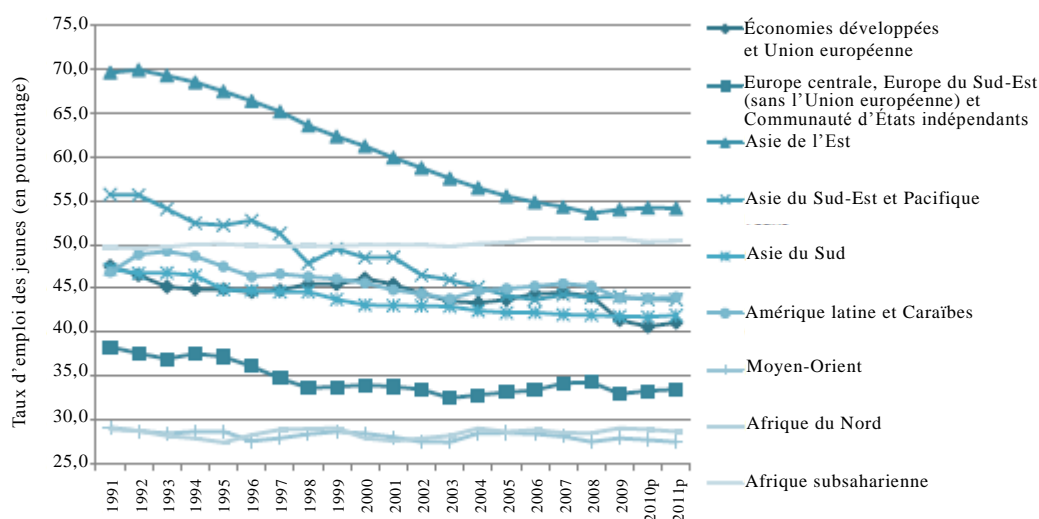
6. L'emploi des jeunes

187. Pour parvenir à l'avènement d'économies plus riches, de sociétés plus justes et de démocraties plus fortes, il est indispensable d'offrir aux jeunes des emplois décents. L'emploi décent recouvre l'accès à une activité productive et génératrice de revenus, qui inclut la sécurité sur le lieu de travail et la protection sociale des travailleurs et de leur famille, offre de meilleures perspectives de développement personnel et participe à l'autonomisation des individus en les rendant libres

d'exprimer leurs préoccupations, de s'organiser et de participer aux décisions qui les concernent¹¹⁸.

188. L'emploi décent des jeunes est un défi pour tous, pays industrialisés comme pays en développement. Près de 40 % des 197 millions de chômeurs recensés dans le monde en 2012 étaient des jeunes de 15 à 24 ans¹¹⁹. Pas moins de 600 millions d'emplois productifs devront être créés dans les 10 ans à venir afin d'absorber le chômage actuel et de répondre aux besoins des 40 millions de nouveaux travailleurs qui feront leur entrée sur le marché du travail au cours de cette période¹²⁰.

Figure 12
Taux d'emploi des jeunes, par région, 1991-2011



p = projection

Source : Bureau international du Travail (BIT), *Tendances mondiales de l'emploi des jeunes* (Genève, 2010), fig 4.

189. La figure 12 illustre le recul global de l'emploi des jeunes, qui met en évidence le fait que les possibilités d'emploi n'ont pas suivi le rajeunissement démographique et les progrès en matière de scolarisation. Depuis 2000, le taux d'emploi des jeunes de 15 à 24 ans recule partout dans le monde, pour les jeunes hommes comme pour les jeunes femmes. Le taux d'emploi des jeunes hommes reste plus élevé (49 %) que celui des jeunes femmes (35 %), signe de mariages et de grossesses précoces chez de nombreuses jeunes filles de cette tranche d'âge, lesquelles sont donc confinées à des tâches domestiques non rémunérées.

¹¹⁸ BIT, *Promoting youth transitions to decent work: empowering young people through employment*, document établi à l'occasion du Forum mondial des jeunes, Bali (Indonésie), du 4 au 6 décembre 2012.

¹¹⁹ BIT, *Tendances mondiales de l'emploi des jeunes 2013 : une génération menacée* (Genève, Bureau international du Travail, 2013).

¹²⁰ BIT, *Tendances mondiales de l'emploi des jeunes 2012 : empêcher une crise d'emploi plus profonde* (Genève, Bureau international du Travail, 2012).

190. Bien que la crise de l'emploi des jeunes soit un phénomène mondial, il existe d'importants écarts entre les pays et les régions. En 2012, par exemple, les régions les plus touchées par le chômage des jeunes étaient le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, qui présentaient respectivement des taux de 28 % et 24 %. Les régions les moins touchées étaient l'Asie de l'Est (10 %) et l'Asie du Sud (9 %). Le taux de chômage des jeunes dans les économies développées et l'Union européenne était quant à lui estimé à 18 % en 2012, soit le taux le plus élevé observé dans ces régions au cours des 20 dernières années¹¹⁹.

191. À l'échelle mondiale et dans la plupart des régions, l'écart observé entre le taux de chômage des jeunes femmes et celui des jeunes hommes est limité. Dans les économies avancées et en Asie de l'Est, le taux de chômage des jeunes femmes est plus faible que celui des jeunes hommes. Toutefois, on observe toujours des écarts notables entre les sexes dans certaines régions. Les jeunes femmes sont désavantagées en Afrique du Nord, au Moyen-Orient et, dans une moindre mesure, en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les jeunes qui grandissent en milieu urbain, au sein d'un foyer aisé, dans un pays qui investit dans l'éducation sont clairement avantagés à l'heure de trouver un emploi et, dans les pays pour lesquels de telles données sont disponibles, les jeunes hommes ont davantage de chances que les jeunes femmes de passer sans encombre de l'école à un emploi stable et satisfaisant¹¹⁹.

192. Dans de nombreux pays, le phénomène du chômage des jeunes est aggravé par le fait que nombre d'entre eux acceptent des emplois peu qualifiés, mal payés, précaires et peu sûrs, y compris au sein de l'économie informelle. Pas moins de 60 % des jeunes des régions en développement sont au chômage, ne poursuivent pas d'études ou occupent un emploi irrégulier qui ne leur permet pas d'exploiter pleinement leur potentiel économique¹¹⁹. D'après les chiffres du BIT, dans les 52 pays pour lesquels les données sont disponibles, les jeunes représentent 24 % des travailleurs pauvres, mais seulement 19 % des autres travailleurs¹¹⁸. Beaucoup de ces jeunes travailleurs pauvres vivent dans des pays ou régions où le taux de chômage est relativement faible, tels que l'Asie du Sud, l'Asie de l'Est et l'Afrique subsaharienne¹¹⁹. Par ailleurs, là où l'on dispose de données ventilées par âge sur le secteur informel, ces données confirment que les jeunes travailleurs sont plus nombreux dans ce secteur que leurs collègues plus âgés¹¹⁹.

193. En examinant les cadres généraux de plusieurs pays, on note que, depuis le milieu des années 2000, les gouvernements s'engagent davantage en faveur de l'emploi des jeunes et en font une priorité de leur cadre stratégique national, comme en témoignent les stratégies pour la réduction de la pauvreté mises en place dans les pays à revenu faible¹²¹. Contrairement à la première génération de ces stratégies, qui n'intégrait pas la question de l'emploi des jeunes, la deuxième génération en a fait une priorité. On observe la même évolution dans les stratégies de développement national des pays qui ne disposent pas de stratégies pour la réduction de la pauvreté. Cette attention particulière portée à l'emploi des jeunes est indispensable pour faciliter leur transition de l'école à un emploi décent. Toutefois, le défi que représente la création d'emplois est particulièrement redoutable pour les pays qui comptent de nombreux jeunes en âge d'entrer sur le marché du travail. Les 49 pays les plus pauvres de la planète sont confrontés à un défi démographique de taille, leur

¹²¹ Pour une analyse des politiques et programmes en faveur de l'emploi des jeunes, voir BIT, *La crise de l'emploi des jeunes : il est temps d'agir* (Genève, Bureau international du Travail, 2012).

population globale (constituée à 60 % de moins de 25 ans) devrait doubler d'ici à 2050, pour atteindre 1,7 milliard. Au cours des 10 prochaines années, ces pays devront créer environ 95 millions d'emplois pour satisfaire aux besoins des nouveaux jeunes actifs. Ils devront encore en créer 160 millions entre 2020 et 2030¹²².

194. Les États devraient investir dans le renforcement des capacités des jeunes, leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour répondre à la demande des marchés actuels et émergents et mettre en place des mesures et des programmes de protection des travailleurs, qui garantissent à ces derniers un environnement de travail sain, sans danger et sans discrimination, un salaire décent et des perspectives d'évolution professionnelle. Des efforts devraient également être faits en faveur de l'investissement productif (technologies, machines, infrastructures) et de l'utilisation durable des ressources naturelles en vue de créer des emplois pour les jeunes.

7. Priorités des gouvernements : adolescents et jeunes

Émancipation économique et emploi	70 % des gouvernements
Favoriser autant que possible l'intégration sociale, l'égalité de l'accès à l'éducation et le droit à l'éducation	46 % des gouvernements
Éducation	46 % des gouvernements
Accès des jeunes à l'information et aux services relatifs à la santé sexuelle et procréative, notamment à la prévention du VIH	38 % des gouvernements
Formation professionnelle	36 % des gouvernements

195. Dans leurs réponses à l'enquête mondiale concernant les priorités définies pour les adolescents et les jeunes dans les 5 à 10 années à venir, les gouvernements ont déclaré soutenir fermement leur émancipation économique, leur pleine intégration dans le marché du travail et insisté sur l'importance de leurs droits et de leur protection sociale. Le volet « émancipation économique et emploi » a été fréquemment cité par les gouvernements des pays les plus pauvres : 69 des 85 gouvernements des pays appartenant aux deux classes de revenus les plus faibles (Banque mondiale) en ont fait une priorité, contre seulement 16 des 33 appartenant aux deux classes les plus élevées. La population jeune est plus nombreuse dans les pays à revenu faible, qui ont récemment connu une hausse de la fécondité. Le défi de l'emploi y est donc colossal, et en particulier la nécessité de donner à ces jeunes des emplois qui leur permettront de sortir de la pauvreté. Le chômage des jeunes n'en est pas moins devenu un problème majeur dans les pays plus riches, notamment

¹²² *Rapport 2013 sur les pays les moins avancés : une croissance créatrice d'emplois pour un développement équitable et durable* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.13.II.D.1).

depuis la crise financière mondiale de 2008, ce qui explique l'intérêt des gouvernements de ces pays pour la question.

196. Si l'objectif de « favoriser autant que possible l'insertion sociale, l'égalité de l'accès et le droit à l'éducation » est une priorité mondiale, c'est parce qu'elle a été citée par une majorité de pays d'Europe (63 %) et d'Amérique (56 %). En Afrique et en Asie, seuls environ 40 % des gouvernements l'ont citée parmi leurs priorités. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement reconnaît le rôle essentiel de la jeunesse et la nécessité d'insérer les jeunes dans la société. Les domaines prioritaires au titre de l'insertion sociale, de l'égalité de l'accès et du droit à l'éducation comprenaient la nécessité de mettre fin aux négligences et aux discriminations et de garantir la protection des droits de l'homme, des questions très présentes dans la déclaration adoptée lors du Forum mondial des jeunes, à Bali.

197. Trois autres priorités se distinguent dans les réponses des gouvernements. La première, « Accès des jeunes à l'information et aux services relatifs à la santé sexuelle et procréative, notamment à la prévention du VIH », a été citée en tant que priorité par 38 % des gouvernements à l'échelle mondiale, et en tant que priorité urgente par 50 % des pays d'Afrique et d'Asie, 50 % des pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire inférieur et 40 % des pays à revenu intermédiaire supérieur. En revanche, un seul des 33 pays les plus riches l'a citée parmi ses cinq principales priorités pour la jeunesse, probablement parce que l'accès aux services de santé est déjà satisfaisant dans la plupart de ces pays.

198. « L'émancipation politique et la participation des jeunes » sont une priorité pour 38 % des gouvernements, répartis équitablement, toutes régions et tous niveaux de revenus confondus. Cette priorité consolide et facilite l'insertion sociale, l'exercice des droits et l'émancipation économique des jeunes. Elle présage également de la montée en puissance de la jeunesse sur les scènes sociale, économique et politique. Enfin, 36 % des gouvernements de la planète ont fait de la formation professionnelle une priorité, dont 52 % des gouvernements africains et 56 % des gouvernements des pays à revenu faible.

199. Considéré dans son ensemble, cet éventail de priorités (émancipation économique, éducation et enseignements à visée professionnelle, santé sexuelle et procréative, émancipation politique) vient appuyer les importants efforts déployés par les gouvernements pour renforcer les capacités de leurs jeunes.

D. Personnes âgées

1. L'importance démographique du vieillissement de la population

200. Le vieillissement de la population est une des conséquences inévitables des changements démographiques qui résultent de la baisse de la fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie. Un des résultats les plus remarquables auxquels a abouti l'humanité est que les gens vivent maintenant plus longtemps et en meilleure santé, le nombre et le pourcentage de personnes âgées de 60 ans et plus étant en hausse dans tous les pays. Le vieillissement de la population soulève des problèmes sur les plans social, économique et culturel pour les personnes, les familles et les sociétés, mais offre aussi un potentiel qui peut enrichir tant les ménages que la société dans son ensemble. De 1990 à 2010, le nombre de personnes

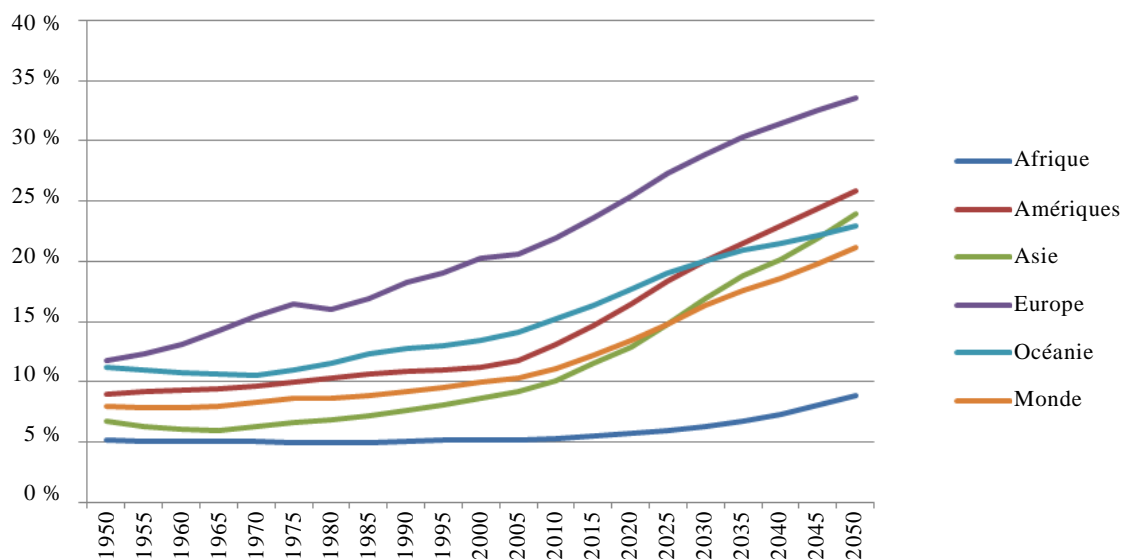
âgées de 60 ans ou plus a augmenté partout dans le monde, l'Asie étant la région où cette augmentation a été la plus forte (171 millions). De 2005 à 2010, le taux de croissance annuel de la population âgée de 60 ans ou plus s'élevait à 3 % du taux de croissance annuel de la population totale de 1 %. Cet écart devrait se creuser durant les prochaines décennies¹²³.

201. À l'échelle mondiale, au cours des 20 dernières années, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus a augmenté de 56 %, passant de 490 millions en 1990 à 765 millions en 2010. Durant cette période, le taux d'accroissement du nombre de personnes âgées dans les pays en développement (72 %) a été égal à plus du double de celui enregistré dans les pays développés (33 %). Le nombre et la proportion de personnes âgées sont en hausse dans presque tous les pays, d'après les projections, d'ici à 2050, la tranche des 60 ans et plus constituera plus de 20 % du total de la population mondiale (voir fig. 13 ci-dessous). La part de la population représentée par les personnes âgées de 60 ans et plus qui est supérieure à 20 % en Europe, et à 15 % en Océanie, devrait atteindre, d'ici à 2015, 15 % dans les Amériques. En effet, si les projections qui prévoient un accroissement rapide de la population de 60 ans et plus dans les prochaines décennies se révèlent exactes, le nombre de personnes âgées devrait dépasser le nombre d'enfants d'ici à 2047. De nombreux pays développés pâtissent déjà du fait que sur leur territoire, les rapports de soutien économique des personnes âgées, c'est-à-dire le nombre d'adultes en âge de travailler par personne âgée, sont extrêmement bas¹²³.

Figure 13

Proportion de personnes âgées (60 ans et plus), dans le monde et par région : tendances et prévisions, 1950-2050

(Variante moyenne de fécondité)



¹²³ World Population Prospects: The 2012 Revision (voir note 7 ci-dessus).

Figure 13.a
**Proportion de personnes âgées (de 60 ans et plus) en Afrique :
 tendances et prévisions, 1950-2050**

(Variante moyenne de fécondité)

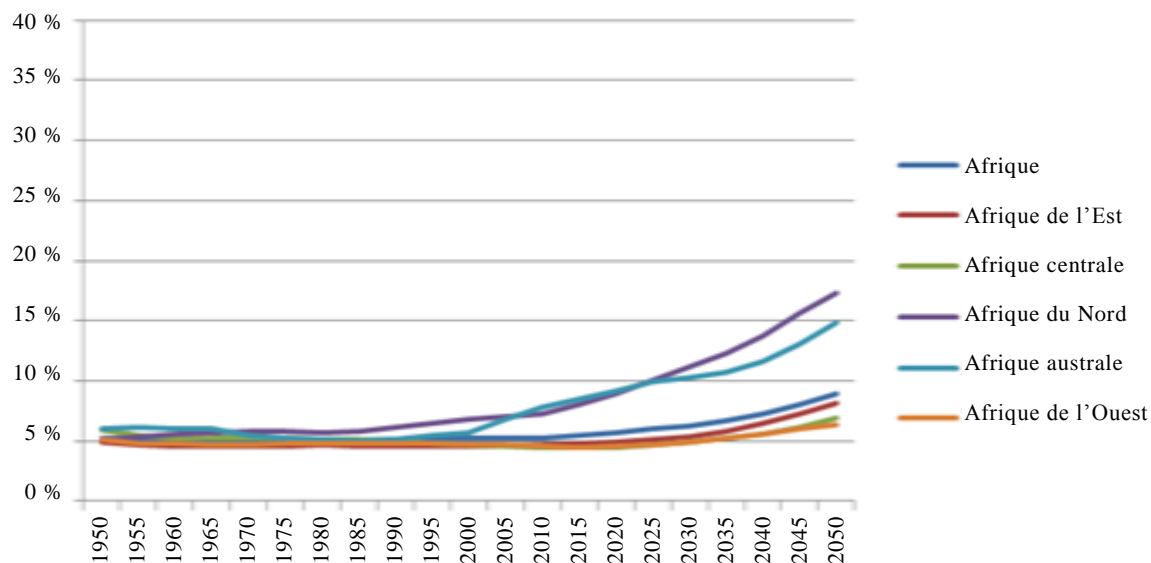


Figure 13.b
**Proportion de personnes âgées (de 60 ans et plus) dans les Amériques,
 par sous-régions : tendances et prévisions, 1950-2050**

(Variante moyenne de fécondité)

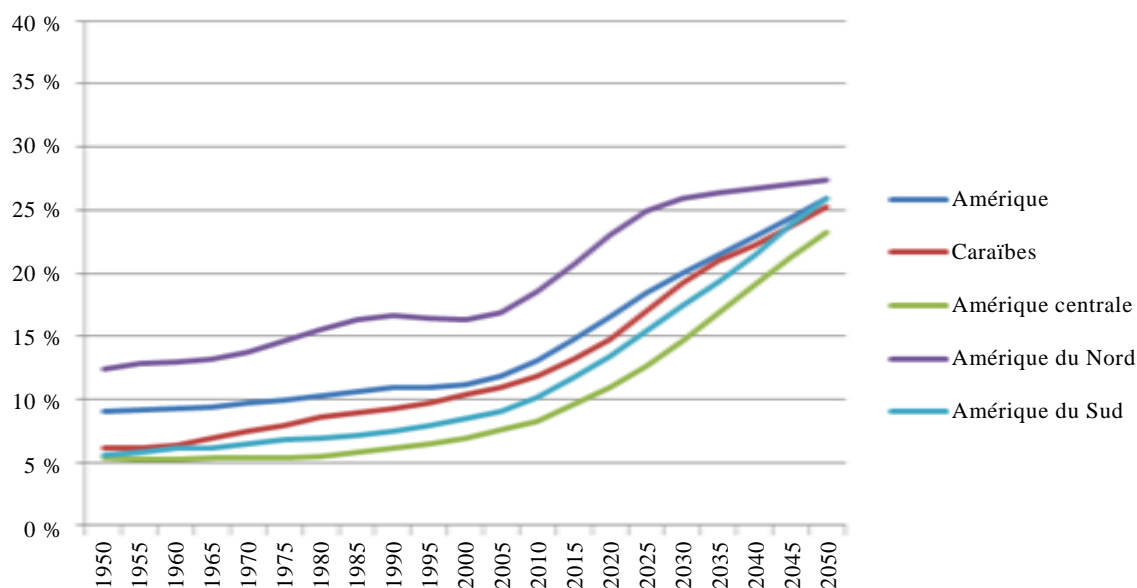


Figure 13.c
Proportion de personnes âgées (de 60 ans et plus) en Asie,
par sous-région : tendances et prévisions, 1950-2050

(Variante moyenne de fécondité)

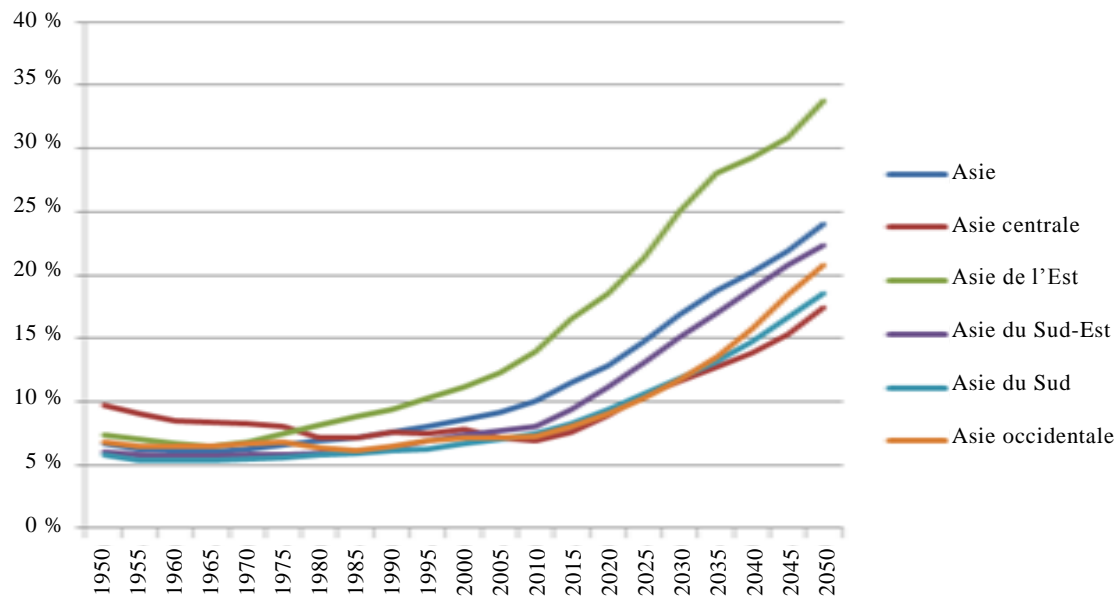


Figure 13.d
Proportion de personnes âgées (de 60 ans et plus) en Europe,
par sous-région : tendances et prévisions, 1950-2050

(Variation moyenne de fécondité)

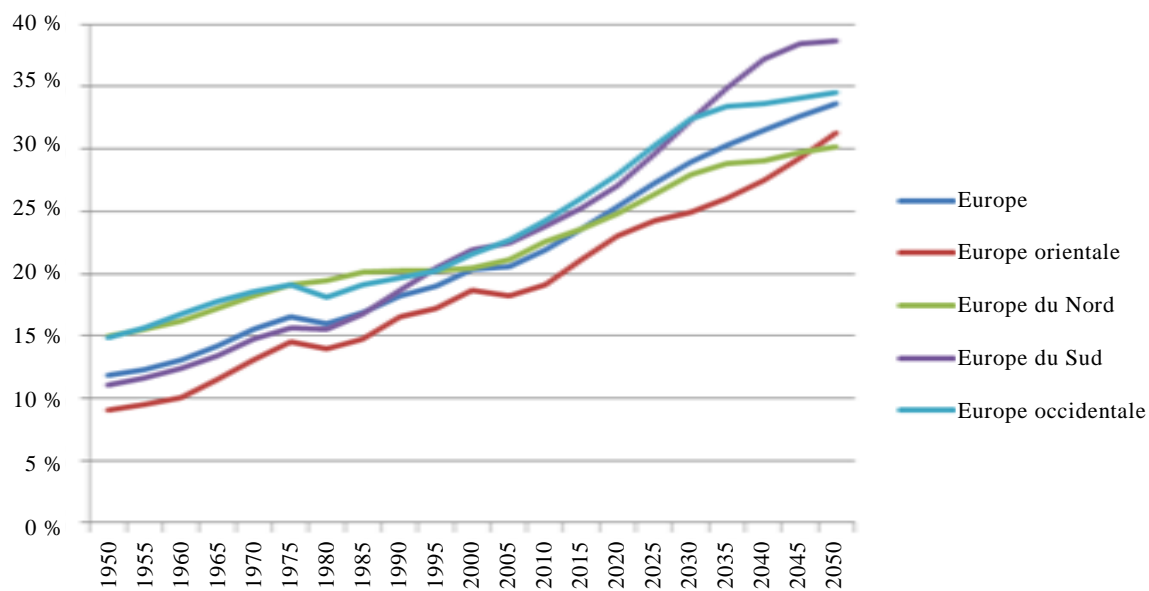
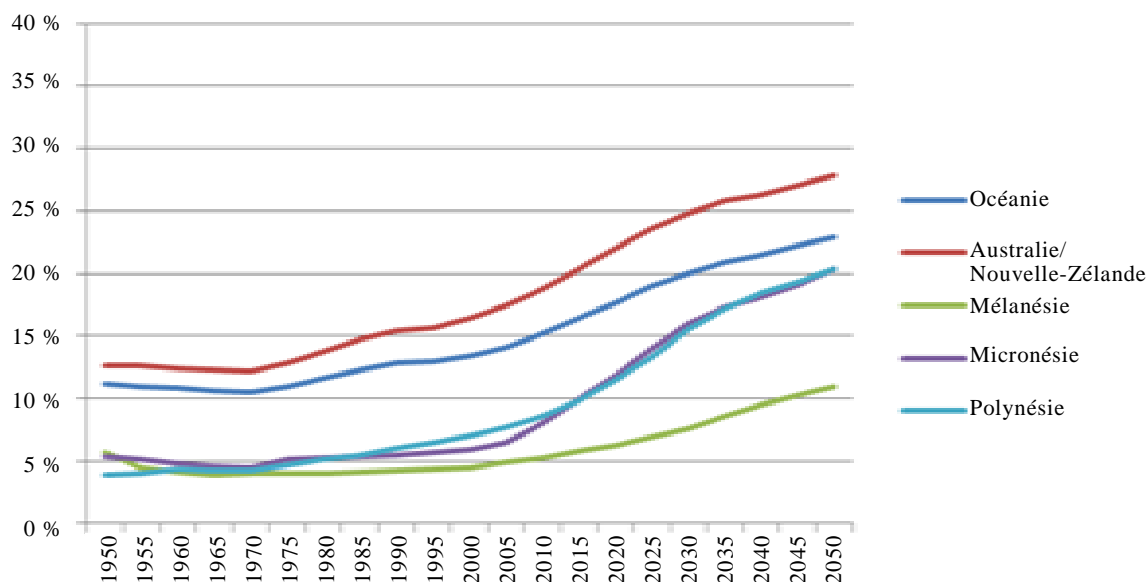


Figure 13.e
**Proportion de personnes âgées (de 60 ans et plus) en Océanie,
 par sous-région : tendances et prévisions, 1950-2050**



Source : *World Population Prospects: The 2012 Revision*, novembre 2013 (ST/ESA/SER.A/336).

202. Les schémas ci-dessus montrent que si le pourcentage de personnes âgées de 60 ans et plus est peu élevé en Afrique, il l'est davantage en Afrique du Nord et en Afrique australe que dans les autres sous-régions. Dans toutes les sous-régions des Amériques, la population vieillit rapidement mais c'est en Amérique du Nord que ce phénomène est le plus accentué. L'Europe orientale qui, en 2010, était la seule sous-région d'Europe où les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient moins de 20 % de la population, devrait bientôt franchir ce seuil. En Asie, l'Asie de l'Est est la seule sous-région où la part de la population âgée de 60 ans et plus est supérieure à 10 %, mais toutes les autres sous-régions connaissent un vieillissement rapide. En Océanie, les taux de vieillissement de la population restent variables, mais se rapprochent de ceux de l'Europe, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

203. En raison d'une espérance de vie plus longue chez les femmes, les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes âgés dans la plupart des sociétés. En 2012, à l'échelle mondiale, on comptait 84 hommes pour 100 femmes parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus et 61 hommes pour 100 femmes parmi les personnes âgées de 80 ans ou plus. Il est donc indispensable de prendre en compte la problématique hommes-femmes lorsqu'on adopte des politiques et des mesures d'assistance aux personnes âgées, notamment dans les domaines suivants : santé, autres types de soins, aide aux familles et emploi.

204. Les personnes âgées ont beaucoup plus de chances de vivre de façon autonome dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans l'ensemble du monde, 40% d'entre elles vivent seules ou uniquement avec leur conjoint et comme les femmes ont une espérance de vie plus longue, elles sont plus nombreuses que les hommes à rester seules. Mais les conditions de vie des personnes âgées varient

considérablement suivant le niveau de développement des régions où elles résident. Près des trois quarts de celles qui habitent dans les pays développés vivent de façon autonome, contre un quart seulement dans les pays en développement et un huitième dans les pays les moins avancés¹²⁴. Compte tenu du vieillissement de la population, il est impératif d'accorder toute l'attention voulue aux infrastructures physiques pour faire en sorte que les personnes âgées aient accès à des logements sûrs, qu'elles puissent se déplacer et trouvent les moyens de participer utilement à la vie de la société. **Les États devraient modifier leur législation, leurs directives en matière de conception et de planification ainsi que les infrastructures de sorte qu'un nombre croissant de personnes âgées vivant seules puissent avoir accès à un logement, à des moyens de transport, à des loisirs et à des services communautaires adéquats et qui répondent à leurs besoins.**

205. Si la santé sexuelle des personnes âgées est souvent négligée tant d'un point de vue théorique qu'au niveau des politiques adoptées pour faire face au vieillissement rapide de la population, c'est sans doute parce que dans bon nombre de cultures, cette question reste largement taboue. Pourtant, il ressort d'une vaste enquête récemment menée auprès de personnes âgées aux États-Unis, et pour laquelle on s'est servi d'une définition très large de la notion d'« activité sexuelle », que les femmes âgées de 57 à 74 ans restent aussi actives sur le plan sexuel que lorsqu'elles étaient plus jeunes¹²⁵. L'enquête a aussi révélé que le taux d'activité sexuelle était davantage lié à l'état de santé des intéressés tel que ceux-ci l'évaluaient à leur âge. **Les États devraient adapter leurs politiques et programmes d'hygiène sexuelle de façon à mieux tenir compte de l'évolution des besoins sexuels des personnes âgées.**

206. À mesure que l'espérance de vie s'allonge, on s'interroge de plus en plus sur la viabilité de systèmes de prestations sociales comme les régimes de retraite, d'assurance maladie et d'assistance aux personnes âgées, dont les bénéficiaires vont vivre plus longtemps. On se préoccupe aussi de la viabilité à long terme des mécanismes de solidarité intergénérationnelle, qui sont essentiels au bien-être des jeunes et des personnes âgées. Ces inquiétudes sont particulièrement vives dans les sociétés où, à mesure que la taille de la famille se rétrécit et les femmes, qui sont généralement les principales dispensatrices de soins, sont de plus en plus nombreuses à travailler en dehors du foyer, les familles ont de plus en plus de mal à prendre soin des personnes âgées. La longévité accrue peut aussi entraîner une hausse des dépenses médicales et susciter une demande croissante de services de santé, les personnes âgées étant généralement plus vulnérables face aux maladies chroniques¹²⁶. **Les gouvernements devraient assurer la protection sociale des personnes âgées et le maintien de leur revenu, et porter une attention particulière aux femmes âgées, à celles qui vivent dans l'isolement et à celles**

¹²⁴ Nations Unies, note d'orientation intitulée « Population ageing and development: ten years after Madrid », *Population Facts* No. 2012/4; *Population Ageing and Development 2012* (planche murale) (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.12.XIII.6).

¹²⁵ M. Lusti-Narasimhan et J. R. Beard, « Sexual health in older women », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 91, n° 9 (2013), p. 707 à 709 de l'anglais.

¹²⁶ *Current Status of the Social Situation, Well-Being, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide* (ST/ESA/339); Nations Unies, note d'orientation intitulée « Population ageing and development: ten years after Madrid »; Nations Unies, note d'orientation intitulée « Population ageing and non-communicable diseases », *Population Facts*, n° 2012/1, avril 2012.

qui fournissent des soins non rémunérés, en développant les systèmes de retraite et de prestations non soumises à cotisation, en renforçant la solidarité intergénérationnelle et en veillant à l'inclusion et à la participation équitable des personnes âgées s'agissant de la conception et de la mise en œuvre des politiques, programmes et plans qui touchent leur vie.

208. Dans le même temps, de nombreuses personnes âgées continuent d'apporter une contribution utile à leur famille, à leur communauté et à la société jusqu'à un âge avancé. Les personnes âgées n'ont pas toutes besoin d'un soutien et celles en âge de travailler ne fournissent pas toutes une aide directe ou indirecte à ces personnes. En fait, dans bon nombre de sociétés, ce sont souvent les personnes âgées qui apportent un soutien à leurs enfants adultes et à leurs petits-enfants¹²⁷. En outre, bien que les soins de santé et autres prestations offertes aux populations âgées puissent être difficiles à financer, ces dépenses représentent aussi un investissement. L'expansion des services aux personnes âgées crée des possibilités d'emploi importantes dans les secteurs des soins de santé publics et privés¹²⁸. Les États devraient renforcer les systèmes de santé et de soins en œuvrant en faveur de l'accès universel tout au long du cycle de vie, à un système intégré et équilibré de soins, dont la gestion des maladies chroniques, les soins de fin de vie et les soins palliatifs.

209. En 2002, la communauté internationale s'est rassemblée à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement qui s'est tenue à Madrid, afin d'examiner les défis grandissants liés au vieillissement de la population. À l'époque, il était déjà évident que le vieillissement n'était plus un problème propre aux seuls pays développés. Il affectait ou commençait à affecter un nombre croissant de pays, qu'il s'agisse de pays ou de pays en développement, et ses conséquences sociales, économiques et politiques ne pouvaient désormais plus être ignorées. Il ne pouvait plus être considéré comme un phénomène isolé ou relégué au second plan. C'est à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement et dans le document qui en est issu, à savoir le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002 (voir A/CONF.197/9, chap. I) que les gouvernements ont accepté, pour la première fois, de lier les questions de vieillissement à d'autres cadres d'action en faveur du développement socioéconomique et des droits de l'homme adoptés lors de conférences et sommets tenus précédemment sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies.

2. Éducation permanente, participation à la vie économique et sociale

210. Le Programme d'action recommandait aux gouvernements de renforcer et de promouvoir l'autonomie des personnes âgées, leur qualité de la vie ainsi que leur aptitude à travailler aussi longtemps que cela leur était possible et qu'elles le souhaitaient, et de leur permettre de continuer à participer à la vie économique et sociale en faisant bénéficier la société de toutes leurs compétences et aptitudes. Beaucoup de personnes âgées continuent de travailler et il arrive souvent que leurs

¹²⁷ R. Lee et A. Mason, *Population Ageing and the Global Economy: A Global Perspective* (Cheltenham, Royaume-Uni, Edward Elgar, 2011); Nations Unies, « Population ageing and development: ten years after Madrid »; *Current Status of the Social Situation, Well-Being, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide*.

¹²⁸ F. Colombo et al., *Besoin d'aide? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé (publications de l'OCDE, 2011); Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2013*; Indicateurs de l'OCDE (Paris, publication de l'OCDE, 2012).

gains subviennent aux besoins du foyer. Il arrive aussi qu'elles veuillent mener une vie professionnelle satisfaisante. Il est indispensable d'offrir à ces personnes des possibilités en matière de flexibilité du travail, d'apprentissage tout au long de la vie et de recyclage, si l'on veut leur permettre de se maintenir sur le marché du travail et les y encourager – dans leur propre intérêt et dans celui de leur famille, ainsi que comme ressource importante pour les pays dont l'économie ne peut se permettre de perdre leur expérience et leurs compétences.

211. Lors des années qui ont suivi la Conférence internationale sur la population et le développement, la Déclaration de Hambourg sur l'éducation des adultes, qui a été adoptée à la cinquième Conférence internationale sur l'éducation des adultes en 1997, et le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (2002) ont insisté sur l'importance que revêtait l'éducation pour les personnes âgées¹²⁹. L'éducation permanente donne aux personnes de tous âges la possibilité d'améliorer et de développer leur aptitude à la lecture et autres compétences de base, de s'adapter à l'évolution du marché de l'emploi et de participer pleinement aux efforts visant à améliorer leur situation personnelle et leurs conditions économiques dans leur propre intérêt ainsi que dans celui de leur famille, de leurs communautés et de la société dans son ensemble. L'éducation permanente s'adresse non seulement aux personnes âgées, mais aussi aux travailleurs jeunes ou d'âge moyen qui ont perdu leur emploi ou sont en train d'en changer et que la pauvreté, une entrée prématurée sur le marché du travail, une grossesse précoce ou des déplacements volontaires ou forcés auraient auparavant empêché d'acquérir une éducation. En outre, il existe un réseau mondial d'universités du troisième âge qui mettent l'accent sur l'enseignement aux fins d'améliorer la qualité de vie des retraités. Ce type d'établissements qui sont de plus en plus sollicités par des personnes encore actives désireuses de suivre un enseignement non scolaire¹³⁰ est en pleine expansion.

212. Quatre-vingt-douze pour cent des États ont, semble-t-il, adopté une politique en matière d'éducation des adultes, qui vise essentiellement à développer les compétences et à dispenser la formation nécessaire à une bonne insertion sur le marché du travail, objectif souvent qualifié de prioritaire par les ministres de l'éducation tant des pays en développement que des pays développés¹³¹. Depuis 2000, plusieurs pays ou territoires, dont le Belize, le Canada, la Chine, le Danemark, El Salvador, la Fédération de Russie, la Hongrie, le Japon, le Mexique,

¹²⁹ Voir UNESCO, *Cinquième Conférence internationale sur l'éducation des adultes : rapport final*, Hambourg (Allemagne), 14-18 juillet 1997, qui peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/finrepeng.pdf> (consulté le 7 octobre 2013); Du Peng, « The third age: opportunity for learning and teaching », *Population Ageing and the Millennium Development Goals* (New York, Fonds des Nations Unies pour la population), p. 157 de l'anglais; Nations Unies, Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement : « Guiding Framework and Toolkit for Practitioners and Policy Makers » (mars 2008); www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf (consulté le 27 septembre 2013).

¹³⁰ La Chine compte 32 697 universités du troisième âge qui dispensent un enseignement à 3 335 093 personnes; le Royaume-Uni a mis en place 903 établissements de ce type, où 319 185 étudiants sont inscrits (voir Du Peng, « The third age », p. 159; University of the Third Age, Royaume-Uni (www.u3a.org.uk/u3a-movement.html)).

¹³¹ Voir UNESCO, *Deuxième rapport mondial sur l'apprentissage et l'éducation des adultes : repenser l'alphabétisation* (Hambourg (Allemagne), Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie, 2013), tableau 2.2.

Porto Rico, la Serbie et la Suède, ont adopté des politiques et pris des initiatives en vue d'assurer le recyclage professionnel des personnes âgées¹³².

213. En dépit des politiques d'éducation permanente et de recyclage en place à l'échelle nationale, le taux d'analphabétisme des adultes demeure élevé, 651 millions d'analphabètes âgés de 25 ans ou plus ayant été recensés en 2011, dont une majorité (64 %) de femmes¹³³. Parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, le taux d'analphabétisme s'élevait à 26 % pour l'ensemble du monde et s'échelonnait entre 25 % pour l'Amérique latine et 68 % pour l'Afrique, ces pourcentages étant systématiquement supérieurs chez les femmes. Les taux d'analphabétisme chez les adultes sont plus élevés dans les régions rurales et les zones en proie à un conflit ainsi que parmi les personnes handicapées et les minorités ethniques¹³⁴.

214. Nombreux sont ceux qui sont pris dans l'engrenage de la pauvreté, avec des possibilités d'emploi limitées, peu de moyens de se procurer des revenus et courant davantage le risque d'être en mauvaise santé¹³⁵. Les effets de l'analphabétisme, d'une éducation incomplète et de qualité médiocre (voir sect. II.C.4 ci-dessus, sur les progrès inégaux accomplis dans le domaine de l'éducation) perdurent tout au long de l'existence, touchant tout particulièrement les adultes et les personnes âgées des pays dépourvus de systèmes de protection sociale, qui peuvent être contraints de travailler jusqu'à un âge avancé dans le secteur informel, en exécutant des tâches physiquement pénibles et mal rémunérées¹³⁶.

215. En 2002, 88 % des gouvernements ont déclaré s'être dotés d'une législation ou d'une politique pour l'alphabétisation des adultes¹³⁷. Au Cambodge, où 70 % des femmes de plus de 65 ans ne savent ni lire ni écrire, des cours d'alphabétisation pour adultes organisés par des enseignants bénévoles (instituteurs et moines retraités) ont permis d'améliorer sensiblement les aptitudes à la lecture et au calcul des femmes âgées, certaines ayant ainsi pu ouvrir des petits commerces et créer des petites entreprises¹³⁸. **Les États devraient renforcer les possibilités offertes en matière d'éducation permanente et d'alphabétisation des adultes de sorte que**

¹³² FNUAP et HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge* (New York et Londres, 2012), p. 190.

¹³³ Voir UNESCO, *Deuxième rapport mondial sur l'apprentissage et l'éducation des adultes : repenser l'alphabétisation* (Hambourg (Allemagne), Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie, 2013).

¹³⁴ Ibid, p. 19, voir également N. E. Groce et P. Bakshi, « Illiteracy among adults with disabilities in the developing world: an unexplored area of concern », Working Paper Series n° 09, (University College, Londres, Leonard Cheshire Centre for Disability and Inclusive Development, août 2009).

¹³⁵ Voir Banque mondiale, « Defining welfare measures » (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPA/0,,contentMDK:20242876~isCURL:Y~menuPK:492130~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430367~isCURL:Y,00.html>, document consulté le 27 septembre 2013); A. Cree, A. Kay et J. Steward, « The economic and social cost of illiteracy: a snapshot of illiteracy in a global context » (World Literacy Foundation, avril 2012), p. 2 de l'anglais, document disponible à l'adresse suivante : www.worldliteracyfoundation.org/The_Economic_&_Social_Cost_of_Illiteracy.pdf (consulté le 29 septembre 2013).

¹³⁶ FNUAP et HelpAge International, 2012, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*, p. 55.

¹³⁷ Voir UNESCO, *Deuxième rapport mondial sur l'apprentissage et l'éducation des adultes : repenser l'alphabétisation*, tableau 2.3.

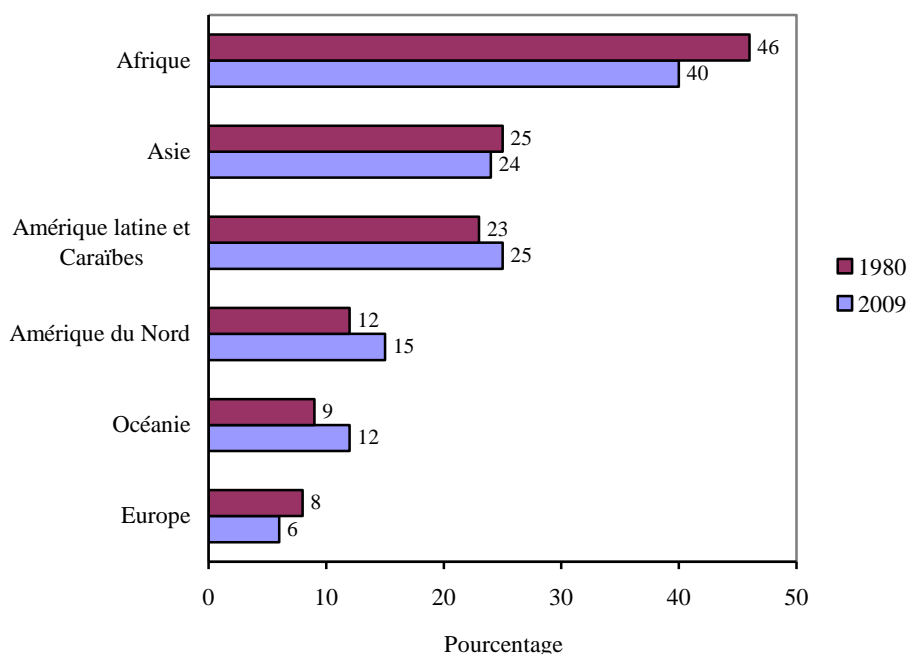
¹³⁸ J. Pugh, « Changing lives through literacy », cité dans *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*, p. 59.

chaque personne, quel que soit son âge, puisse acquérir de nouvelles compétences qui lui permettent de s'adapter aux mutations économiques, de trouver un meilleur emploi, de gagner plus ou, tout simplement, de développer ses aptitudes et ses ambitions individuelles.

216. La région qui compte le plus fort pourcentage d'actifs âgés de 65 ans et plus est l'Afrique, où ce taux s'élève à plus de 40 %, suivie de l'Asie et de l'Amérique latine et des Caraïbes, où il avoisine les 25 % (voir fig. 14).

Figure 14

Part du total de la population active représentée par les personnes âgées de 65 ans et plus, par région, 1980-2009



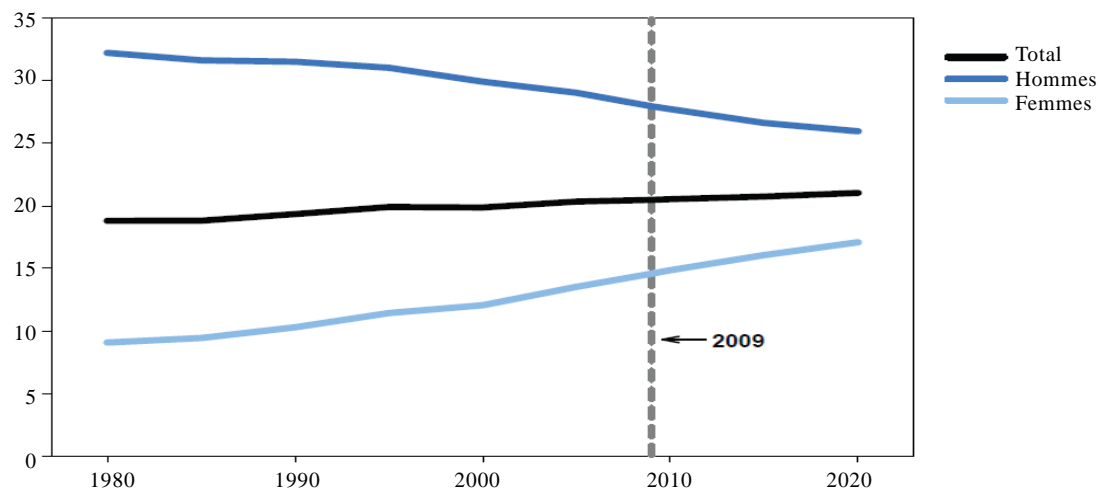
Source : Organisation des Nations Unies, *World Population Ageing 2009* (ESA/P/WP/212), fig. 38.

217. Vu leur plus longue espérance de vie, les femmes représentent une part croissante de la main-d'œuvre âgée, et le nombre de celles qui sont susceptibles de continuer à travailler après 65 ans est en hausse depuis plusieurs décennies (voir fig. 15) alors que cela n'est pas le cas pour les hommes d'âge comparable. Le pourcentage croissant de femmes âgées parmi la population active et les taux d'analphabétisme plus élevés chez celles-ci que chez les hommes expliquent en partie les inégalités persistantes auxquelles elles se heurtent sur le marché du travail, ainsi que leur propension à se retrouver reléguées dans le secteur informel et condamnées à des emplois précaires et moins bien rémunérés (voir sect. II.B.1 ci-dessus sur l'évolution des rôles dévolus aux femmes en matière de production et de procréation). **Les États devraient surveiller et éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des personnes âgées dans le domaine de l'emploi et élaborer des politiques et des programmes de protection de la main-d'œuvre**

qui garantissent à ces personnes un emploi stable, sûr et convenablement rémunéré.

Figure 15

Part du total de la main-d'œuvre mondiale représentée par les personnes âgées de 65 ans et plus, par sexe, 1980-2020



Source : Organisation des Nations Unies, *Population Ageing 2009* (ESA/P/WP/212), fig. 36.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 8

Les personnes âgées

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Dans sa résolution 65/182 sur la « Suite donnée à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement » (2011), l'Assemblée générale a décidé de créer un groupe de travail à composition non limitée pour mieux protéger les droits fondamentaux des personnes âgées, déceler d'éventuelles lacunes et étudier, le cas échéant, la possibilité de mettre en œuvre d'autres instruments et d'autres mesures. Dans sa résolution 67/139, intitulée « Vers un instrument international global et intégré pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des personnes âgées » (2013), l'Assemblée a décidé que le Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement procéderait « à l'examen des propositions relatives à l'élaboration d'un instrument juridique international visant à promouvoir et à protéger les droits et la dignité des personnes âgées ».

Autres textes issus des travaux d'organes intergouvernementaux. La Déclaration politique et le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement qui ont été adoptés à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, en 2002, proposent un nouveau programme de recherche sur le vieillissement pour le XXI^e siècle axé sur les thèmes suivants : les personnes âgées et le développement, la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées, et la création d'environnements porteurs et favorables.

Instruments non contraignants. Au niveau des systèmes régionaux, les efforts ont aussi été accélérés afin de définir des mécanismes pour la promotion, la protection et la réalisation des droits fondamentaux des personnes âgées. La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, le système interaméricain et le Comité directeur pour les droits de l'homme du Conseil de l'Europe ont tous créé des groupes de travail en vue d'élaborer un instrument pour la promotion des droits fondamentaux des personnes âgées.

218. L'enquête mondiale fait apparaître une augmentation du pourcentage de pays ayant une population vieillissante qui s'attaquent maintenant aux problèmes liés aux besoins des personnes âgées. Il s'agit d'États où le taux actuel de dépendance économique est de plus de 12 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 adultes (15-64 ans) en âge de travailler.

219. En 2010, 40 pays dont les populations connaîtront un vieillissement rapide durant les deux prochaines décennies, notamment le Brésil, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, l'Iran, le Mexique et le Viet Nam, affichaient des taux de dépendance des personnes âgées qui se situaient entre 6 et 12. D'après les estimations, ces taux devraient être supérieurs à 12 d'ici à 2030 (projections moyennes). Bon nombre des pays susmentionnés ont commencé à s'attaquer aux tâches suivantes : fournir des services sociaux, notamment des soins de longue durée (94 %), prodiguer des soins de santé abordables, adaptés et accessibles (91 %), étendre ou améliorer les régimes d'allocations de vieillesse (88 %), permettre aux personnes âgées de vivre aussi longtemps que possible de manière indépendante (89 %) et recueillir des données ventilées (88 %).

220. Les progrès accomplis dans les domaines de la protection sociale, de la prestation de soins de santé et de la collecte des données ne se sont pas accompagnés d'une amélioration comparable de la situation des personnes âgées en ce qui concerne l'emploi, la non-discrimination ou la participation à la vie sociale, un nombre plus réduit de pays ayant affirmé qu'ils s'employaient à remédier au manque de soins, à la maltraitance et à la violence dont souffrent les personnes âgées (74 %), à permettre aux personnes âgées d'utiliser pleinement leurs compétences et aptitudes (69 %), à venir en aide aux familles qui prennent soin de personnes âgées (67 %), à instituer des procédures et des mécanismes de participation concrets (63 %), à lutter contre la discrimination à l'égard des personnes âgées, notamment les veuves (58 %) et à offrir des possibilités d'emploi aux travailleurs âgés (39 %). **Les États devraient surveiller et éliminer toutes les formes de maltraitance aussi bien directes qu'indirectes, notamment toutes les formes de violence, la surmédication, le niveau insuffisant des soins et l'isolement social.**

3. Priorités des gouvernements : personnes âgées

Soins de santé préventifs et curatifs	54 % des gouvernements
Démarginalisation économique, emploi, régimes de retraite et d'aide sociale	54 % des gouvernements
Élaboration de programmes, de politiques et de stratégies, promulgation de lois et création d'institutions s'intéressant aux personnes âgées	39 % des gouvernements
Inclusion sociale et droits des personnes âgées	37 % des gouvernements
Soins aux personnes âgées	36 % des gouvernements

221. Lorsqu'on a demandé aux pays de recenser les principales questions auxquelles ils entendaient accorder la priorité dans leurs politiques publiques en faveur des personnes âgées, 68 % des pays africains, près de la moitié des pays d'Europe, d'Asie et des Amériques et 3 États d'Océanie sur 10 ont cité les soins de santé préventifs et curatifs au nombre de leurs cinq priorités. Les pays européens et asiatiques ont été les plus nombreux (62 % et 59 %, respectivement) à citer « la démarginalisation économique, l'emploi et les retraites ». Dans ces deux régions et dans les Amériques, la priorité donnée au rôle économique que jouent les personnes âgées et à la viabilité des systèmes destinés à leur venir en aide s'explique par la progression sensible du phénomène de vieillissement et la nécessité de maintenir la croissance économique et de préserver les programmes d'aide sociale dans un contexte marqué par une diminution relative du nombre de personnes traditionnellement considérées comme étant en âge de travailler.

222. Même si partout dans le monde et dans toutes les catégories de pays classés selon leur revenu par habitant, la pauvreté touche durement les personnes âgées, les États africains (neuf des États interrogés) ont été les seuls à affirmer qu'ils considéraient la lutte contre la pauvreté des personnes âgées comme une priorité. Dans toutes les autres régions, seuls trois pays ont indiqué que cet objectif était prioritaire.

223. À la suite du changement d'orientation important dont le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement a été le signal, l'inclusion sociale et les droits des personnes âgées sont devenus une priorité qui a été constamment soulignée par environ 40 % des pays d'Afrique, des Amériques et d'Europe, et par seulement 9 pays d'Asie sur 41 et 1 pays d'Océanie. Les États qui tendent le plus à privilégier cet objectif sont souvent ceux qui ont les plus hauts revenus, soit plus de 40 % des pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire (membres de l'OCDE ou non) contre 30 % des pays à revenu intermédiaire et à faible revenu.

224. Les pays à faible revenu ont été les plus nombreux à considérer qu'il fallait en priorité renforcer les capacités nécessaires à l'étude du vieillissement, notamment la collecte de données et la recherche, et sur les 32 États de cette catégorie, 10 ont affirmé ranger cet objectif parmi leurs cinq priorités. Bien que dans les pays à faible revenu, le vieillissement de la population n'en soit qu'à ses tout premiers stades, ces

États sont tout aussi conscients que les autres de la nécessité de venir en aide aux personnes âgées, et certains cherchent de toute évidence à recueillir davantage d'éléments d'information sur lesquels ils puissent se fonder pour adopter des mesures.

E. Personnes handicapées

225. La majorité de la population mondiale vit à un moment ou à un autre avec un handicap, soit permanent soit temporaire. D'après diverses études, entre 15 % et 20 %¹³⁹ de la population mondiale âgée de 15 ans et plus vit aujourd'hui avec un handicap, grave ou important dans 2 % à 4 % des cas. D'après le *Rapport mondial sur le handicap* de l'Organisation mondiale de la Santé, 93 millions d'enfants de 0 à 14 ans (soit 5 %) ont un handicap¹⁴⁰.

226. Le taux de prévalence du handicap varie selon les pays, de 18 % dans ceux dont le produit intérieur brut par habitant est inférieur à 3 255 dollars à 12 % dans ceux où il dépasse ce chiffre, mais aussi selon le sexe. Les femmes étant nettement plus touchées que les hommes : 22 % d'entre elles souffrent d'une incapacité dans les pays à faible revenu et 14 % dans les pays à haut revenu¹⁴⁰.

227. Le risque de handicap augmente aussi considérablement avec l'âge – les plus de 60 ans souffrant à plus de 46 % d'un handicap modéré ou grave contre seulement 15 % des 15 à 49 ans – ce qui est dû en partie au vieillissement de la population et en partie à la montée de maladies non transmissibles comme le diabète, les maladies cardiaques ou mentales, responsables de certaines invalidités¹⁴⁰.

228. Il semble y avoir un lien entre handicap et pauvreté, cette dernière étant à la fois la cause et la conséquence du premier, mais les études sur le sujet restent insuffisantes¹⁴¹. Ce rapport de cause à effet n'est pas tout à fait établi à cause du manque de données longitudinales et du fait que la pauvreté est souvent mesurée au niveau des ménages. Dans les pays développés comme dans les pays en développement, les études ont montré que le handicap est un frein à la réussite scolaire et un obstacle à l'accès au marché du travail¹⁴². **Les États devraient recenser et éliminer toutes les formes de discrimination à l'emploi visant les personnes handicapées et élaborer des politiques et programmes d'accompagnement qui leur garantissent un emploi sûr et stable et un salaire décent.**

229. Plus fréquemment que les personnes valides, les personnes handicapées subissent des atteintes à leur dignité¹⁴² et sont victimes de l'exclusion sociale, de violences et de préjugés. Leur famille et leurs proches souffrent de cette situation à cause, d'une part, de l'attitude réprobatrice de la société et, d'autre part, en raison du coût important des soins de santé et de la perte de revenu que cela entraîne d'où

¹³⁹ Le pourcentage le plus bas est tiré de l'étude sur la santé dans le monde, citée dans le *Rapport mondial sur le handicap* de l'OMS et de la Banque mondiale (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011); le plus haut de l'étude de 2004 sur la charge mondiale de morbidité (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008), citée dans le *Rapport mondial sur le handicap*.

¹⁴⁰ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*.

¹⁴¹ J. Braithwaite et D. Mont, « Handicap et pauvreté : enquête de la Banque mondiale sur les estimations de la pauvreté et leurs répercussions », *European Journal of Disability Research*, vol. 3, n° 3 (2009), p. 219 à 232.

¹⁴² OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*.

la nécessité de mettre en place un accompagnement social pour les personnes handicapées et des systèmes de soutien pour les aidants. **Les gouvernements devraient contrôler et éradiquer la discrimination directe et indirecte à l'égard des personnes handicapées sous toutes ses formes, y compris la violence interpersonnelle, la surmédication, les conditions de soins inacceptables et l'isolement social en mettant en place des programmes nationaux visant notamment à répondre à leurs besoins en matière d'éducation, d'emploi, de réadaptation, de logement, de transport, de loisirs et de vie communautaire et à soutenir les aidants familiaux.**

230. Les personnes handicapées représentent une proportion importante de la population de la planète et de chaque pays, comme l'ont déclaré, sans exception, le Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées (1982), le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994), la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006) et le document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et autres objectifs de développement adoptés au niveau international pour les personnes handicapées : la voie à suivre : un programme de développement qui tienne compte de la question du handicap pour 2015 et au-delà (résolution 68/3 de l'Assemblée générale adoptée le 23 septembre 2013), dans lesquels les États se sont fixé pour objectifs de garantir le respect des droits de l'homme, l'égalité des chances et la dignité des personnes handicapées, leur participation et la reconnaissance de leur contribution au développement social et économique, ainsi que leur autosuffisance. **Les gouvernements devraient prendre des mesures décisives pour tenir leurs engagements, améliorer l'accessibilité et assurer le développement solidaire et permettre la participation pleine et entière de tous les êtres humains, y compris les personnes handicapées, à la vie sociale, économique et politique.**

231. Faute de données nationales et mondiales suffisamment fiables et comparables, les estimations sur le handicap varient énormément, voire sous-estiment, le nombre de personnes handicapées, notamment à cause de la stigmatisation associée au handicap. Le Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités, qui encourage la coopération internationale dans le domaine des statistiques sur la santé, ne cesse de progresser dans la mise au point de moyens de mesure des incapacités dans le cadre des recensements et des enquêtes nationales. Sachant que, pour remédier au handicap, il faut le connaître et donc disposer de définitions et de données plus précises, afin de suivre et d'évaluer les progrès réalisés dans l'amélioration du bien-être et de la participation des personnes handicapées, il est de ce fait plus important que jamais de renforcer la coopération internationale en la matière.

232. D'après leurs réponses à l'enquête mondiale concernant les personnes handicapées, les pays cherchent avant tout à « garantir un système d'éducation générale où les enfants ne sont pas exclus sur la base du handicap ». Ainsi la quasi-totalité d'entre eux (82 %), à l'exception de 28, dont 13 en Afrique, 6 en Asie, 6 dans les Amériques, 2 en Europe et 1 en Océanie, ont pris des mesures dans ce sens. Le degré de mobilisation était directement proportionnel à leur niveau de revenu et inversement proportionnel à la croissance démographique.

233. Toutes régions confondues, à 78 %, les pays ont déclaré qu'il fallait « renforcer et étendre les services et programmes d'habilitation et de réhabilitation

en faveur des personnes handicapées », et à 77 % qu'ils avaient « créé des opportunités d'emploi pour les personnes handicapées », le nombre et la proportion de pays n'ayant rien fait dans ce sens étant faibles en Europe (8 %), en Asie (10 %) et dans les Amériques (19 %) et plus importants en Océanie (54 %) et en Afrique (38 %), ce qui donne à penser qu'au cours des cinq dernières années, les pays riches ont été proportionnellement plus nombreux que les pays pauvres à vouloir aborder cette question.

234. À l'échelle mondiale, 6 pays sur 10 disent « développer les infrastructures pour assurer l'accès, sur une base d'égalité avec les autres personnes » (68 %), « garantir les mêmes droits et l'accès aux soins de santé sexuelle et de reproduction, y compris aux services de prévention du VIH » (65 %) et « garantir une protection juridique égale et effective contre la discrimination » (60 %) mais, en Océanie et en Afrique, cette proportion est inférieure à la moyenne mondiale. **Les gouvernements devraient garantir l'exercice par les personnes handicapées, et notamment les jeunes, du droit à la santé, y compris l'accès aux soins de santé sexuelle et procréative, ainsi que du droit de bénéficier des meilleurs soins de santé disponibles et veiller à ce qu'elles participent à l'élaboration et l'exécution des programmes, à la conception des politiques ainsi qu'à leur suivi et évaluation, en tenant compte des facteurs structurels qui empêchent cet exercice.**

235. Les pays ont déclaré à 61 % qu'ils s'employaient à « apporter un appui aux familles qui s'occupent de personnes handicapées », là encore leur mobilisation étant proportionnelle à leur niveau de revenu et inversement proportionnelle à leur croissance démographique. Les pays n'ayant pas pris de mesures dans ce sens ces cinq dernières années étaient au nombre de 59 avec des différences nettes entre régions, 88 % des pays d'Europe l'ayant fait contre 39 % des pays d'Océanie et d'Afrique (la majorité).

236. Pour finir, les pays étaient le moins mobilisés autour de l'objectif consistant à « promouvoir l'égalité en prenant toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que les besoins des personnes handicapées soient raisonnablement pris en compte dans tous les aspects de la vie économique, sociale, politique et culturelle » puisque 47,9 % d'entre eux ne le jugeaient pas prioritaire, essentiellement des pays parmi les plus pauvres et à croissance rapide en Afrique (23), en Asie (23) et en Océanie (10).

237. Plus de la moitié des pays aux revenus faibles ou intermédiaires classaient l'amélioration de l'accessibilité et la mobilité des personnes handicapées parmi leur cinq grandes priorités (revenu faible : 50 %, revenu intermédiaire faible : 59 % et revenu intermédiaire élevé : 66 %). Vu l'importance qu'elle revêt pour la création de sociétés ouvertes à tous et un développement durable qui profite à tous équitablement, l'accessibilité mérite une attention particulière et devrait faire partie des priorités au-delà de 2014 et après 2015 afin de contribuer notablement à une participation pleine et entière des personnes handicapées dans la vie économique et sociale notamment des pays en développement où ils sont nombreux et sont quotidiennement en butte à des difficultés d'accessibilité et de mobilité.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 9

Personnes handicapées

Instruments contraignants. La Convention relative aux droits des personnes handicapées (adoptée en 2006 et entrée en vigueur en 2008), qui fait partie des instruments internationaux fondamentaux relatifs aux droits de l'homme, ayant permis de faire un pas de géant dans la promotion des droits des personnes handicapées qu'elle définit comme « des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables » dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société. La Convention a pour objectif de « promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque ». Le Protocole facultatif se rapportant à la Convention relative aux droits des personnes handicapées porte création d'un mécanisme d'examen des communications présentées par les particuliers en cas de violation de leurs droits de l'homme. Sur le plan régional, la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées (adoptée en 1999 et entrée en vigueur en 2001) affirme que toutes les personnes handicapées ont le droit d'exercer pleinement leurs droits de l'homme et leurs libertés fondamentales sous la protection du droit international.

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Le Conseil des droits de l'homme a adopté une série de résolutions, dont la plus récente traite de la question du travail et de l'emploi des personnes handicapées (résolution 22/3 de 2013). D'autres instruments et documents élaborés par les mécanismes régionaux de protection des droits de l'homme définissent les droits des personnes handicapées¹⁴³.

Priorités des gouvernements : personnes handicapées

Autonomisation économique et emploi	65 % des gouvernements
Accessibilité et mobilité	57 % des gouvernements
Éducation	55 % des gouvernements
Insertion et droits sociaux	37 % des gouvernements

¹⁴³ Consulter le site www.un.org/esa/socdev/enable/comp300.htm pour plus d'informations sur les mécanismes régionaux de protection des droits de l'homme et sur les règles et normes relatives au handicap.

Mise au point de programmes, politiques, stratégies et lois et création d'institutions s'intéressant aux personnes handicapées	28 % des gouvernements
--	------------------------

238. Dans quatre régions sur cinq, les trois grandes priorités sur lesquelles les gouvernements comptent axer leurs politiques en faveur des personnes handicapées sont : « l'autonomisation économique », « l'accès et la mobilité » et « l'éducation ». Sur les 48 pays d'Afrique ayant répondu, 10 (soit 21 %) faisaient venir « la formation à l'emploi »¹⁴⁴ bien avant « l'autonomisation économique et l'emploi », ce qui montre bien l'importance qu'ils accordent à l'intégration des personnes handicapées dans la population active de la région.

239. De manière générale, l'égalité d'accès à « l'éducation » est une priorité importante à l'échelle mondiale, plus particulièrement pour les pays à faible revenu, à 63 %. La discrimination dont les personnes handicapées sont victimes dans le système éducatif normal et l'absence d'aménagements tenant compte de leurs besoins font sérieusement obstacle à leur autonomie et les empêchent de jouir de l'égalité des chances.

240. Pour finir, d'autres priorités reviennent également, comme « l'intégration et les droits sociaux »¹⁴⁵ jugée fondamentale par plus de la moitié des pays à faible revenu (53 %) et à haut revenu de l'OCDE (52 %), « l'habilitation et la réhabilitation »¹⁴⁶ qui figure parmi les cinq grands domaines à privilégier pour plus d'un tiers des pays d'Asie (35 %) et « l'autonomie »¹⁴⁷ mise en avant par 21 % des gouvernements d'Europe.

F. Peuples autochtones

241. On estime qu'à l'échelle mondiale, 370 millions de personnes font partie des peuples autochtones. Exclues du développement à cause de la marginalisation sociale et politique dont ils ont toujours fait l'objet et sont encore victimes, ceux-ci sont aussi souvent privés de la possibilité de préserver leur propre patrimoine culturel, de s'intégrer pleinement dans les systèmes sociaux, politiques et économiques des pays où ils vivent¹⁴⁸.

242. Pour de nombreux peuples autochtones, la discrimination structurelle se traduit par la violence des déplacements forcés, la perte de leurs terres ancestrales et de leurs biens, la séparation des familles, l'oubli forcé de leur langue et de leur culture,

¹⁴⁴ Y compris toutes les activités visant à assurer aux personnes handicapées une formation de type scolaire et extrascolaire et des compétences qui les aident à accéder au marché de l'emploi.

¹⁴⁵ Y compris toutes les activités visant à assurer au maximum l'intégration sociale, l'autonomisation et l'égalité des chances de tous les groupes de personnes handicapées, sans distinction d'aucune nature, et notamment à lutter contre la violence, le défaut de soins, la maltraitance et la discrimination dont ils sont victimes, ainsi qu'à défendre d'autres droits de l'homme.

¹⁴⁶ Y compris toutes les activités de renforcement et d'amélioration des services et programmes d'habilitation et de réhabilitation des personnes handicapées.

¹⁴⁷ Y compris toutes les activités visant à rendre les personnes handicapées autonomes en réduisant leur dépendance vis-à-vis de tiers et en matière de soins.

¹⁴⁸ *State of the World's Indigenous Peoples* (publication des Nations Unies, numéro de vente : 09.VI.13).

la marchandisation de leur culture et le tribut disproportionné qu'ils paient aux changements climatiques et à la dégradation de l'environnement. Pour certains d'entre eux, la pauvreté est exacerbée par l'éloignement géographique et l'isolement de leurs territoires, conséquences des déplacements forcés qu'ils ont subis par le passé¹⁴⁸.

243. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement a consacré les droits de l'homme des populations autochtones en 1994. Plus tard la même année, la première Décennie internationale des populations autochtones a été lancée puis suivie de la deuxième Décennie internationale des peuples autochtones. Depuis 20 ans, la communauté internationale a multiplié les actions visant à protéger, promouvoir et faire respecter les droits des peuples autochtones, notamment en créant en 2000 l'Instance permanente sur les questions autochtones des Nations Unies. En 2001, la Commission des droits de l'homme a nommé le premier rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones que le Conseil des droits de l'homme a reconduit dans ses fonctions en 2007. La même année, l'Assemblée générale a adopté la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (résolution 61/295) et le Conseil des droits de l'homme a créé le Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones (résolution 6/36).

244. En dépit de tous ces efforts concertés, des disparités importantes subsistent et les taux de prévalence de la tuberculose, des maladies non transmissibles et des troubles mentaux sont nettement plus élevés et l'espérance de vie plus courte chez les autochtones que chez les autres populations. Par exemple à l'échelle mondiale, plus de 50 % des autochtones de plus de 30 ans souffrent de diabète de type 2. Aux États-Unis d'Amérique, le risque de contracter la tuberculose est 600 fois plus élevé chez les autochtones que pour le reste de la population. En Équateur, le risque de cancer de la gorge est 30 fois supérieur chez les autochtones que pour les autres habitants. L'écart d'espérance de vie entre un enfant autochtone et un non-autochtone est de 20 ans au Népal ou en Australie, de 13 ans au Guatemala et de 11 ans en Nouvelle-Zélande¹⁴⁸.

245. Une étude de 2005 de la Banque mondiale, portant sur les peuples autochtones d'Amérique latine, soit quelques 28 millions de personnes, a révélé qu'en dépit du net recul général de la pauvreté, la proportion d'autochtones pauvres, soit près de 80 %, au niveau de la région, n'a pas vraiment évolué entre le début des années 90 et le début des années 2000¹⁴⁹, les peuples autochtones connaissant des taux de pauvreté 7,9, 5,9 et 3,3 fois supérieurs à ceux des non-autochtones, respectivement au Paraguay, au Panama et au Mexique¹⁵⁰.

246. Les États devraient garantir le droit des peuples autochtones à la santé, y compris à l'accès aux soins de santé sexuelle et procréative, ainsi que leur droit de bénéficier des meilleurs soins de santé disponibles et de pouvoir les concilier avec leurs propres pharmacopée et médecine traditionnelles, notamment pour réduire la

¹⁴⁹ H. A. Patrinos et E. Skoufias, *Economic Opportunities for Indigenous Peoples in Latin America* (Washington, Banque mondiale, 2007).

¹⁵⁰ Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), d'après J. L. Machinea et M. Hopenhayn, « La esquivia equidad en el desarrollo latinoamericano: una visión estructural, una aproximación multifacético » (publication des Nations Unies, numéro de vente : S.05.II.G.158), cité dans *Social Panorama of Latin America* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.06.II.G.133), p. 150.

mortalité chez la mère et l'enfant, en tenant compte des particularités socioterritoriales et culturelles et des facteurs structurels qui les empêchent d'exercer ces droits.

247. Dans le cadre des activités et objectifs du Programme d'action, les gouvernements étaient invités à tenir compte des besoins spécifiques des peuples autochtones, y compris en assurant leur accès aux services et leur participation pleine et entière et en protégeant, promouvant et réalisant le droit au développement et d'être pris en considération dans les recensements nationaux.

248. Seuls quelques-uns des pays ayant répondu à l'enquête mondiale ont dit avoir tenu compte des besoins des populations autochtones au cours des cinq dernières années, sans différence notable entre les régions. Pas plus des deux tiers ont affirmé avoir adopté des politiques, budgets et des mesures d'application pour répondre aux besoins des populations autochtones, sachant que, dans chaque région, moins de la moitié des pays ont répondu à cette question, ce qui s'explique très certainement par le fait que la plupart des pays ne reconnaissent pas les « peuples autochtones » qui vivent à l'intérieur de leurs frontières.

249. Les réponses les plus encourageantes concernaient l'éducation, 67% des gouvernements ayant déclaré avoir adopté des politiques, budgets et mesures d'application pour garantir l'accès des peuples autochtones à « tous les niveaux et toutes les formes d'enseignement public sans discrimination » sachant que seuls 59 % d'entre eux ont pris des mesures pour leur donner accès à l'éducation dans leur « propre langue et dans le respect de leur culture ». Moins de la moitié des États (49 %) ont dit avoir cherché à « créer des possibilités d'emploi décent pour les populations autochtones, sans discrimination » au cours des cinq dernières années. À peine plus de la moitié des pays (56 %) ont dit « veiller à ce que les populations autochtones aient accès à des soins de santé sexuelle et procréative adaptés à leur culture, y compris aux services de prévention du VIH ».

250. En ce qui concerne la gouvernance, 58 % des pays ont déclaré avoir adopté des politiques, budgets et mesures d'application visant à « instituer des procédures et mécanismes concrets pour assurer la participation des populations autochtones », 52 % avoir cherché à « protéger ou remettre en état les écosystèmes naturels dont les communautés autochtones dépendent » et la moitié (50 %) avoir adopté des politiques, budgets et mesures d'application pour « permettre aux populations autochtones d'exercer leur droit d'occupation et de gestion de leurs terres » et seulement 31 %, le chiffre le plus bas, avoir « sollicité le consentement libre, préalable et informé des populations autochtones dans les accords commerciaux [et] les accords d'investissement direct ».

251. Les États devraient respecter et garantir les droits territoriaux des peuples autochtones, y compris ceux qui ont choisi l'isolement ou qui se trouvent dans la phase initiale de prise de contact et porter une attention particulière aux problèmes présentés par les industries extractives et autres investissements mondiaux et par la mobilité et les déplacements forcés, et devraient élaborer des politiques reposant sur le principe du consentement préalable, libre et éclairé sur les questions concernant les populations autochtones, conformément aux dispositions de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 10

Peuples autochtones

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, plusieurs instruments des droits de l'homme ont porté sur les droits des peuples autochtones. Ainsi, la Déclaration, historique, des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007) dispose que les « peuples autochtones ont le droit, à titre collectif ou individuel, de jouir pleinement de l'ensemble des droits de l'homme et des libertés fondamentales reconnus par la Charte des Nations Unies, la Déclaration universelle des droits de l'homme et le droit international relatif aux droits de l'homme. »

Priorités des gouvernements : peuples autochtones

Éducation	55 % des gouvernements
Autonomisation économique et emploi	36 % des gouvernements
Autonomisation et participation politique	33 % des gouvernements
Langue, culture et identité	32 % des gouvernements
Terres et territoire	30 % des gouvernements
Protection sociale	30% des gouvernements

252. Sur les 176 États qui ont participé à l'enquête mondiale, 69 ont répondu à la question sur leurs priorités pour les peuples autochtones, dont 23 en Amérique, 18 en Asie, 15 en Afrique, 7 en Europe et 6 en Océanie.

253. En Amérique, après « l'éducation » qui venait en tête des priorités de 14 gouvernements sur les 23 ayant répondu, celles qui revenaient le plus étaient « l'autonomisation et la participation politiques » (12 gouvernements), les « terres et territoire » (10 gouvernements), suivies par la « protection sociale » (9 gouvernements), la « santé (autre que sexuelle et procréative) »¹⁵¹ (9 gouvernements) et la « mise au point de politiques, programmes, stratégies et lois et la création d'institutions spéciales »¹⁵² (8 gouvernements). Les pays de cette

¹⁵¹ Comprend toutes les priorités liées à l'amélioration de la prestation des soins de santé aux peuples autochtones, à l'exception des soins de santé procréative et sexuelle et ceux associés au VIH, notamment grâce à des mesures telles que la prestation de soins de santé de qualité en accord avec la culture des peuples autochtones, abordables, accessibles et répondant à leurs besoins.

¹⁵² Comprend toutes les priorités qui portent sur ce qui précède, quand la priorité n'a pas spécifié un secteur en particulier.

région mettaient donc surtout l'accent sur l'amélioration des capacités et la sécurité et plus particulièrement sur l'éducation, les soins de santé et les terres et les moyens de les garder, notamment grâce à la participation politique.

254. En Asie, « l'éducation » des peuples autochtones venait aussi en tête des priorités des gouvernements (11 sur les 18 ayant répondu) suivie par « l'autonomisation économique et l'emploi » (9 gouvernements), ce qui montre l'importance que revêt l'accès des populations autochtones à des activités rémunératrices. Les gouvernements étaient moins nombreux à privilégier « l'autonomisation et la participation politiques », « la langue, la culture et l'identité » et « la santé (autre que procréative et sexuelle) », sans accorder plus d'importance à une qu'à une autre de ces dernières questions (5 gouvernements).

255. En Afrique, contrairement aux tendances mondiale et régionale, « l'autonomisation économique et l'emploi » avait la préférence des gouvernements (8 sur les 15 ayant répondu), qui était la seule mentionnée par plus de la moitié des gouvernements. « L'éducation » (7 gouvernements) et « la langue, la culture et l'identité » (6 gouvernements) venaient respectivement en deuxième et troisième position.

256. Les États, agissant en concertation avec les peuples autochtones, devraient adopter les mesures voulues pour offrir à tous les autochtones une protection et de réelles garanties contre toutes les formes de discrimination et de violence, et pour assurer le respect, la défense et la réalisation de leurs droits fondamentaux.

257. Les États devraient respecter et appliquer les dispositions de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, ainsi que celles de la Convention n° 169 concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants, 1989, de l'Organisation internationale du Travail et inviter les pays qui ne l'ont pas encore fait à signer et ratifier la Convention, à adapter leurs cadres juridiques et à concevoir des politiques en vue de la mise en œuvre de ces deux textes, avec la participation pleine et entière des peuples autochtones, y compris ceux qui vivent dans les villes.

G. La non-discrimination s'applique à tous

258. Le Programme d'action réaffirme les principes fondamentaux d'égalité et de non-discrimination énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), et développés dans d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme tels que la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965) ainsi que dans la Déclaration sur les droits des personnes appartenant à des minorités nationales ou ethniques, religieuses et linguistiques (1992). Cependant, de nombreuses personnes à travers le monde continuent de souffrir de la discrimination, comme on l'a rappelé aux réunions régionales sur la suite à donner au Programme d'action après 2014. J n°

259. L'examen opérationnel a montré que, dans certaines régions du monde, les personnes dont l'orientation ou l'identité sexuelle est différente sont exposées à des risques de harcèlement et de violence physique. Les conclusions des études

régionales soulignent l'importance des principes relatifs à la liberté et à l'égalité dans la dignité et les droits, outre le principe de non-discrimination. La violence structurelle qui se manifeste sous la forme d'attitudes négatives à l'égard de l'homosexualité marginalise et déshumanise les personnes dont l'orientation ou l'identité sexuelle est différente, les empêche de contribuer pleinement à la vie de la société et les prive des droits civiques dont jouissent normalement les autres¹⁵³. L'engagement en faveur du bien-être des personnes ne peut pas coexister avec la tolérance des crimes motivés par la haine ou de toute autre forme de discrimination.

260. Dans son rapport au Conseil des droits de l'homme sur la question (A/HRC/19/41), la Haut-Commissaire aux droits de l'homme fait observer que la Commission africaine des droits de l'homme et la Commission interaméricaine des droits de l'homme ont l'une et l'autre constaté une aggravation brutale de l'intolérance à l'égard des minorités sexuelles, et le Conseil de l'Europe a constaté que les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels et les transsexuels sont victimes d'actes de violence motivée par la haine dans tous ses États membres. Le rapport note que les jeunes homosexuels, bisexuels ou transsexuels et les personnes de tout âge qui sont perçues comme transgressant les normes sociales risquent d'être victimes de violence de la part de leur famille et de leur communauté. La discrimination est aggravée par le fait que 76 pays ont encore des lois réprimant les

¹⁵³ W. B. Bostwick *et al.*, « Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 3 (2010), p. 468 à 475; S. D. Cochran *et al.*, « Mental health and substance use disorders in Latino and Asian-American lesbian, gay and bisexual adults », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 75, n° 5 (2007), p. 785 à 794; S. D. Cochran, V. M. Mays et J. G. Sullivan, « Prevalence of mental disorders, psychological distress and mental health services use among lesbian, gay and bisexual adults in the United States », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n° 1 (2003), p. 53 à 61; R. de Graaf, T. G. Sandfort et M. Have, « Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 35, n° 3 (2006), p. 253 à 262.; R. H. DuRant, D. P. Krowchuk et S. H. Sinal, « Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behavior », *Journal of Pediatrics*, vol. 133, n° 1 (1998), p. 113 à 118.; A. H. Faulkner et K. Cranston, « Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 2 (1998), p. 262 à 266; R. Garofalo *et al.*, « The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents », *Pediatrics*, vol. 101, n° 5 (1998), p. 895 à 902; R. Garofalo *et al.*, « Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 153, n° 5 (1999), p. 487 à 493; D. M. Fergusson, L. J. Horwood et A. L. Beautrais, « Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, n° 10 (1999), p. 876 à 880; A. P. Haas *et al.*, « Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations », *Journal of Homosexuality*, vol. 58, n° 1 (2011), p. 10 à 51; M. King *et al.*, « A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay, and bisexual people », *BMC Psychiatry*, vol. 8 (août 2008); R. M. Mathy, « Suicidality and sexual orientation in five continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America », *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, vol. 7, n° 2 et 3 (2002), p. 215 à 225; G. Remafedi, « Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men », *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, n° 4 (2002), p. 305 à 310; S. T. Russell et K. Joyner, « Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 8 (2001), p. 1276 à 1281; J. P. Paul *et al.*, « Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 8 (2002), p. 1338 à 1345.

relations homosexuelles consensuelles¹⁵⁴, et de nouvelles études montrent qu'il existe un lien entre les lois qui restreignent les droits civiques des personnes dont l'orientation ou l'identité sexuelle est différente, et la santé mentale et le bien-être de ces personnes¹⁵⁵. **Les États et la communauté internationale doivent exprimer leur grave préoccupation au sujet des actes de violence, de la discrimination et des crimes haineux commis contre certaines personnes en raison de leur orientation ou de leur identité sexuelle. Les dirigeants nationaux doivent défendre les droits de tous, sans distinction d'aucune sorte.**

261. Un grand nombre de personnes et de groupes continuent d'être souvent victimes de comportements discriminatoires, comme le discrédit, les traitements injustes ou l'exclusion sociale, en ce qui concerne divers aspects de leur identité ou en fonction des circonstances. La discrimination peut être aggravée par des lois qui criminalisent leur comportement ou ignorent leur besoin de protection sociale. La persistance de lois discriminatoires ou l'application injuste et discriminatoire des lois peut refléter la réprobation de puissants secteurs de la société, l'indifférence générale du public ou le faible poids politique des personnes victimes de discrimination¹⁵⁶.

262. Les conclusions de l'enquête mondiale et des études régionales soulignent la persistance de lacunes dans la réalisation du principe fondamental de non-discrimination énoncé par la Conférence internationale sur la population et le développement dans les cas où les droits des personnes ou des groupes demeurent vulnérables, ce qui a une incidence directe sur leur santé, y compris les risques de VIH/sida, et augmente leur exposition à la violence, notamment la violence sexuelle. En conclusion, les études régionales présentent de nombreuses mesures visant à remédier à ces lacunes, ce qui exige des États qu'ils protègent les droits fondamentaux de tous les individus, y compris le droit à un emploi rémunéré, à un logement, l'accès aux services et l'égalité devant la loi.

263. Les États doivent garantir l'égalité devant la loi et la non-discrimination pour tous en adoptant des lois et des politiques visant à protéger tous les individus, sans distinction d'aucune sorte, dans l'exercice de leurs droits sociaux, culturels, économiques, civils et politiques. Ils doivent également promulguer des lois, lorsqu'il n'en existe pas, et assurer leur application afin de prévenir et de sanctionner les actes de violence et les crimes haineux, quels qu'ils soient, et s'employer activement à prendre des mesures afin de protéger toutes les personnes, sans distinction d'aucune sorte, contre la discrimination, l'opprobre public et la violence.

264. Le droit international des droits de l'homme reflète les engagements pris au niveau mondial de mettre fin à la discrimination à l'égard des minorités raciales et

¹⁵⁴ L. P. Itaborahy et J. Zhu, *State-sponsored Homophobia: A World Survey of laws: Criminalisation, Protection and Recognition of Same-Sex Love*, 8^e édition (International Lesbian, Gay, Bisexual, and Trans and Intersex Association, mai 2013); disponible à l'adresse

suivante : http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2013.pdf

¹⁵⁵ M. L. Hatzenbuehler *et al.*, « The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 3 (2010), p. 452 à 459.

¹⁵⁶ Rapport sur le suivi du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014, Conférence internationale des droits de l'homme, tenue aux Pays-Bas du 7 au 10 juillet 2013 (à paraître).

ethniques (voir l'encadré 11 sur la non-discrimination). Cependant, partout dans le monde, ces minorités, et même dans certains cas des groupes non minoritaires, font encore l'objet d'une discrimination et d'une marginalisation qui ont des effets négatifs sur leur santé, leurs libertés et leur accès à l'éducation, à l'emploi, à la terre et aux ressources naturelles¹⁵⁷.

265. Pour représenter la diversité raciale et ethnique à l'échelle mondiale, il faut arriver à définir ce qui constitue un groupe « ethnique ou racial » distinct et à classer ces différents groupes dans des catégories dont la définition peut elle-même varier. L'ethnicité et la race peuvent être définies par la perception qu'on a de soi ou par les catégories de recensement définies par l'État; elles peuvent aussi refléter des affiliations culturelles, politiques, linguistiques, phénotypiques ou religieuses qui définissent essentiellement des catégories sociales ayant souvent tout au plus un faible rapport avec des distinctions génétiques.

266. Par exemple, les estimations de la diversité ethnique à l'échelle mondiale ont recensé 822 groupes ethniques dans 160 pays. L'Afrique subsaharienne, qui abrite environ un quart des pays du monde, compte 351 groupes ethniques, soit 43 % des groupes ethniques du monde, tels que définis par leur culture¹⁵⁸.

267. Bien que les études sur les minorités et les groupes non minoritaires marginalisés et les mesures prises pour suivre leur situation laissent à désirer et s'appuient sur des catégories qui ne font pas l'unanimité, on a pu identifier 183 groupes minoritaires victimes de discrimination politique, dont 45 particulièrement menacés à cause de politiques répressives qui excluent leurs membres de la vie politique¹⁵⁹.

268. Une discrimination de longue date et persistante peut entraîner des cycles de pauvreté et de privations intergénérationnels. Par exemple, les populations d'ascendance africaine dans les Caraïbes et en Amérique latine continuent à souffrir de la pauvreté et de l'exclusion sociale, tout en étant victimes d'exploitation dans le cadre de grands projets de développement qui compromettent leur accès à la terre et aux ressources naturelles. Dans bon nombre de pays, les données sur la santé publique font ressortir des disparités persistantes en matière de morbidité et de mortalité parmi les minorités raciales et ethniques, révélant l'impact collectif des formes multiples et chevauchements de la discrimination en matière d'accès aux soins de santé, à l'éducation, à un emploi rémunéré, à la nutrition et au logement; des disparités socioéconomiques et des écarts de richesse; et le caractère limité des possibilités de progrès au cours de la vie¹⁶⁰.

¹⁵⁷ B. Walker, éd., *State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012: Events of 2011 – Focus on Land Rights and Natural Resources* (Londres, Minority Rights Group International, 2012).

¹⁵⁸ Voir J. D. Fearon, « Ethnic and cultural diversity by country », *Journal of Economic Growth*, vol. 8, n° 2 (2003), p. 195 à 222.

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ B. Walker, éd., *State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012: Events of 2011*; D. R. Williams et C. Collins, « U.S. socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations », *Annual Review of Sociology*, vol. 21 (1995), p. 349 à 386; OMS, *Contribution de l'OMS à la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée : santé et absence de discrimination*, série de publications Santé et droits humains, n° 2 (août 2001); disponible à l'adresse suivants : www.who.int/hhr/activities/en/Health_and_Freedom_from_Discrimination_French_671KB.pdf.

269. Les États doivent garantir la pleine participation, sur un pied d'égalité, des minorités raciales et ethniques à la vie sociale, économique et politique, ainsi que leur libre intégration dans des conditions de sécurité en matière de logement; engager un dialogue ouvert sur une réconciliation publique et réparer les torts subis dans le passé; et promouvoir activement des liens de considération mutuelle qui sont indispensables à une vie civique riche et diverse, de sorte que les hommes et les femmes de tous horizons puissent exprimer ensemble leur humanité.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 11

Non-discrimination

Instruments contraignants. Le Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté en 2008 et entré en vigueur en 2013, note en préambule que « la Déclaration universelle des droits de l'homme proclame que tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits et que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation ». Le Protocole facultatif a institué des mécanismes de recours et d'enquête pour les personnes qui estiment que leurs droits économiques, sociaux et culturels ont été bafoués, promouvant les principes fondamentaux relatifs à la non-discrimination et offrant aux individus un mécanisme d'enregistrement des violations de leurs droits.

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Le Haut-Commissariat aux droits de l'homme met un accent particulier sur la non-discrimination. Les droits relatifs à la non-discrimination sont énoncés dans de nombreux instruments et font l'objet d'un suivi de la part du Conseil des droits de l'homme, par l'intermédiaire de rapporteurs spéciaux, d'experts indépendants et de groupes de travail, de comités et de forums qui s'efforcent de lutter contre la discrimination et d'assurer l'application des droits de l'homme aux cas particuliers¹⁶¹. Parmi les résolutions pertinentes figurent notamment la résolution 17/19 du Conseil sur les droits de l'homme, l'orientation sexuelle et l'identité de genre (2011), la première résolution de l'Organisation des Nations Unies sur l'orientation sexuelle, dans laquelle le Conseil s'est déclaré gravement préoccupé par les actes de violence et de discrimination fondés sur l'orientation sexuelle ou

¹⁶¹ Pour de plus amples informations sur les activités de l'ONU relatives aux droits de l'homme et à la non-discrimination, voir www.ohchr.org/fr/Issues/Pages/ListofIssues.aspx.

l'identité de genre. En 2005, la Commission des droits de l'homme a adopté la résolution 2005/85 sur la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH/sida.

Autres textes issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Dans la Déclaration et le Programme d'action de Durban adoptés en 2001 à la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, il a été reconnu et affirmé que la lutte mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, ainsi que toutes les formes et manifestations odieuses et changeantes qu'ils revêtent, sont des questions prioritaires pour la communauté internationale, et que chacun a droit à un ordre social et international permettant le plein exercice de tous les droits de l'homme, sans discrimination d'aucune sorte.

270. Les flux migratoires sont plus visibles et plus divers que jamais auparavant, ce qui a de profondes incidences socioéconomiques dans les pays d'accueil comme dans les pays d'origine. Cependant, les migrants sont souvent ostracisés et risquent fortement d'être en butte à la discrimination. La ratification des conventions sur les droits des migrants a été limitée et inégale. Les protocoles internationaux sur la traite et le trafic illicite de personnes, qui visent principalement à ériger la traite des personnes en infraction pénale, à réprimer la criminalité organisée et à favoriser la régulation des migrations, ont recueilli un large appui. À titre de comparaison, les conventions de l'OIT visant à promouvoir des normes minimales pour les travailleurs migrants n'ont pas reçu un accueil aussi favorable. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille adoptée en 1990 et entrée en vigueur en 2003 n'a, à ce jour, été ratifiée que par 47 pays, et le nombre de signataires est particulièrement faible parmi les pays à fort taux de migration ou d'émigration¹⁶². **Les États doivent veiller à ce que les migrants puissent réaliser leurs droits fondamentaux relatifs à la liberté, à la sécurité de la personne, à la liberté de conviction et à la protection contre le travail forcé et la traite, et exercer pleinement leurs droits sur le lieu de travail, qui garantissent notamment l'égalité de salaire à travail égal et des conditions de travail décentes, ainsi que l'égalité d'accès aux services de base, en particulier à l'éducation, à la santé, notamment sexuelle et procréative, et à un soutien pour l'intégration des enfants migrants.**

271. Même si on estime généralement que le phénomène de la migration a peu d'effets préjudiciables, l'attitude négative de la population à l'égard des migrants peut néanmoins traduire la crainte de suppressions d'emploi ou de réductions de salaire, d'une aggravation de la criminalité ou d'une charge supplémentaire pour les services publics locaux¹⁶³. Comme indiqué dans l'analyse des données de l'Enquête mondiale sur les valeurs, les attitudes à l'égard des immigrants et des travailleurs étrangers diffèrent grandement d'une région à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'une

¹⁶² Organisation internationale pour les migrations (OIM), *État de la migration dans le monde 2011 : bien communiquer sur la migration* (Genève, 2011); *Rapport mondial sur le développement humain 2009 - Lever les barrières : mobilité et développement humains* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.09.III.B.1).

¹⁶³ *Rapport mondial sur le développement humain 2009 - Lever les barrières : mobilité et développement humains*.

même région (fig. 17), ce qui souligne l'existence d'importants facteurs contextuels autres que les flux migratoires, tels que notamment le débat politique, le discours médiatique et le contexte économique et culturel général. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la proportion de la population qui fait preuve d'intolérance à l'égard des immigrants et des travailleurs étrangers est inférieure à 10 %, taux le plus faible de toutes les régions du monde. La proportion est également faible dans la plupart des pays d'Europe occidentale; la fourchette est cependant large, allant de 2 % en Suède à 37 % en France. En Europe orientale, le taux varie de 14 % en Pologne à 32 % dans la Fédération de Russie, tandis qu'en Asie, il va de 20 % en Chine à 66 % en Jordanie¹⁶⁴.

272. L'évolution des attitudes à l'égard des immigrants et des travailleurs étrangers au cours des 5 à 10 dernières années a été contrastée dans toutes les régions. Sur les 24 pays disposant de données sur les tendances, les attitudes sont devenues plus tolérantes dans huit pays et moins tolérantes dans neuf pays, tandis qu'il n'y a pas eu d'évolution statistiquement significative dans les sept autres pays au cours de la dernière décennie¹⁶⁴. **Des mesures plus énergiques sont nécessaires, notamment la formation des responsables de l'application des lois compétents, pour lutter contre la discrimination, réduire les cas de mauvaise interprétation de la migration dans le discours public et médiatique, atténuer les tensions sociales et prévenir la violence à l'encontre des migrants.**

273. La stigmatisation liée au VIH est un obstacle à la prévention, au dépistage, à la divulgation de la séropositivité, aux soins et au traitement¹⁶⁵. L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH a montré que, dans un certain nombre de pays, ces personnes se voient privées d'accès aux services de santé et à l'emploi à cause de leur séropositivité¹⁶⁶. La stigmatisation se manifeste sous des formes diverses, notamment physiques, sociales et institutionnelles, ce qui contribue à isoler les personnes vivant avec le VIH de leur famille et de leur communauté, à les exposer à la violence, à réduire leur participation à la vie économique et sociale, et à détériorer leur santé mentale et physique¹⁶⁷. La persécution des personnes vivant avec le VIH, notamment par des lois qui érigent en infraction le fait pour une personne de ne pas révéler sa séropositivité, son exposition au virus ou le risque de transmission de celui-ci¹⁶⁸, crée un climat de crainte qui porte atteinte aux droits de

¹⁶⁴ Données de l'Enquête mondiale sur les valeurs (www.worldvaluessurvey.org), téléchargées et analysées le 20 août 2013.

¹⁶⁵ Q. A. Karim *et al.*, « The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa », *Global Public Health*, vol. 3, n° 4 (2008), p. 351 à 365; H. Brou *et al.*, « When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan », *PLoS Medicine*, vol. 4, n° 12 (2007); L. D. Bwirire *et al.*, « Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in Rural Malawi », *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 102, n° 12 (2008), p. 1195 à 1200.

¹⁶⁶ Analyse des résultats d'enquêtes réalisées en utilisant l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (www.stigmaindex.org), présentée dans ONUSIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013 (Genève, 2013)*.

¹⁶⁷ J. Ogden et L. Nyblade, *Common at Its Core: HIV-Related Stigma across Contexts* (Washington, Centre international de recherche sur les femmes, 2005); ONUSIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*.

¹⁶⁸ ONUSIDA, « Criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape », document d'information révisé établi pour la Réunion d'experts sur les

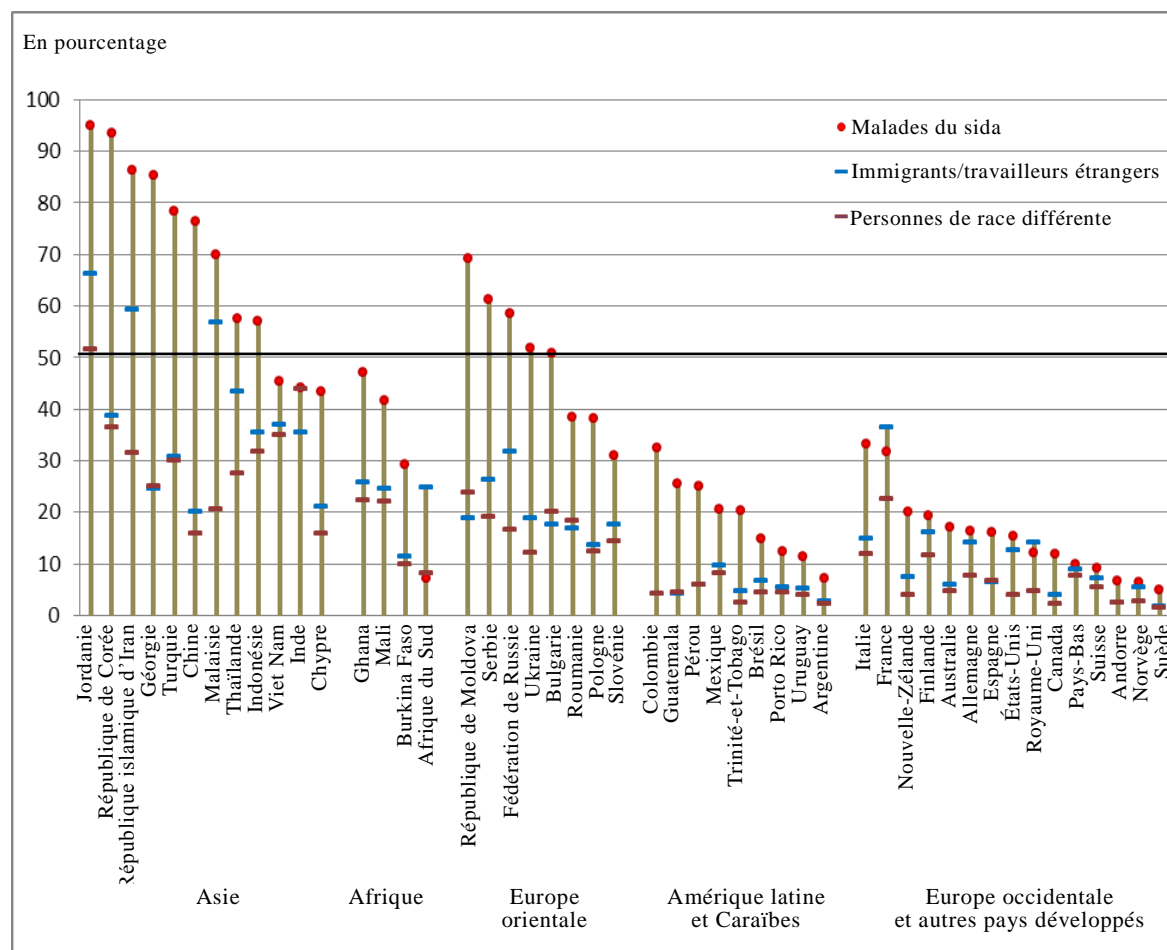
l'homme et sape les efforts faits pour encourager les personnes à faire appel à des services de prévention du VIH, de dépistage du virus, de soins et de soutien social¹⁶⁹. **Les États doivent respecter, protéger et promouvoir les droits fondamentaux de toutes les personnes vivant avec le VIH et promulguer des lois protectrices qui facilitent l'accès aux soins de santé et aux services sociaux pour garantir que toutes les personnes infectées par le virus ou risquant de l'être puissent vivre à l'abri des préjugés et de la discrimination.**

274. Selon les données les plus récentes de l'Enquête mondiale sur les valeurs réalisée dans 48 pays, une plus grande proportion de la population est intolérante à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida qu'à l'égard des immigrants, des travailleurs étrangers ou des personnes de race différente (voir fig. 16). On a observé des attitudes plus tolérantes dans les pays à revenu élevé, en Amérique latine et dans les Caraïbes, ainsi que dans certains pays d'Afrique et d'Asie. Dans plus d'un quart des pays, situés pour la plupart en Asie et en Europe orientale, plus de 50 % des personnes interrogées ont manifesté une attitude intolérante. Plusieurs de ces pays comptent également une forte proportion de personnes intolérantes à l'égard d'autres groupes de population, ce qui donne à penser que l'intolérance est étroitement liée à la notion de « différence », sous ses multiples formes¹⁶⁴.

questions scientifiques et juridiques associées à la criminalisation de la non-divulgence du VIH, de l'exposition au virus et de sa transmission, tenue à Genève du 31 août au 2 septembre 2001.

¹⁶⁹ ONUSIDA et PNUD, « Criminalization of HIV transmission », note d'orientation d'ONUSIDA (Genève, août 2008).

Figure 16
Tolérance du public à l'égard de certains groupes de population, par région,
2004-2009



Source : Enquête mondiale sur les valeurs (données téléchargées et analysées le 20 août 2013).

Note : Dans l'Enquête mondiale sur les valeurs, l'intolérance est mesurée par la proportion des personnes interrogées qui ont mentionné certains groupes de population en réponse à la question : « Cette liste contient différents groupes de personnes. Pourriez-vous indiquer, le cas échéant, ceux que vous n'aimeriez pas avoir comme voisins? ». La liste comprenait les groupes suivants : personnes ayant un casier judiciaire; personnes de race différente; gros buveurs; personnes émotionnellement instables; immigrants/travailleurs étrangers; malades du sida; toxicomanes; et homosexuels. La même liste a été utilisée pour tous les pays couverts par l'Enquête mondiale sur les valeurs, mais certains pays ont ajouté des groupes de population spécifiques à leur contexte national.

275. Au cours des deux dernières décennies, les professionnel(le)s du sexe¹⁷⁰ ont fait l'objet de nombreuses initiatives de santé publique visant à enrayer la

¹⁷⁰ Le terme de professionnel(le)s du sexe désigne « les adultes et les jeunes (âgés de 18 à 24 ans) de sexe féminin ou masculin, et transsexuel(le)s, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels » (voir ONUSIDA, « Commerce du sexe et VIH/SIDA », Actualisation ONUSIDA (Genève, juin 2002).

propagation du VIH/sida, mais leurs droits à la santé, ainsi qu'à la protection sociale contre la pauvreté et la violence, ont rarement été reconnus¹⁷¹. Certains aspects du commerce du sexe sont considérés comme des infractions dans 116 pays¹⁷², où les professionnel(le)s du sexe sont victimes d'une forte stigmatisation et d'une discrimination institutionnalisée par un cadre juridique et politique réglementaire qui exacerbe leurs vulnérabilités. Ces personnes vivent souvent dans des conditions d'extrême pauvreté et sont particulièrement exposées à des violences souvent brutales, notamment des violences sexuelles, sans recours ni protection¹⁷³. La violence est liée à d'autres vulnérabilités dans le domaine de la santé, les professionnelles du sexe étant 13,5 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les femmes âgées de 15 à 49 ans à l'échelle mondiale¹⁷¹. La criminalisation du commerce du sexe limite leur participation à la vie politique et leur représentation collective¹⁷⁴, ce qui réduit leurs chances d'améliorer leurs conditions de vie et de travail, d'accéder à la sécurité financière, de protéger leur santé de manière appropriée et d'élargir leurs possibilités et celles de leur famille¹⁷⁵. **Les États doivent dépénaliser le commerce du sexe entre adultes consentants pour reconnaître le droit des professionnel(le)s du sexe de travailler sans aucune contrainte, violence ou risque d'arrestation; offrir une protection sociale, des emplois valorisants et des possibilités d'émancipation économique, de sorte que les professionnel(le)s du sexe puissent changer d'activité s'ils (si elles) le souhaitent; et les associer à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et des programmes qui leur sont destinés.**

H. Le coût social de la discrimination

276. Depuis 20 ans, on a fait d'énormes progrès dans la connaissance des répercussions qu'ont la discrimination et la stigmatisation sur la santé physique et mentale et le comportement des êtres humains, grâce à la science qui a montré comment et combien la première nuisait au bien-être et à la productivité des individus et des nations¹⁷⁶.

¹⁷¹ D. Kerrigan *et al.*, *The global HIV epidemics among sex workers* (Washington, Banque mondiale, 2013).

¹⁷² Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Le VIH et le droit : risques, droits et santé* (New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2012).

¹⁷³ OMS, « La violence à l'encontre des femmes et le VIH/sida : principaux points de recoupement – violence à l'égard des travailleuses du sexe et prévention du VIH », Série de bulletins d'information, n° 3 (2005); ONUSIDA, *Note d'orientation sur le VIH et le commerce du sexe* (Genève, 2012).

¹⁷⁴ Open Society Foundations, « 10 reasons to decriminalize sex work: a reference brief » (New York, 2012).

¹⁷⁵ ONUSIDA, *Note d'orientation sur le VIH et le commerce du sexe*.

¹⁷⁶ N. Krieger, « Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination », *International Journal of Health Services*, vol. 29, n° 2 (1999), p. 295 à 352; E. A. Pascoe et L. Smart Richman, « Perceived discrimination and health: a meta-analytic review », *Psychological Bulletin*, vol. 135, n° 4 (2009), p. 531 à 554
D. R. Williams, H. W. Neighbors et J. S. Jackson, « Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 2 (2003), p. 200 à 208; D. R. Williams et S. A. Mohammed, « Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research », *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 32, n° 1 (2009), p. 20 à 47.

277. Un nombre croissant d'études menées dans le monde entier prouve que la santé physique et mentale et la productivité peuvent être compromises par le harcèlement physique, l'intimidation et la violence mais aussi par l'omniprésence de stéréotypes et préjugés négatifs, la stigmatisation ou la hantise de la discrimination¹⁷⁷. Cette lutte quotidienne que mène une partie importante de la population pour préserver sa dignité et ses droits fondamentaux a un coût pour la société qui devrait alerter les décideurs politiques à cause des pertes évidentes qui en découlent en termes de santé, bien-être et productivité des individus, mais aussi des risques accrus d'instabilité sociale auxquels ils s'exposent en ignorant ces souffrances humaines. La nouvelle théorie du « coût de l'inaction » repose sur la quantification des conséquences graves et souvent insidieuses auxquelles s'exposent les sociétés qui ne prennent pas les mesures qui s'imposent pour faire face aux injustices et inégalités existantes et sous-estiment le lourd tribut qu'elles auront à payer de ce fait, comme on pourra le voir plus loin¹⁷⁸.

278. Dans le domaine de la santé des femmes, le lien entre le stress engendré par la discrimination et le risque de complications au moment de l'accouchement est de plus en plus reconnu¹⁷⁹. Il ressort d'une étude récente sur les problèmes à la naissance rencontrés par les femmes, en Californie, avant et après les attaques terroristes du 11 septembre 2001 que, dans les six mois qui ont suivi ces attentats, le risque d'accouchement prématuré ou d'insuffisance pondérale du nouveau-né chez les femmes portant un nom à consonance arabe était nettement plus élevé que par rapport à la même période de l'année précédente et que, plus le nom de la future mère était connoté d'un point de vue ethnique, plus le risque de complications à la naissance était important. Chez les autres mères, aucune différence aussi marquée n'a été observée avant et après le 11 septembre, ce qui montre clairement que le

¹⁷⁷ Williams et Jackson, « Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies »; S. J. Spencer, C. M. Steele et D. M. Quinn, « Stereotype threat and women's math performance », *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 35, n° 1 (1999), p. 4 à 28; J. I. Smith et P. H. White, « An examination of implicitly activated, explicitly activated, and nullified stereotypes on mathematical performance: it's not just a women's issue », *Sex Roles*, vol. 47, n°s 3 et 4 (2002), p. 179 à 191.

¹⁷⁸ La théorie du « coût de l'inaction », expression qui recouvre les conséquences négatives qu'a sur les familles, les communautés et les sociétés l'inaction face aux injustices et inégalités, a été appliquée aux changements climatiques, à la protection de l'environnement et au bien-être des enfants, dans ce dernier cas à l'occasion du lancement en 2008 de l'Initiative sur le coût de l'inaction par le Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme de l'Université Harvard (voir S. Anand et coll., *The Cost of Inaction : Case Studies from Rwanda and Angola* (Boston, Harvard University Press, 2012). Le Fonds des Nations Unies pour la population a évalué ce coût dans le domaine des droits en matière de santé sexuelle et procréative et de l'inégalité des sexes à l'occasion d'une réunion d'experts sur ce qu'il en coûte de ne rien faire en faveur des droits liés à la procréation et les liens entre développement durable, droits de l'homme et santé sexuelle et procréative, tenue à New York les 7 et 8 octobre 2013.

¹⁷⁹ C. G. Colen et coll., « Maternal upward socioeconomic mobility and black-white disparities in infant birthweight », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 11 (2006), p. 2032 à 2039; J. W. Collins Jr. et coll., « Very low birthweight in African American infants: the role of maternal exposure to interpersonal racial discrimination », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 12 (2004), p. 2132 à 2138; S. Mustillo et coll., « Self-reported experiences of racial discrimination and black-white differences in preterm and low birthweight deliveries: the CARDIA study », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 12 (2004), p. 2125 à 2131.

stress provoqué par la montée du sentiment antiarabe a influé sur le déroulement de la grossesse des femmes ayant un nom à consonance arabe¹⁸⁰.

279. Il tout aussi évident que la discrimination nuit aux résultats et à la productivité des individus. Lorsque l'on a demandé, en Inde, à des collégiens de participer à une série d'épreuves consistant à trouver la sortie d'un labyrinthe, on n'a relevé aucune différence liée à la caste entre leurs résultats. Lorsque, lors d'une deuxième série d'épreuves, le nom de famille et la caste étaient annoncés avant chaque épreuve, les participants de caste inférieure ont obtenu des résultats nettement moins bons que ceux de castes supérieures du fait de l'annonce publique de leur différence de statut¹⁸¹.

280. Aujourd'hui, des millions de personnes de par le monde luttent quotidiennement contre la discrimination et pour leur dignité. Les gouvernements soutiennent cette lutte au moyen des politiques, budgets et programmes qu'ils déclarent adopter pour protéger certaines populations contre les mauvais traitements, le manque d'attention ou les violences mais aussi de lois pour faire respecter, défendre et garantir les droits de l'homme de ces populations. D'après les résultats de l'enquête mondiale, les pays reconnaissent et protègent, pour la plupart, les droits de leurs citoyens, mais pas tous et pas toujours tous les citoyens.

281. La très grande majorité des pays (87 %) disent avoir pris des mesures pour « prévenir les violences et la privation de soins vis-à-vis des enfants, et porter assistance aux enfants victimes de mauvais traitements, de défaut de soins et d'abandon ainsi qu'aux orphelins » ces cinq dernières années. La protection des enfants scolarisés n'est pas aussi mobilisatrice, puisque seuls 59 % des pays disent prendre des mesures pour « améliorer la sécurité des élèves, surtout des filles, à l'école et en chemin ». Ce sont essentiellement les pays d'Asie (66 %) et d'Afrique (63 %) qui déploient le plus d'efforts dans ce sens, suivis par l'Océanie (55 %), l'Amérique (54 %) et l'Europe (48 %). De la même manière, deux tiers des pays (63 %) ont dit avoir « adopté, financé et appliqué des mesures pour lutter contre la violence sexiste et l'intimidation à l'école », mais ce sont les pays d'Amérique qui sont les plus actifs dans ce domaine (83 %), devant l'Afrique (62 %), l'Europe (61 %), l'Asie (53 %) et l'Océanie (50 %).

282. La proportion de pays ayant adopté, financé et appliqué des mesures concrètes pour combattre la discrimination visant d'autres personnes n'a rien d'encourageant (au plus 60 %). Par exemple, 57 % des pays ont cherché à « prévenir la discrimination contre les personnes âgées, notamment les veuves » et 60 % à « garantir aux personnes handicapées une protection juridique égale et effective contre la discrimination, quel qu'en soit le motif ».

283. En pourcentage, ils sont autant (60 %) à avoir adopté, financé et appliqué des mesures de « protection des migrants contre les violations des droits de l'homme, le racisme, l'ethnocentrisme et la xénophobie ». À l'échelle régionale, ils sont proportionnellement plus nombreux à s'être intéressés à la question en Asie (71 %)

¹⁸⁰ D. S. Lauderdale, « Birth outcomes for Arabic-named women in California before and after September 11 », *Demography*, vol. 43, n° 1 (2006), p. 185 à 201.

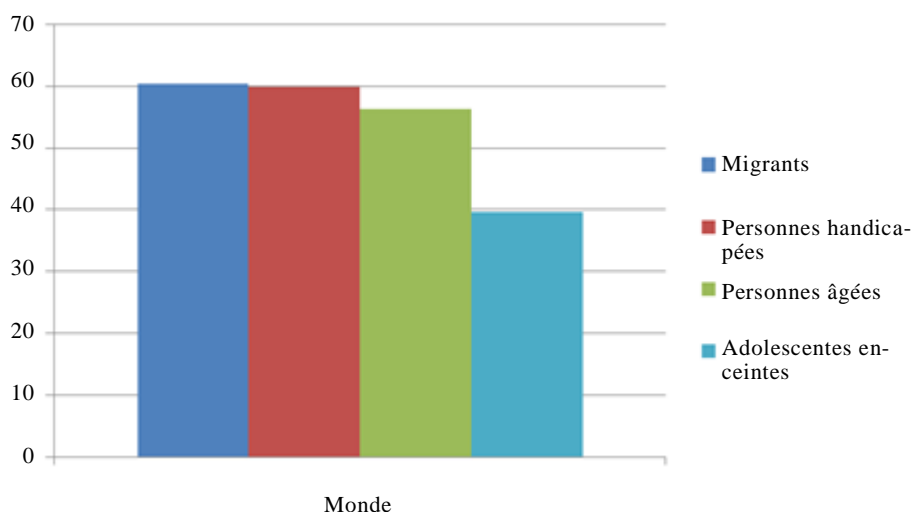
¹⁸¹ K. Hoff et P. Pandey, « Belief systems and durable inequalities: an experimental investigation of Indian caste », Banque mondiale, document de travail et de recherche n° 3351 (Washington, juin 2004); K. Hoff et P. Pandey, « Making up people: the effect of identity on preferences and performance in a modernizing society », Banque mondiale, document de travail et de recherche n° 6223 (Washington, octobre 2012).

et en Amérique (70 %), qu'en Europe (59 %), en Afrique (56 %) et en Océanie (20 %). Quant aux restrictions juridiques et pratiques à la circulation des personnes à l'intérieur d'un pays, y compris l'obligation d'avoir un permis de travail, une pièce d'identité, une preuve d'emploi ou une adresse officielle à destination, de divulguer sa séropositivité ou, pour les femmes, d'avoir l'autorisation du conjoint ou du tuteur légal, seuls quatre pays ont évoqué l'existence de restrictions juridiques (2 en Asie et 2 en Afrique), quatre autres ont mentionné des restrictions pratiques (2 en Asie et 2 en Afrique) et neuf ont fait part de restrictions à la fois juridiques et pratiques (3 en Afrique, 3 en Asie, 2 en Amérique et 1 en Océanie).

284. Malheureusement, seulement 40 % des pays ont cherché, ces cinq dernières années, à « aider les adolescentes à terminer leurs études scolaires en cas de grossesse »; en effet, cette forme de discrimination coûte particulièrement cher à la société, étant donné le jeune âge des intéressées et l'importance que revête leur éducation, non seulement pour leur avenir mais aussi pour le bien-être de leur enfant. Cette proportion n'est que de 29 % dans les pays d'Europe et 21 % en Asie, tandis qu'elle atteint jusqu'à 67 % en Amérique, ce qui peut être dû au fait que la région de l'Amérique latine et des Caraïbes vient au deuxième rang mondial pour le nombre de grossesses chez les adolescentes.

Figure 17

Pourcentage de gouvernements qui luttent contre la discrimination visant les migrants, les personnes handicapées, les personnes âgées et les adolescentes enceintes



Source : Enquête mondiale sur l'application du Programme d'action de la CIPD au-delà de 2014.

Note : Les déclarations faites par les gouvernements dans le cadre de l'enquête mondiale ne sont pas nécessairement un indicateur exact de la mesure dans laquelle les lois qu'ils évoquent sont respectées ou appliquées.

285. **Pour éliminer la discrimination, garantir l'égalité et assurer la réalisation du potentiel humain de tous les groupes de population, les États doivent prendre des mesures de grande envergure qui tiennent compte des multiples**

formes d'inégalité, de marginalisation et d'exclusion, qui sont souvent liées entre elles, en réaffirmant leur engagement en faveur de l'égalité et contre la discrimination, sans aucune distinction, pour tous les citoyens dans l'exercice de leurs droits sociaux, culturels, économiques, civils et politiques, y compris le droit d'avoir un emploi rémunéré, un domicile fixe et accès aux services, mais aussi adopter et faire appliquer les lois nécessaires pour protéger activement leur population contre la discrimination, la stigmatisation et la violence.

286. Les États devraient adapter leur cadre juridique en conséquence et formuler les politiques nécessaires avec la pleine participation des victimes de la discrimination, y compris les femmes, les adolescents, les personnes âgées ou handicapées, les populations autochtones, les minorités ethniques et raciales, les migrants, les personnes d'orientation et d'identité sexuelles diverses, celles vivant avec le VIH et les travailleurs du sexe, avec la contribution de la société civile tout au long de la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de ces politiques.

I. Dignité et droits fondamentaux : mesures à prendre dans les domaines clefs

- 1. En dépit des progrès importants qui ont été accomplis sur la voie de la réduction de la pauvreté et de la croissance économique depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, les inégalités économiques se sont accentuées et entravent la poursuite des progrès pour parvenir au développement durable, et ce n'est que par la lutte contre la pauvreté et par la promotion de moyens de subsistance équitables qu'il sera possible d'y remédier**

287. Bien qu'on ait assisté ces 20 dernières années à une réduction marquée de la pauvreté, on compte encore 1,2 milliard de personnes qui vivent dans le dénuement le plus extrême, dont les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits et qui n'ont pas accès à un emploi décent, à la protection sociale ou aux services publics dans les domaines de la santé et de l'enseignement. Il doit être mis fin au plus tôt aux inégalités économiques actuelles, qui font que près de 70 % des adultes ne possèdent que 3 % des richesses mondiales, car elles compromettent la croissance économique, affaiblissent la cohésion et la sûreté des sociétés, et sapent la capacité des personnes à innover et à s'adapter à l'évolution des conditions environnementales. Le principal message formulé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 – à savoir que le fait de permettre à chacun de jouir de ses droits individuels et de ses capacités est au cœur du développement durable – est encore plus d'actualité aujourd'hui car il est largement établi que l'instauration d'une égalité réelle entre toutes les personnes contribue au développement à long-terme et au bien-être de la population.

- 2. L'autonomisation des femmes et des filles et l'égalité des sexes sont au point mort, ce qui signifie que davantage doit être fait pour permettre aux femmes de jouer un rôle de premier plan dans les affaires publiques, garantir l'égalité de droit et de fait entre les sexes, éliminer toutes les formes de violence et donner aux femmes les moyens d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative**

288. Les femmes subissent des discriminations dans toutes les sociétés, et continuent encore aujourd'hui d'être moins libres que les hommes pour décider de l'orientation à donner à leur vie, exercer leurs droits fondamentaux, développer leurs compétences et poursuivre la voie qu'elles se sont choisies pour contribuer à la société. En dépit des avancées qui ont été faites sur le plan législatif, des pratiques préjudiciables telles que le mariage des enfants, le mariage précoce, le mariage forcé et les mutilations génitales féminines/excisions demeurent répandues dans de nombreux pays. En outre, malgré les progrès qui ont été réalisés en matière d'universalisation de l'enseignement primaire, un nombre disproportionné d'adolescentes n'a pas accès à l'enseignement secondaire du premier ou second cycle. Sur le marché du travail, les femmes continuent, à travail égal, d'être moins bien rémunérées que les hommes et sont nettement surreprésentées dans les emplois précaires et informels, qui offrent moins de sécurité et d'avantages sociaux. De plus, les femmes et les filles assument une part disproportionnée du travail domestique non rémunéré. Les femmes restent fortement sous-représentées aux postes de responsabilité, que ce soit sur la scène politique, dans le monde des affaires ou au sein de la vie publique.

289. La violence à l'égard des femmes et des filles continue d'être l'une des formes de violation des droits fondamentaux les plus répandues dans le monde, et celles qui la subissent vivent dans des conditions d'insécurité extrême et souffrent de séquelles indélébiles. Ces 10 dernières années, des organismes des Nations Unies et des chercheurs ont fait des progrès considérables en matière de mesure de la violence et réussi à montrer à quel point la violence sexuelle et conjugale commençait tôt et était répandue, touchant une femme sur trois. Il importe que les pays, agissant au niveau national ou international, prêtent tout leur concours à ces efforts, afin de renforcer les contrôles de routine et d'élargir l'étude de la question à des aspects importants qui n'ont pas été pris en compte, tels que le nombre de personnes qui vivent dans des conditions de peur permanente, la violence dans les écoles, dans les prisons et à l'armée, l'origine de la violence, et l'efficacité des interventions et des lois et des dispositifs visant à protéger et réhabiliter les victimes ou les survivants.

3. Des ressources importantes doivent être consacrées au développement des capacités des enfants, des adolescents et des jeunes, de manière à ce que chacun d'entre eux bénéficie, quelles que soient les circonstances, d'un enseignement élémentaire, primaire et secondaire de qualité, et d'une éducation sexuelle approfondie et holistique qui corresponde à leur stade de développement, et puisse passer de manière rapide, sûre et productive de l'école à la vie active et à l'âge adulte

290. Les adolescents et les jeunes sont au cœur du programme de développement des pays en développement pour les 20 prochaines années car plus de 25 % de la population totale est en âge de produire et de procréer, ce qui est un sommet historique. Ces multitudes peuvent (à condition qu'elles aient accès à un enseignement de qualité et soient libres de définir leur avenir, d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative et de repousser l'âge auquel elles fonderont une famille) relancer la croissance économique et produire les innovations indispensables à un avenir durable. Il est urgent de protéger les droits des jeunes et de consacrer des ressources au développement de leur capital humain, notamment en leur permettant de suivre un enseignement et des formations de qualité liés aux

secteurs de l'économie en pleine croissance, de bénéficier de services, d'une éducation et d'informations en matière de santé sexuelle et procréative et de participer à la conception et l'évaluation des programmes qui leur sont destinés.

4. Tout doit être fait pour mettre fin à la discrimination et à la marginalisation, et pour promouvoir une culture de respect mutuel

291. De nombreux individus et groupes continuent d'être victimes de discriminations en raison de leur identité ou des circonstances. La discrimination a un coût social élevé et il est de plus en plus largement établi que la stigmatisation et la discrimination ont des répercussions négatives sur tous les aspects de la vie des personnes touchées, y compris sur la santé physique et mentale, la grossesse et la productivité. Les études d'opinion sont un puissant instrument de sensibilisation car elles permettent de déterminer où la stigmatisation et la discrimination sont les plus présentes, partant où les individus sont les plus exposés. Concernant les actes de discrimination officielle à l'égard des femmes et d'intolérance envers les minorités ethniques ou raciales, les immigrants, les travailleurs étrangers et les personnes vivant avec le HIV, le présent rapport met en évidence les différences qui existent entre les pays et ceux où la tendance est à l'amélioration. L'Équipe spéciale des Nations Unies chargée du programme de développement pour l'après-2015 a souligné l'importance des données d'opinion publique sur les attitudes et recommandé le suivi régulier, à l'aide de statistiques nationales, des valeurs sociales relatives au sexisme, à l'âgisme, au racisme et aux autres formes de discrimination. La protection des droits de l'homme de tous est cruciale et exige l'instauration d'un environnement porteur où il est possible de jouir de son autonomie et de sa liberté de choix et où tous les individus, en particulier les femmes, les adolescents et ceux qui font partie des groupes marginalisés, peuvent faire valoir leurs droits fondamentaux.

III. Santé

« Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière sexualité et de procréation. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition, ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. »

(Programme d'action, par. 7.3)

« Il s'agit [dans le secteur des soins de santé primaires et des soins de santé] :

- a) d'accroître pour tous le nombre des services et des équipements sanitaires en le 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;
- b) d'améliorer, pour tous, les chances de vivre plus longtemps en bonne santé

et la qualité de la vie, et de réduire les disparités d'espérance de vie d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. »
(Programme d'action, par. 8.3)

« La mise en œuvre des principaux éléments du Programme d'action doit être étroitement liée au renforcement plus général des systèmes de santé. »
(Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe, par. 85)

292. Les changements survenus dans la santé de la population mondiale au cours des 20 dernières années sont frappants à deux égards : d'une part, la charge que représentaient les maladies transmissibles pour les systèmes de santé mondiaux s'est déplacée de manière spectaculaire vers les maladies non transmissibles et les traumatismes, ce qui est dû en partie au vieillissement de la population mondiale, et, d'autre part, on note une persistance des maladies transmissibles et des affections maternelles, nutritionnelles et néonatales (souvent appelées « maladies de la pauvreté ») en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Le renforcement de la qualité et de l'accessibilité des services de santé sexuelle et procréative depuis 1994 a entraîné des progrès notables mesurés par de nombreux indicateurs sanitaires dans ce domaine, témoignant de la volonté plus affirmée des gouvernements de mettre en place des politiques générales et des programmes et d'allouer des crédits pour un grand nombre des objectifs les plus pressants dans ce secteur. Toutefois, les améliorations prises dans leur ensemble masquent des inégalités importantes, tant à l'intérieur d'un même pays que d'un pays à l'autre, beaucoup trop nombreux étant les pays qui affichent des progrès parmi les ménages appartenant au quintile le plus riche, tandis que la progression est nulle ou marginale parmi les ménages pauvres. La persistance de la faiblesse des résultats en matière de santé sexuelle et procréative chez les pauvres, en particulier en Afrique et en Asie du Sud, souligne la quasi-impossibilité de progresser davantage dans le domaine de la santé pour tous les groupes de population si une attention soutenue n'est pas portée au renforcement de la portée, de l'étendue et de la qualité des systèmes de santé. Le nombre et la répartition des agents sanitaires qualifiés, vibrant secteur du savoir, et les systèmes de contrôle public figurent parmi les éléments indispensables d'un système de santé fondé sur les droits et jouent un rôle crucial pour préserver les acquis en matière de santé sexuelle et procréative. La présente section thématique salue les progrès réalisés concernant de nombreux résultats en la matière depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, mais souligne la fragilité persistante des systèmes de santé pour les populations pauvres et le droit non réalisé à la santé sexuelle et procréative.

A. Une conception de la santé fondée sur les droits de l'homme

293. De nombreux organismes des Nations Unies et organisations de développement bilatérales ont défini une conception de la santé fondée sur les droits de l'homme comme visant à l'exercice du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, sur la base d'« un cadre conceptuel [...] qui est, sous l'angle normatif, fondé

sur les normes internationales en matière des droits de l'homme et, sous l'angle opérationnel, axé sur la promotion et la protection des droits de l'homme »¹⁸².

294. L'OMS a proposé une conception de la santé fondée sur les droits de l'homme s'appuyant sur sept principes clefs : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des équipements et des services, participation, égalité et non-discrimination, et responsabilité¹⁸³. Par ailleurs, le Conseil des droits de l'homme, dans sa résolution 18/2 sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables, a reconnu qu'une approche fondée sur les droits de l'homme en vue d'éliminer la mortalité et la morbidité maternelles évitables est une démarche qui repose entre autres sur les principes suivants : responsabilisation, participation, transparence, autonomisation, viabilité, non-discrimination et coopération internationale. Comme ces principes ont été énoncés dans le Programme d'action, l'examen opérationnel a permis d'examiner la question de savoir si les acquis obtenus depuis 1994 dans le domaine de la santé, en particulier la prestation de services et les déterminants sociaux sous-jacents affectant la santé sexuelle et procréative des femmes et des filles, reflétaient l'expansion et le renforcement d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme.

B. Survie de l'enfant

295. Des progrès substantiels ont été enregistrés depuis 1990 concernant la survie des enfants. Le taux de mortalité des moins de 5 ans est passé de 90 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 48 décès en 2012 à l'échelle mondiale. Toutes les régions ont fait des progrès importants, nombre d'entre elles de 50 % ou plus. Les pays d'Afrique subsaharienne ont le taux de mortalité infantile le plus élevé (98 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012) et concentrent de plus en plus la majeure partie de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans (près de la moitié à l'échelle mondiale). L'Asie du Sud elle aussi continue d'enregistrer un taux de mortalité élevé parmi les enfants de moins de 5 ans (58 décès pour 1 000 naissances vivantes) et un nombre total de décès important (près d'un tiers des décès des moins de 5 ans à l'échelle mondiale)¹⁸⁴.

296. Dans toutes les régions du monde et à tous les niveaux de revenus, les pays réussissent à sauver un nombre croissant de vies d'enfants. Si les pays à faible revenu ont généralement les taux de mortalité des moins de 5 ans les plus élevés, une diminution importante de la mortalité postinfantile a été observée récemment dans plusieurs pays à faible revenu : le Bangladesh, le Cambodge, l'Érythrée, l'Éthiopie, la Guinée, le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Mozambique, le Népal, le Niger, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda¹⁸⁵.

¹⁸² Concept d'une approche fondée sur les droits de l'homme adopté par le Fonds des Nations Unies pour la population [voir FNUAP – *A Human-Rights Based Approach to Programming: Practical Implementation Manual and Training Materials* (2010)].

¹⁸³ F. Bustreo and others, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013), p. 13.

¹⁸⁴ United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013 – Estimates developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation* (New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2013).

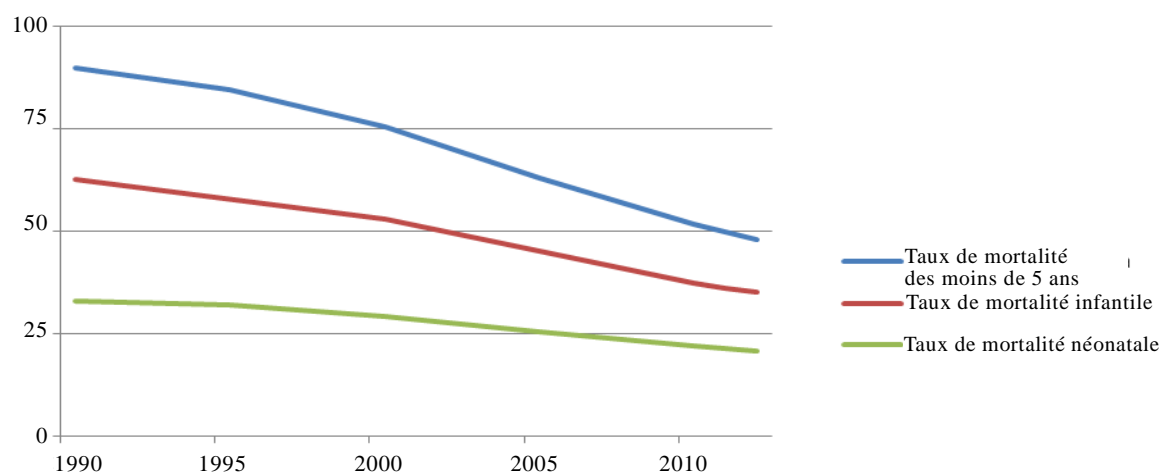
¹⁸⁵ UNICEF, *S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée – rapport intérimaire 2013* (New York, 2013).

297. Le pourcentage de décès néonataux parmi la totalité des décès d'enfants de moins de 5 ans est en augmentation, car la baisse des taux de mortalité parmi les nouveau-nés a été plus lente que pour les enfants plus âgés dans toutes les régions (voir fig. 18)¹⁸⁴. La survie néonatale dépend en majeure partie de la santé générale de la mère et de la continuité des soins cliniques qu'elle reçoit pendant la période de préconception, la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale. Afin d'améliorer la survie néonatale, les femmes doivent avoir accès à une bonne nutrition avant, pendant et après la grossesse; à des services de prévention et de traitement du paludisme pendant la grossesse, de dépistage et de traitement de la syphilis; à un soutien pour la gestion de complications à la naissance; à un traitement approprié des infections néonatales; et à un soutien de routine pendant toute la période néonatale¹⁸⁶. En 2012, 34 % des décès néonataux ont été causés par des complications liées à la naissance avant terme et 25 % étaient dus à la septicémie et à la méningite (12 %), à la pneumonie (10 %) ou à la diarrhée (2 %)¹⁸⁴.

Figure 18

Taux de mortalité des moins de 5 ans et taux de mortalité infantile et néonatal, à l'échelle mondiale, 1990-2010

(Pour 1 000 naissances vivantes)



Source : Childinfo database.

298. En 2012, les décès néonataux représentaient 44 % des décès d'enfants de moins de 5 ans à l'échelle mondiale¹⁸⁴. L'Afrique subsaharienne maintient le taux de mortalité néonatale le plus élevé (32 décès pour 1 000 naissances vivantes) et représente 38 % de la totalité des décès néonataux¹⁸⁴. La région a enregistré également le taux de mortalité maternelle le plus élevé (500 décès maternels pour 10 000 naissances vivantes), soulignant le lien étroit entre la survie maternelle et néonatale¹⁸⁷. Les décès néonataux dans la région représentent un pourcentage plus

¹⁸⁶ United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*; UNICEF, *S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée*.

¹⁸⁷ OMS et al., *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2010* (voir note 6 plus haut).

faible de l'ensemble des décès d'enfants (34 %) en raison des taux de mortalité encore élevés des enfants plus âgés dans les pays d'Afrique subsaharienne¹⁸⁴.

299. Une proportion importante des décès d'enfants de moins de 5 ans est due à des causes évitables et à des maladies traitables¹⁸⁴. Bien qu'en déclin, les maladies et pathologies infectieuses sont encore à l'origine de près des deux tiers du nombre total de décès d'enfants de moins de 5 ans à l'échelle mondiale. La pneumonie et la diarrhée, suivies par le paludisme, demeurent les causes principales des décès d'enfants et représentent 17 %, 9 % et 7 %, respectivement, de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans¹⁸⁸.

300. Les enfants risquent davantage de décéder avant l'âge de 5 ans s'ils sont nés dans des zones rurales, des ménages pauvres ou si leur mère n'a pas eu une éducation de base¹⁸⁵. En 2012, on a estimé qu'au niveau mondial, environ 45 % des décès d'enfants de moins de 5 ans étaient liés à la sous-alimentation¹⁸⁴.

301. Toutefois, certaines de ces disparités sont en diminution. Par exemple, il ressort des données disponibles dans certains pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Amérique latine que la mortalité néonatale, postnatale et infantile a baissé entre les années 90 et le début des années 2000, tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines, y compris dans les bidonvilles, la baisse la plus importante ayant été observée dans les zones rurales. Les taux de mortalité des moins de 5 ans ont également baissé à la fois dans les ménages pauvres et les ménages aisés, et les disparités dans les taux de mortalité des moins de 5 ans entre les ménages les plus riches et les plus pauvres ont diminué dans la plupart des régions du monde, à l'exception de l'Afrique subsaharienne, où les disparités dans ces taux de mortalité par quintile de richesse des ménages ont légèrement augmenté¹⁸⁵.

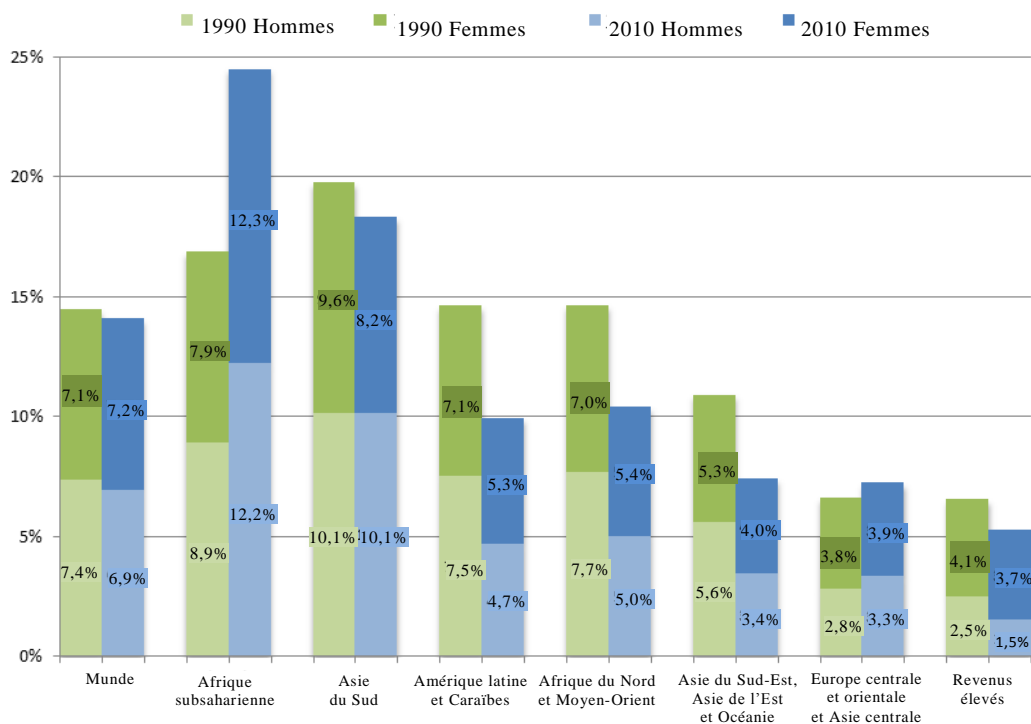
C. Santé et droits en matière de sexualité et de procréation

302. En 1990, la santé sexuelle et procréative représentait 14,4 % de la charge mondiale de morbidité – soit 14 % de toutes les années de vie corrigées du facteur incapacité qui sont perdues, pourcentage pratiquement inchangé en 2010¹⁸⁹. Cette charge a diminué dans la plupart des régions – mais elle a nettement augmenté en Afrique (voir fig. 20), reflétant en grande partie la charge supplémentaire du VIH/sida depuis 1990. Elle demeure la plus élevée en Afrique et en Asie du Sud, et le retard pris par ces deux régions par rapport aux autres, s'agissant d'assumer la charge des conditions sanitaires en matière sexuelle et procréative, était plus important en 2010 qu'en 1990.

¹⁸⁸ Voir UNICEF, Childinfo database (www.childinfo.org/mortality_underfive.php).

¹⁸⁹ L'année de vie corrigée du facteur incapacité demeure la seule mesure qui permet d'estimer – avec une confiance raisonnable – la charge relative de la santé sexuelle et procréative en tant que pourcentage de la charge globale de morbidité, par sexe et par région.

Figure 19
Total des années de vie corrigées du facteur incapacité attribuées à la situation sanitaire en matière sexuelle et procréative parmi les hommes et les femmes (de tous âges) à l'échelle mondiale et par région, 1990-2010



Source : OMS, charge globale de morbidité – base de données, 2013.

303. On note un changement important dans la composition de la charge sanitaire en matière sexuelle et procréative au cours des 20 dernières années, avec une diminution des années de vie corrigées du facteur incapacité qui ont été perdues du fait de pathologies périnatales, de la syphilis et de la mortalité maternelle depuis 1990, et compensées par une augmentation des années de vie corrigées du facteur incapacité perdues en raison du VIH/sida en 2010.

304. Les gains obtenus dans le domaine de la santé maternelle et d'autres aspects de la santé et des droits en matière de santé sexuelle et procréative au cours des 20 dernières années reflètent les avancées enregistrées dans de nombreux objectifs du Programme d'action; on mentionnera à ce sujet les progrès techniques relatifs à l'accouchement, à l'accès à la contraception, permettant d'éviter les grossesses non désirées, et les facteurs directs, comme les progrès accomplis dans les domaines de l'éducation et de l'autonomisation sociale, juridique et politique des femmes. Si de nombreux droits en matière de santé sexuelle et procréative ne sont toujours pas réalisés, les gains soulignent néanmoins la réorientation radicale des programmes de développement qui s'est opérée lors de la Conférence internationale sur la population et le développement.

1. Une histoire troublée

305. Une partie importante des investissements effectués dans le secteur de la santé sexuelle et procréative au cours des deux décennies qui ont précédé 1994 avait été affectée à la maîtrise de la croissance démographique et aux innovations contraceptives. Ces investissements avaient entraîné une expansion sans précédent des nouveaux produits contraceptifs, dont les variations font maintenant partie du marché des méthodes contraceptives modernes; on mentionnera les contraceptifs injectables Depo-Provera, Cyclofem et Mesigyna, les contraceptifs oraux combinés à faible dose et les préparations de progestérone microdosées, les dispositifs intra-utérins améliorés libérant du cuivre et des stéroïdes, un système d'implants entièrement nouveau et le préservatif féminin. Les injections combinées pour les hommes étaient encore en phase initiale de développement en 1994 et un vaccin contraceptif se heurtait à des obstacles scientifiques et à la résistance des associations féminines dans une mesure pratiquement égale.

306. En 1994, le climat politique était caractérisé par la profonde méfiance des associations féminines à l'égard des organismes, sociétés privées et gouvernements qui mettaient au point et évaluaient ces nouvelles méthodes contraceptives, de même que des entités qui fournissaient des moyens contraceptifs et des services connexes aux femmes. Le fait que c'était les fournisseurs qui contrôlaient de nombreux nouveaux produits renforçait les possibilités de coercition et de contrôle involontaire de la fécondité, et les associations féminines ont appris à échanger des informations à l'échelle mondiale sur ces violations de leurs droits fondamentaux, dont certaines se produisaient de manière systématique et à l'échelle nationale. Durant la décennie qui a précédé la Conférence internationale, la multiplication des incidents au cours desquels les droits des femmes étaient transgressés par les programmes de planification familiale indiquait une subordination sectorielle de la santé et des droits fondamentaux des femmes aux impératifs du contrôle de la démographie¹⁹⁰.

307. Les litiges au sujet du Norplant, du DMPA (acétate de medroxyprogestérone-dépôt, ayant pour appellation commerciale Depo-Provera) et de la quinacrine illustrent bien la situation. En 1987, le Ministère de la santé d'un pays a lancé une campagne en faveur du Norplant qui est devenue le programme d'implants contraceptifs le plus important du monde. La première année, il y a eu 145 826 nouvelles utilisatrices et le nombre d'insertions est passé à 398 059 en 1989-1990. En 1997, environ 4 millions de femmes dans le pays s'étaient fait insérer les six bâtonnets de Norplant, 62 % des insertions ayant été faites par des dispensaires itinérants. Toutefois, ce programme ambitieux était davantage centré sur les insertions que sur le suivi, ne prévoyant pas le personnel et la formation nécessaires pour le retrait des implants. Trop fréquemment, les femmes devaient demander à maintes reprises le retrait de ces implants avant qu'on s'occupe d'elles, et un grand nombre d'entre elles, souffrant d'effets secondaires dont elles n'avaient pas été

¹⁹⁰ Hartman, *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control* (Boston, South End Press, 1995), chap. 6; C. Garcia-Moreno et A. Claro, « Challenges from the Women's Health movement: women's rights versus population control » in *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, G. Sen, A. Germaine et L. C. Chen, éd. (Cambridge, Harvard University Press), 1994, p. 47 à 62.

informées, ont dû payer pour le retrait prématuré de l'implant alors que l'insertion était gratuite et fortement subventionnée¹⁹¹.

308. L'approbation très tardive par la Food and Drug Administration des États-Unis du contraceptif par injection trimestrielle Depo-Provera montrait le peu de cas qui était fait au niveau institutionnel de la santé, de la sécurité et des droits procréatifs des femmes pauvres, en l'occurrence, durant l'essai clinique du DMPA au Gray Medical Center d'Atlanta, Géorgie, entre 1968 et 1979. La commercialisation du DMPA était autorisée dans un nombre croissant de pays à l'échelle mondiale mais les essais effectués par la Food and Drug Administration s'appuyaient sur des données cliniques portant sur 14 000 femmes, principalement afro-américaines rurales à faible revenu¹⁹². Lorsqu'elles ont été analysées par l'Administration, les données sur les essais ont montré que les cliniciens responsables avaient commis des fautes graves, notamment en recrutant, sans leur avoir donné des informations suffisantes, des femmes qui présentaient des contre-indications médicales (par exemple, cancer, diabète de type 2; obésité, hypertension) et fait apparaître des incohérences dans les données, plus de la moitié des femmes ayant été perdues de vue. L'Administration a refusé par trois fois de donner son autorisation (1967, 1978 et 1983). En 1991, l'OMS a effectué une étude répondant aux préoccupations en matière d'innocuité et, en 1992, la Food and Drug Administration a approuvé le DMPA¹⁹³.

309. Dans le cas de la quinacrine, la polémique était transnationale. Les implants d'hydrochlorure de quinacrine insérés dans le vagin se dissolvent en liquide, brûlant et scarifiant les trompes filoniennes et entraînant une stérilisation permanente. Bien que les organisations de planification familiale et les organismes gouvernementaux importants, y compris l'OMS, soient opposés à l'utilisation de la quinacrine à des fins de stérilisation, la méthode avait été utilisée sur plus de 104 410 femmes en 2001, par le biais d'un réseau mobilisé par deux médecins. Le médicament n'avait pas fait l'objet d'essais autorisés pour déterminer les effets secondaires à long terme ou les effets possibles sur les fœtus. Les États-Unis ont ordonné qu'il soit mis fin à sa production et à son exportation en 1998 et le produit est interdit en Inde et au Chili¹⁹⁴.

¹⁹¹ Ninuk Widyantora, « The Story of NorplantR implants in Indonesia », *Reproductive Health Matters*, vol. 2, n° 3 (mai 1994) p. 20 à 28; J. Tuladhar, P. J. Donaldson et J. Noble, « The introduction and use of Norplant implants in Indonesia », *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 3 (septembre 1998), p. 291 à 299; J. Bereiter, « Controversial contraception », (book review), *Danadian Family Physician*, vol. 41 (novembre 1995), p. 1967 à 1969; A. A. Fisher *et al.*, « An assessment of NorplantR Removal in Indonesia », *Studies in Family Planning*, vol. 28, n° 4 (décembre 1997), p. 308 à 316.

¹⁹² A. L. Nelson, « DMPA: battered and bruised but still needed and used in the USA », *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, vol. 5, n° 6 (2010), p. 673 à 686; K. Hawkins et J. Elliott, « Seeking approval », *Albion Monitor*, 5 Mai 1996; P. F. Harrison et A. Rosenfield, éd., *Contraceptive Research and Development: Looking to the Future* (Washington, National Academy Press, 1996), p. 297; Committee on Women, Population and the Environment, « Depo Provera fact sheet », 6 janvier 2007; disponible à l'adresse suivante: <http://cwpe.org/node/185> (lien vérifié le 14 août 2013); T. W. Volscho, « Racism and disparities in women's use of the Depo-Provera injection in the contemporary USA », *Critical Sociology*, vol. 37, n° 5 (2011), p. 673 à 688.

¹⁹³ Hawkins et Elliott « Seeking approval ».

¹⁹⁴ J. A. M. Scully, « Maternal mortality, population control, and the war in women's wombs: a bioethical analysis of quinacrine sterilizations », *Wisconsin International Law Journal*, vol. 19,

310. La mobilisation politique des groupes de défense des droits des femmes, face à de tels cas, a accru les demandes en vue d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme et renforcé les acquis de la Conférence internationale à ce sujet; elle a modifié les critères permettant d'évaluer les innovations technologiques et de services et de leur affecter ou non des investissements. De nombreux organismes s'occupant des questions de population et de développement, notamment l'OMS, le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (aujourd'hui Département Santé et recherche génésiques), et le FNUAP, ont établi des groupes consultatifs sur les questions d'égalité des sexes, afin de veiller à ce que les priorités et les investissements futurs soient centrés sur les femmes et répondent à des critères plus rigoureux sur les effets secondaires, le contrôle des usagers et la réversibilité. L'OMS a établi des dialogues au niveau des régions, réunissant des défenseurs de la santé procréative des femmes, des activistes, des scientifiques, des ministres et des responsables en matière de planification familiale en vue d'établir un terrain d'entente et d'élaborer un accord de collaboration sur les priorités des programmes de planification familiale. L'organisation a également mis en place une équipe spéciale chargée d'appuyer un processus plus participatif pour la sélection des combinaisons de méthodes contraceptives dans les pays¹⁹⁵.

311. Ces nouveaux mécanismes, qui associent les défenseurs de la santé des femmes et autres organisations de la société civile à la gouvernance de la planification familiale, tant aux niveaux national que mondial, ont profondément modifié les portefeuilles de recherche-développement, contribué à augmenter les investissements dans les technologies et programmes centrés sur les femmes et à réduire ceux qui portaient sur des technologies considérées comme potentiellement risquées pour la santé des femmes et le contrôle des usagers, comme le vaccin contraceptif.

2. Droits liés à la procréation

312. L'histoire troublée des violations des droits de l'homme qui a abouti à la Conférence internationale sur la population et le développement, a contribué à faire en sorte qu'une importance décisive soit accordée aux droits de la procréation dans le Programme d'action.

313. Depuis la Conférence internationale, les pays ont progressé dans l'adoption et l'application de lois nationales répondant aux domaines prioritaires liés à la santé et aux droits en matière sexuelle et procréative identifiés lors de la Conférence. Bien qu'il existe encore des problèmes dans l'accès à la santé procréative et en ce qui concerne la responsabilité des gouvernements, s'agissant notamment du recours à la

n° 2 (2001); C. Pies, M. Potts et B. Young, « Quinacrine pellets: an examination of nonsurgical sterilization », *International Family Planning Perspectives*, vol. 20, n° 4 (1994); R. Bhatia et A. Hendrixson, « Quinacrine controversy », *Women's Health Activist Newsletter*, mai/juin 1999.

¹⁹⁵ « Creating common ground in the Eastern Mediterranean region: women's needs and gender perspectives in reproductive health in the Eastern Mediterranean region », report of an intercountry meeting between women's health advocates, researchers, service providers and policymakers, tenu à Casablanca du 10 au 13 novembre 1997 (World Health Organization, Document WHO/FRH/WOM/98.2); « Creating common ground in Asia: women's perspectives on the selection and introduction of fertility regulation technologies », report of a meeting between women's health advocates, researchers, providers and policymakers, tenu à Manille du 5 au 8 octobre 1992 (World Health Organization, document WHO/HRP/WOM/94.1).

justice, ces instruments juridiques servent de base pour le respect, la protection et la garantie des droits liés à la procréation.

314. Dans le domaine de la santé sexuelle et procréative et des droits liés à la procréation, moins des deux tiers des pays (63 %) ont adopté et appliqué une loi protégeant le droit d'atteindre le niveau de santé physique et mentale le plus élevé possible, y compris en matière de santé sexuelle et procréative (Asie : 66 %; Océanie : 62 %; Amériques : 58 %; Afrique : 55 %); ce pourcentage passe à 80 % en Europe.

315. La vaste majorité des gouvernements autorisent l'avortement sur demande ou pour sauver la vie de la femme et pour au moins une autre raison, comme une anomalie fœtale ou pour préserver la santé de la femme. Comme il est reconnu dans les principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action, dans tous les cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, il doit être pratiqué dans des conditions de sécurité [par. 63 iii)]. L'Organisation mondiale de la Santé a toutefois souligné que plus la législation sur l'avortement était restrictive, plus la procédure était dangereuse et risquait d'entraîner le décès¹⁹⁶. Les droits fondamentaux à la vie, à la sécurité de la personne, le droit de n'être pas soumis à des traitements cruels et inhumains, et à ne pas être victime de discrimination, entre autres, impliquent que les restrictions inutiles entravant la procédure d'avortement devraient être levées et que les gouvernements devraient assurer l'accès à des services d'avortement sans risques, à la fois pour protéger la vie des femmes et des filles et pour assurer le respect, la protection et la jouissance des droits fondamentaux, y compris le droit à la santé¹⁹⁷.

316. À l'échelle mondiale, 73 % des pays ont adopté et appliqué des lois garantissant la non-discrimination dans l'accès à des services de santé sexuelle et procréative d'ensemble, y compris les services de prise en charge de l'infection liée au VIH, et un pourcentage analogue (70 %) a adopté et appliqué une loi nationale protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH. Dans ce dernier cas, les pays des Amériques sont plus nombreux à l'avoir fait (76 %) que ceux d'Afrique (72 %), d'Europe (69 %), d'Asie (67 %) et d'Océanie (57 %).

317. Seulement 60 % des pays ont adopté et appliqué une loi nationale protégeant contre la coercition, y compris contre la stérilisation forcée et le mariage forcé; cette proportion est la plus faible dans les Amériques (45 %).

318. Si on calcule un indicateur composite pour les aspects des cinq droits susmentionnés liés à la santé sexuelle et procréative et à la procréation, seulement 32 % des pays ont adopté et appliqué des lois dans tous les cas, bien que ce pourcentage passe à 54 % en Europe.

319. Les mesures prises pour améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé sexuelle et procréative depuis 1994 ont permis d'améliorer sensiblement de nombreux indicateurs de santé sexuelle et procréative, les gouvernements ayant pris

¹⁹⁶ Réunion du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 26 novembre 2010, observations de l'OMS (E/C.12/2010/SR.49, par. 55).

¹⁹⁷ Center for Reproductive Rights, « Whose right to life: women's rights and prenatal protections under human rights and comparative law », 2012; observations finales du Comité contre la torture à la suite de l'examen par le Comité du rapport initial du Nicaragua (CAT/C/NIC/CO/1); et rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (A/66/254)

des mesures énergiques en termes de politique générale, de budget et de mise en œuvre pour certaines des principales vulnérabilités; toutefois, les progrès ont été relativement limités dans d'autres secteurs. La section ci-après met l'accent à la fois sur les domaines où des progrès ont été réalisés et sur les problèmes qui restent à régler pour garantir la santé et les droits en matière sexuelle et procréative.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 12

Droits liés à la procréation

Testes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Le Conseil des droits de l'homme a reconnu le rôle critique de la santé sexuelle et procréative dans le droit à la santé. Dans sa résolution 6/29 sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, (2007), il a encouragé le Rapporteur spécial « à continuer à se soucier de la santé sexuelle et procréative en tant que partie intégrante du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale ».

Dispositions non contraignantes. L'observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (2000), adoptée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, précise le contenu normatif du droit au meilleur état de santé possible. « Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits. Les libertés comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps, y compris le droit à la liberté sexuelle et génésique, ainsi que le droit à l'intégrité, notamment le droit à ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale ». Par ailleurs, la recommandation générale n° 24 sur les femmes et la santé (1999), adoptée par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, décrit les mesures qui devraient être prises pour assurer l'égalité pour toutes les femmes dans l'application du droit à la santé, « affirmant que l'accès aux soins de santé, notamment en matière de reproduction, est un droit fondamental consacré par la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ».

D. Santé et droits en matière de sexualité et de procréation, et promotion de la santé des jeunes tout au long de la vie

320. La génération d'adolescents la plus nombreuse de l'histoire du monde entame maintenant sa vie sexuelle et procréative. L'accès des adolescents aux informations, à l'éducation et aux soins, de même qu'aux services et produits liés à la planification familiale est indispensable à la réalisation des objectifs énoncés dans le Programme d'action. Aux termes du Programme, les pays doivent veiller à ce que les prestataires de soins de santé ne limitent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information et à ce que « ces services protègent le droit des adolescents au

respect de leur vie privée, à la confidentialité, à la dignité et celui de donner leur consentement en connaissance de cause, tout en respectant les valeurs culturelles et les convictions religieuses » (par. 7.45). **Les États devraient examiner toutes ces mesures et supprimer les dispositions juridiques, réglementaires et sociales, qui empêchent de fournir aux adolescents des informations sur la santé en matière de procréation ou des soins dans ce domaine.**

321. La grossesse a des conséquences majeures pour la santé d'une fille. Dans les pays en développement, environ 70 000 adolescentes décèdent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. Neuf sur 10 naissances dont la mère a moins de 18 ans se produisent dans les mariages précoces. Les scientifiques ont constaté que les filles qui sont enceintes avant l'âge de 15 ans dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire courent des risques de décès et de fistule obstétricale deux fois plus élevés que les femmes plus âgées (y compris les adolescentes plus âgées) en particulier dans les pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud. Les nourrissons et les enfants nés de mères adolescentes courent également des risques sanitaires importants : les cas de mortinatalité et de décès néonataux sont 50 % plus élevés parmi les nourrissons nés de mères adolescentes que parmi ceux dont la mère est âgée de 20 à 29 ans. Environ un million d'enfants nés de mères adolescentes n'atteignent pas leur premier anniversaire¹⁹⁸.

322. On dispose d'assez peu de données sur la mesure dans laquelle les jeunes ont accès à des services de qualité mais les mauvais résultats qu'ils obtiennent en matière de santé montrent qu'il existe des lacunes importantes dans la couverture médicale – par exemple, 8,7 millions d'avortements subis par des adolescentes et des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans en 2008¹⁹⁹, et les taux élevés d'infection sexuellement transmissible, y compris le VIH. Un examen opérationnel des données internationales disponibles sur la santé sexuelle et procréative des jeunes (jusqu'à 24 ans) effectué en 2012 soulignait ces nombreux problèmes²⁰⁰. Cette étude mettait également en lumière l'insuffisance de données comparables sur la santé des adolescents, même dans les domaines qui concentrent l'attention des politiques (comme l'infection au VIH et la mortalité maternelle)²⁰¹.

323. Compte tenu des informations dont on dispose, ce sont dans les pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud qu'on trouve les profils sanitaires des adolescents les plus problématiques, y compris les taux de mortalité les plus élevés dus à des causes liées à la maternité et à des maladies infectieuses : le taux de mortalité est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (voir fig. 21). On note des écarts de plus de 1 à 70 dans les taux de mortalité maternelle entre les pays de la région, les taux les plus élevés étant enregistrés chez les 15 à 19 ans au Tchad et les taux les plus faibles en Afrique du Sud²⁰². Les décès dus à des traumatismes augmentent avec l'âge (en comparant les groupes d'âge 10-14 ans, 15-19 ans et 20-24 ans) et dans le groupe d'âge 15-19 ans, les traumatismes représentent plus de 50 % des décès chez les sujets de sexe masculin dans les Amériques et près de 50 % dans

¹⁹⁸ État de la population mondiale, la mère-enfant (voir note de bas de page 98 plus haut).

¹⁹⁹ Shah et Amman, « Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region » (voir note de bas de page 15 plus haut).

²⁰⁰ G. C. Patton *et al.*, « Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data », *The Lancet*, vol. 379, n° 9826 (28 avril 2013), p. 1665 à 1675.

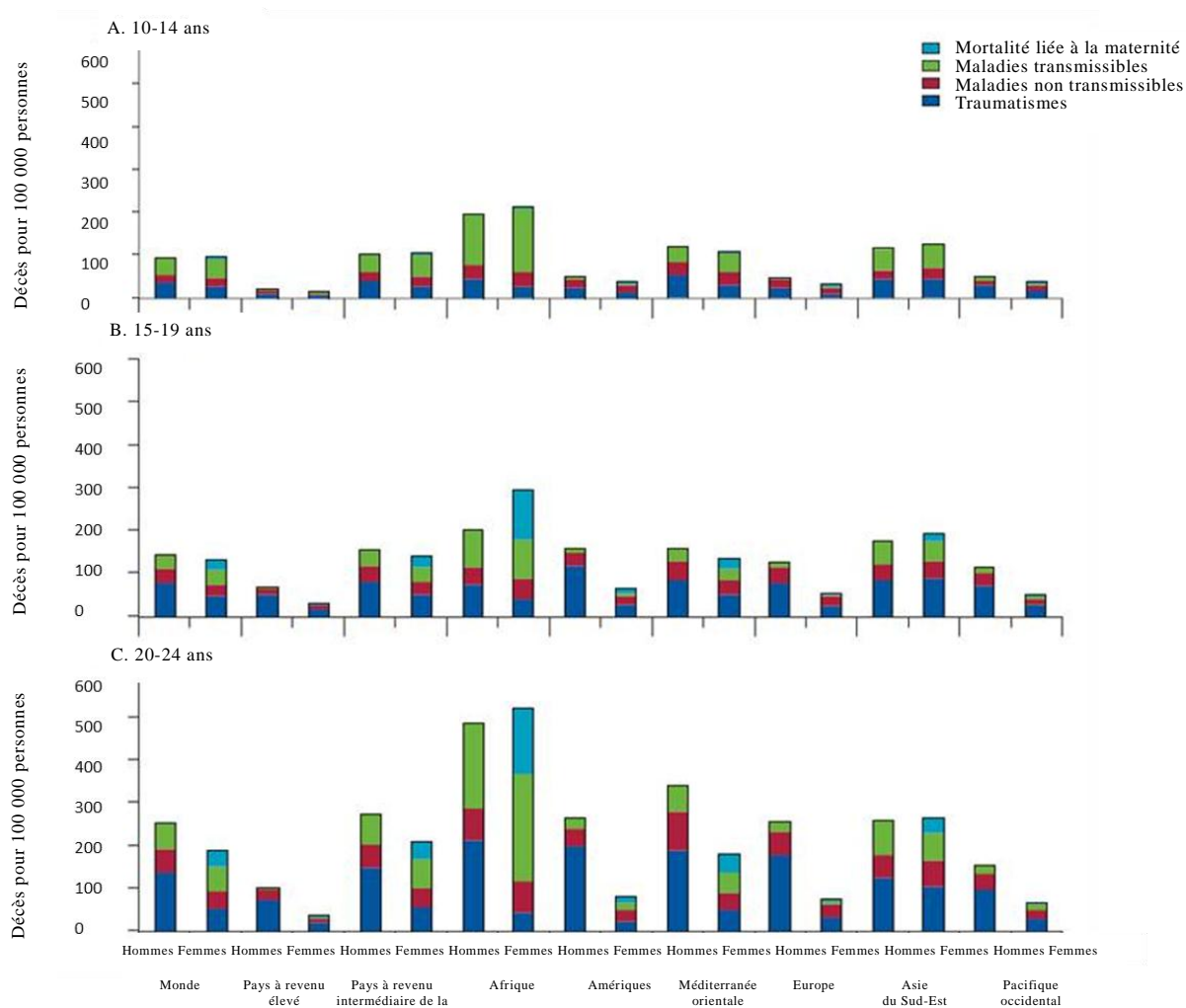
²⁰¹ *Ibid.*, p. 1665.

²⁰² *Ibid.*, p. 1667.

toutes les autres régions (Europe, Méditerranée orientale, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental), à l'exception de l'Afrique.

Figure 20

Mortalité (pour 100 000 personnes) parmi les jeunes due à des causes liées à la maternité, aux maladies transmissibles et non transmissibles et aux traumatismes



Source : G. C. Patton *et al.*, « Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data, *The Lancet*, vol. 374, no 9693 (12 septembre 2009), p. 885.

324. Pour les femmes, l'adolescence et les premières années de l'âge adulte s'accompagnent de besoins aigus en matière de services de santé sexuelle et procréative. Les naissances précoces (avant l'âge de 18 ans) sont étroitement liées au mariage précoce. Le pays dont le taux de mariages précoces (avant 18 ans) est le plus élevé est le Niger, avec 75 %; les taux sont élevés dans tous les pays de l'Afrique subsaharienne. Le Bangladesh a le taux le plus élevé d'Asie du Sud, avec

66 %²⁰³. Seize millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans et 2 millions de filles de moins de 15 ans accouchent chaque année²⁰⁴.

325. Les filles âgées de moins de 15 ans courent cinq fois plus de risques de mourir de causes liées à la maternité que les femmes de plus de 20 ans, et la grossesse et l'accouchement sont les causes principales de décès chez les femmes en âge de procréer en Afrique et en Asie du Sud²⁰⁵.

326. Entre 2001 et 2012, la prévalence du VIH a diminué parmi les jeunes à l'échelle mondiale, tant chez les femmes que chez les hommes²⁰⁶. À travers l'Afrique subsaharienne, région dont la prévalence est la plus élevée, ce taux a baissé de 42 %. De très fortes baisses ont été notées dans tous les pays à revenu faible et intermédiaire. Les variations sont importantes toutefois, avec des augmentations de la prévalence du VIH chez les jeunes hommes en Europe orientale et en Asie centrale; des augmentations ont en outre été notées à la fois pour les jeunes hommes et, dans une moindre mesure, pour les jeunes femmes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord²⁰⁶.

327. Par ailleurs, dans les régions où le VIH est endémique, comme l'Afrique – où résident près des trois quarts des personnes vivant avec le VIH –, les jeunes femmes ont des taux de prévalence plus élevés que les hommes²⁰⁶, en particulier parmi les tranches d'âge les plus jeunes, et les hommes n'accusent pas de niveau de prévalence comparable dans de nombreux pays d'Afrique jusqu'à l'âge de 30 ans ou plus. Ces tendances sont inversées dans les régions où le VIH est principalement transmis par les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ou par l'usage de drogues par voie intraveineuse, où les jeunes hommes courent plus de risques que les jeunes femmes²⁰⁶.

328. Malgré les progrès réalisés, les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentaient en 2009 environ 41 % des nouveaux cas d'infection au VIH à l'échelle mondiale²⁰⁷, d'où l'urgence de renouveler les efforts afin d'assurer la diffusion d'informations ciblées sur la santé sexuelle et procréative, l'éducation et les services connexes informant les jeunes des risques qu'ils courent et leur permettant d'accéder à des préservatifs, à des services de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles et à des services de dépistage et de soins pour le VIH. En ce qui concerne la couverture des données, 29 pays, représentant seulement 29 % de la population adolescente à l'échelle mondiale, collectent des données sur la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans, les données étant principalement collectées dans les pays d'Afrique subsaharienne et certaines parties d'Asie centrale et d'Asie du Sud, et certains pays riches qui ont des taux de VIH relativement plus bas²⁰⁸. Les données sur le VIH concernant les jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans

²⁰³ Ibid., p. 1670.

²⁰⁴ OMS, « La grossesse chez les adolescentes », aide-mémoire n° 364 (mai 2012).

²⁰⁵ FNUAP, « Donner naissance ne doit pas être une question de vie ou de mort » (voir note de bas de page 14 plus haut).

²⁰⁶ ONUSIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*, (voir note de bas de page 16 plus haut).

²⁰⁷ Estimations non publiées extraites du *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*, citées dans ONUSIDA, *Assurer l'avenir aujourd'hui : synthèse des informations stratégiques sur le VIH et les jeunes* (Genève, 2011).

²⁰⁸ Patton *et al.*, « Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data », p. 1667.

sont très limitées, entravant les progrès vers la prévention de nouvelles infections au sein de ce groupe²⁰⁹.

329. Le Rapport d'ONUSIDA de 2013 sur l'épidémie mondiale de sida a également souligné le caractère limité des données sur les taux de connaissance détaillée de la transmission du VIH, les données disponibles ne portant que sur 35 % de la population adolescente à l'échelle mondiale²¹⁰. Les niveaux de connaissance sont faibles dans de nombreux pays où l'épidémie de VIH est généralisée, tombant souvent au-dessous de 50 % de la population adolescente nationale, et aucun pays ne faisait apparaître une connaissance approfondie du VIH parmi plus de 65 % de la population adolescente nationale. On notera que, dans les pays d'Afrique subsaharienne, les femmes avaient un niveau de connaissance plus faible que les hommes, ce qui est préoccupant, compte tenu du risque élevé de VIH parmi les jeunes femmes.

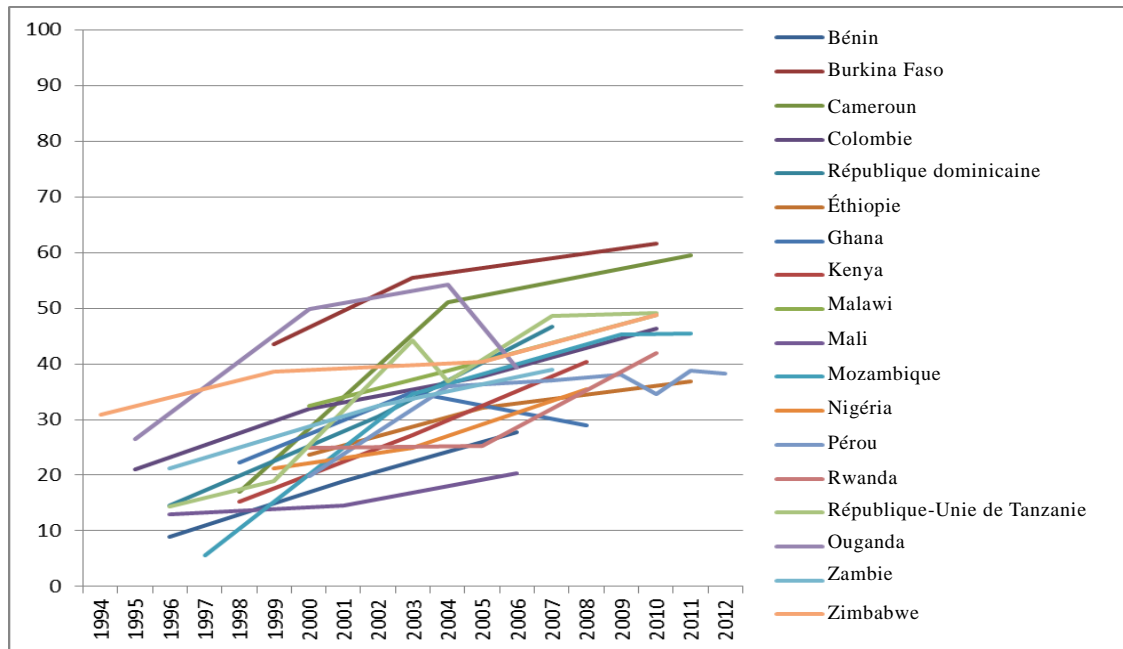
330. Les données des enquêtes démographiques et sanitaires sur les pays ayant eu au moins trois enquêtes depuis 1994 montrent que l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi les jeunes gens et les jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans est en augmentation depuis 1994 dans la plupart des pays; toutefois, l'utilisation de préservatifs par les femmes est généralement plus faible que par les hommes (voir fig. 22 et 23). L'utilisation de préservatifs peut varier suivant le sexe de la personne qui la signale, en raison des différentiels sexuels, s'agissant d'expériences avec des partenaires multiples, et d'une propension à signaler des comportements souhaitables, c'est-à-dire la tendance à la désirabilité sociale. Ces tendances dans l'utilisation de préservatifs contribuent très probablement à la baisse de l'incidence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans qui a été observée au cours de la dernière décennie.

²⁰⁹ ONUSIDA, *Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*, p. 17.

²¹⁰ Ibid., Patton *et al.*, « Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data », p. 1671.

Figure 21
**Tendances dans le pourcentage de femmes non mariées âgées de 15 à 24 ans
 qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel**

(Pays ayant effectué au moins trois enquêtes démographiques et sanitaires ou une enquête sur les indicateurs relatifs au VIH depuis 1994)

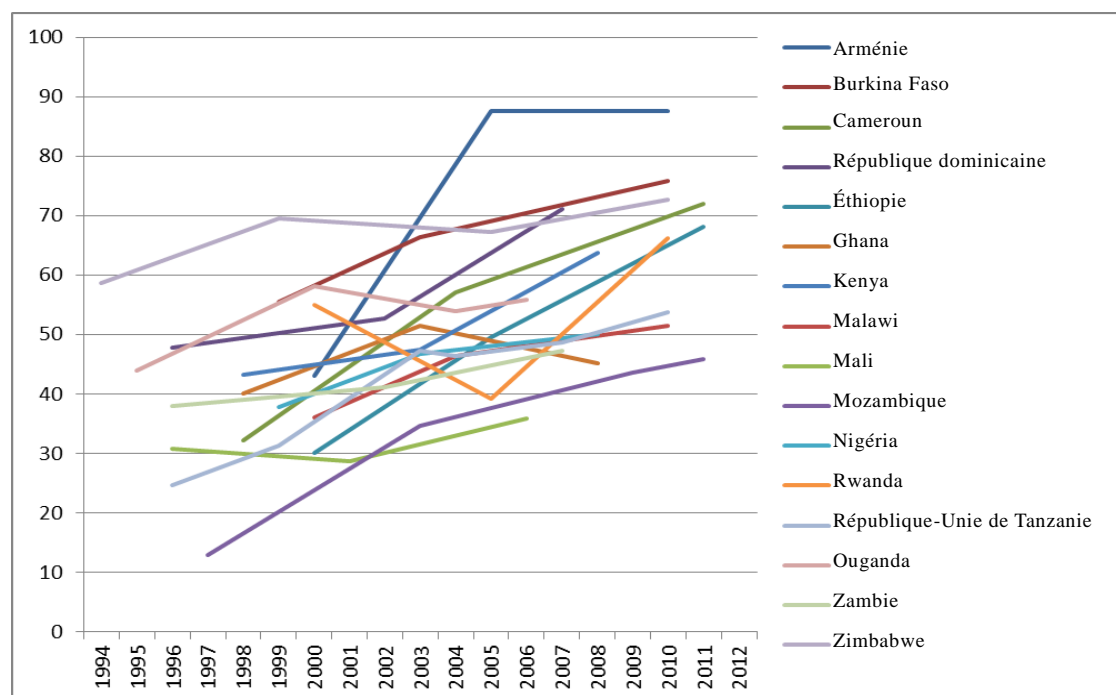


Source : Enquêtes démographiques et sanitaires et enquête sur les indicateurs relatifs au VIH le 28 octobre 2013, disponibles à l'adresse suivante : www.measuredhs.com.

Note : Tous les pays disposant de données pour au moins deux dates.

Figure 22
Tendances dans le pourcentage de jeunes hommes non mariés âgés de 15 à 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel

(Pays ayant effectué au moins trois enquêtes démographiques et sanitaires ou enquêtes sur les indicateurs relatifs au sida depuis 1994)



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires et enquête sur les indicateurs relatifs au sida le 28 octobre 2013; disponibles à l'adresse suivante : www.measuredhs.com.

Note : Tous les pays disposant de données pour au moins deux dates.

Évolution de la situation des droits de l'homme depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 13

Santé des adolescents et des jeunes

Instruments contraignants. La Convention ibéro-américaine relative aux droits des jeunes (2005, entrée en vigueur : 2008) et la Charte africaine de la jeunesse (2006, entrée en vigueur : 2009) contiennent toutes deux des articles sur le droit des jeunes à la santé. La Charte encourage les jeunes à participer à la santé, contraignant les États à « assurer la participation des jeunes dans l'identification de leurs besoins dans les domaines de la reproduction et de la santé ». Elle demande aux États « de garantir l'accès facile et équitable des jeunes aux services liés à la santé de la reproduction, incluant les services relatifs à la contraception et aux services avant et après l'accouchement », « de mettre en place des programmes globaux » ... afin de prévenir « les avortements illégaux » et « de prendre des mesures visant à fournir

l'accès égal des filles et des jeunes femmes aux services de soins de santé et de nutrition ». La Charte accorde également une attention particulière au VIH/sida, contraignant les États à mettre en place des programmes visant à lutter contre la pandémie, y compris en prenant des mesures visant à « vulgariser davantage et encourager le recours des jeunes aux services de conseils et de tests volontaires et confidentiels du VIH/sida » et « à favoriser l'accès en temps approprié au traitement des jeunes infectés par le VIH/sida ». La Convention ibéro-américaine « reconnaît le droit des jeunes à des soins de santé complets de haute qualité », y compris « des soins de santé spécialisés [...] et la promotion de la santé sexuelle et procréative ».

Dispositions non contraignantes. Par le biais d'observations générales et de recommandations, les organes conventionnels des droits de l'homme ont reconnu que les adolescents avaient de plus en plus souvent les moyens de prendre des décisions au sujet de leur santé sexuelle et procréative et exhorté les États à élaborer des programmes afin de leur fournir ces services²¹¹. L'observation générale n° 15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (2013) adoptée par le Comité des droits de l'enfant précise le contenu normatif du droit des enfants et des adolescents de jouir du meilleur état de santé possible, y compris de services de soins de santé, ainsi que les obligations contraignantes des États parties à la Convention qui doivent respecter, protéger, promouvoir et assurer les droits de l'enfant à la santé. Il est instamment demandé aux États d'assurer l'accès à l'éducation et à l'information en matière de sexualité, de ne pas limiter l'accès en fonction du consentement d'une tierce partie (autorité parentale ou sanitaire)²¹², et de rapporter les lois qui entravent l'accès aux services de santé sexuelle et procréative²¹³. Les organes conventionnels ont également souligné que tous les jeunes devraient avoir accès à des services confidentiels et adaptés aux enfants²¹⁴ et que les adolescentes qui sont enceintes devraient pouvoir rester ou retourner à l'école²¹⁵.

²¹¹ Comité des droits de l'enfant, observations générales n° 4 (2003) sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant (voir A/59/41, annexe X, par. 1 et 31).

²¹² Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 concernant l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, sur les femmes et la santé, adoptée par le Comité à sa vingtième session (voir A/54/38/Rev.1, partie 1, chap. I, sect. A).

²¹³ Voir, par exemple, les observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels suivant son examen des deuxième à quatrième rapports périodiques du Pérou présentés en un seul document (E/C.12/PER/CO/2-4, par. 21).

²¹⁴ Voir les observations finales du Comité des droits de l'enfant suivant son examen du deuxième rapport périodique d'Oman (CRC/C/OMN/CO/2) et du deuxième rapport périodique du Paraguay (CRC/C/15/Add.166, par. 42).

²¹⁵ Voir, par exemple, les observations finales du Comité des droits de l'enfant suivant son examen du deuxième rapport périodique du Sénégal (CRC/C/SEN/CO/2, par. 54 et 55).

1. Programmes ciblés en faveur des jeunes

331. Le fait de ne pas investir dans les adolescents et leur santé sexuelle et procréative, de ne pas en tenir compte ou de ne pas y attacher d'importance a des conséquences fatales : taux élevés d'infection au VIH qui peuvent causer des décès prématurés; grossesses précoces non désirées qui accroissent les risques de morbidité et de mortalité maternelles, avec des complications telles que la fistule obstétricale; et taux plus élevés de mortalité infantile et postinfantile²¹⁶. En outre, les adolescents n'ont pas la formation ni les compétences pratiques nécessaires pour s'occuper de leurs enfants, et ils sont souvent contraints par leur école ou par les circonstances d'abandonner leurs études. Le fait de devenir parent à un jeune âge accroît donc le risque de pauvreté²¹⁷. Il est essentiel d'investir davantage dans les services d'éducation et de santé sexuelles et génésiques axés sur les besoins des jeunes. Les jeunes peuvent être intimidés ou découragés par des environnements inadaptés (horaires d'ouverture rigides, coût des services, manque d'attention des prestataires de soins à leurs besoins, éloignement des centres de santé), certains hésitent à demander de l'aide ou des ressources, ou bien ils ne savent pas à quels services s'adresser²¹⁸.

332. On peut citer toutes sortes de programmes de santé procréative et sexuelle axés sur les adolescents à travers le monde, mais il existe relativement peu de programmes menés au niveau national ou soumis à des évaluations périodiques fiables²¹⁹. S'il serait certes utile d'adapter les programmes aux conditions locales, il faut accorder beaucoup plus d'attention aux interventions systématiques et à l'évaluation de leur impact.

333. En 2006, l'OMS a réalisé une étude rétrospective sur 16 interventions visant à accroître l'utilisation des services de santé par les jeunes, et sur l'efficacité de ces services²²⁰. Elle a évalué ces interventions par rapport aux objectifs explicites fixés

²¹⁶ E. Loaiza et M. Liang, « Adolescent Pregnancy: A review of the evidence » (New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2013); Save the Children, *State of the World's Mothers 2004: Children Having Children* (2004); OMS, *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*, documents d'analyse de l'OMS sur l'adolescence (Genève, 2004); FNUAP, *Framework for Action on Adolescents and Youth: Opening Doors with Young People – 4 Keys* (New York, 2007), p. 21.

²¹⁷ *L'État de la population mondiale 2013 : La mère-enfant*, p. iv à vi et 17 à 31.

²¹⁸ V. Chandra-Mouli, P. et J. Ferguson, « The World Health Organization's work on adolescent sexual and reproductive health » *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, vol. 56, n° 2 (février 2013), p. 256 à 261; FNUAP, *UNFPA Strategy on Adolescents and Youth: Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth* (New York, 2013); OMS, *Making Health Services Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent-Friendly Health Services* (Genève, 2012); Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation (IPPF), « Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world », avril 2010, disponible à l'adresse suivante : <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>; FNUAP, *Framework for Action on Adolescents and Youth : Opening Doors with Young People – 4 Keys*; A. Tylee *et al.*, « Youth-friendly primary care services: how are we doing and what more needs to be done? », *The Lancet*, vol. 369, n° 9572 (2007).

²¹⁹ N. Haberland et D. Rogow, « Comprehensive sexuality education », note de synthèse établie pour une réunion d'experts sur la santé procréative et sexuelle des adolescents tenue à Greentree (État de New York), en février 2013.

²²⁰ B. Dick *et al.*, « Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries », D. A. Ross, B. et J. Ferguson, éd., OMS, série de rapports techniques, n° 938 (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006), p. 151 à 204.

dans la résolution S-26/2 adoptée par l'Assemblée générale en 2001, à sa session extraordinaire sur le VIH/sida, notamment l'objectif consistant à faire en sorte que, d'ici à 2005, 90 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans, et d'ici à 2010, 95 % de ces jeunes aient accès aux services nécessaires pour réduire leur vulnérabilité au VIH²²¹.

334. L'étude a conclu que l'efficacité de ces interventions avait été suffisamment démontrée pour recommander leur généralisation, y compris notamment la formation des prestataires de services, l'amélioration des centres de santé pour mieux répondre aux besoins des jeunes, et la mise en œuvre d'activités de proximité pour créer de la demande, en suivant de près la qualité, l'impact et le taux de couverture des services de santé sexuelle et procréative²²².

335. Tout en notant que ces interventions avaient contribué à accroître le recours aux services de santé, l'étude de l'OMS a reconnu que les informations utilisées pour évaluer l'impact étaient généralement insuffisantes ou contradictoires, que certaines études de cas ne contenaient pas de descriptions détaillées, et que les données étaient difficiles à interpréter, ce qui ne permettait guère d'en tirer des conclusions ou de faire des recommandations. L'étude a donc recommandé de procéder à des recherches et évaluations plus rigoureuses, afin de pouvoir notamment déterminer l'efficacité de la participation d'autres secteurs aux interventions²²³.

336. Une évaluation mondiale effectuée en 2007 sur les avantages pour les jeunes d'avoir accès à des services et des centres de santé adaptés à leurs besoins, et sur l'impact que cela avait sur leur état de santé, a confirmé la nécessité de renforcer les efforts de recherche et d'évaluation. On n'avait pas systématiquement pris en compte les obstacles, pourtant bien connus, qui empêchent les jeunes d'avoir accès aux services, et l'efficacité des initiatives adaptées aux jeunes n'avait pas été correctement mesurée en termes d'impact sur leur santé. Bien que l'utilisation des services ait augmenté en général, il existait peu d'éléments indiquant clairement que le fait d'offrir des services adaptés aux besoins des jeunes – et de mobiliser les fonds nécessaires – permettait d'améliorer leur santé. L'étude a recommandé des interventions systématiques et bien conçues, assorties d'évaluations régulières, et tenant compte des objectifs et des principes énoncés notamment dans le cadre de l'OMS pour la mise en place de services adaptés aux jeunes, afin d'évaluer leurs stratégies par rapport à ces objectifs²²⁴.

²²¹ Ibid., p. 152.

²²² OMS et Pathfinder International, *Évolution de l'initiative nationale des centres médicaux adaptés aux adolescents en Afrique du Sud – Études de cas analytiques : Initiatives pour élargir l'utilisation des services de santé par les adolescents* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009), p. 6 et 7; Dick *et al.*, « Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries ». En 2009, à la demande des dirigeants politiques et des responsables des programmes nationaux, l'OMS a publié les résultats détaillés de l'évaluation dans sa série *Études de cas analytiques : Initiatives pour élargir l'utilisation des services de santé par les adolescents*, pour aider les organismes publics et les organisations non gouvernementales à mettre en place davantage de services de santé adaptés aux jeunes, et pour apporter aux agents de santé le soutien technique et financier nécessaire.

²²³ Dick *et al.*, « Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries ».

²²⁴ Tylee *et al.*, « Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? ».

337. Les États doivent, en partenariat avec les jeunes et les prestataires de soins de santé, financer et élaborer des politiques, des lois et des programmes pour reconnaître, promouvoir et protéger la santé et les droits des jeunes en matière de sexualité et de procréation, ainsi que leur santé tout au long de la vie. Tous les programmes destinés aux adolescents et aux jeunes, scolarisés ou non scolarisés, doivent prévoir un système de renvoi à des conseils et des services fiables et de qualité en matière de santé sexuelle et procréative.

338. Les États doivent éliminer les obstacles juridiques, réglementaires et politiques qui entravent l'accès des adolescents et des jeunes aux services de santé sexuelle et procréative, et veiller à ce qu'ils soient informés sur les moyens de contraception, les services de prévention, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH, notamment le vaccin contre le virus du papillome humain, et assurer leur accès à ces méthodes et services, ainsi qu'aux services spécialisés dans d'autres domaines tels que les problèmes de santé mentale.

2. Éducation sexuelle complète

339. Le Programme d'action appelle les gouvernements à dispenser une éducation sexuelle aux adolescents et à faire en sorte que ces programmes couvrent des sujets spécifiques, notamment les relations entre hommes et femmes et l'égalité entre les sexes, la violence à l'encontre des adolescents, un comportement sexuel responsable, la contraception, la vie familiale et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (par. 4.29. 7.37. 7.41 et 7.47)²²⁵.

a) Conclusions récentes concernant les évaluations sur l'éducation sexuelle

340. Depuis 1994, il a été procédé à de nombreuses revues des évaluations des programmes d'éducation sexuelle menés dans les collectivités et les écoles, dans les pays en développement comme dans les pays développés. On peut tirer plusieurs conclusions et enseignements de ces études :

a) Les programmes globaux de réduction des risques associés à la sexualité ne conduisent pas à une initiation sexuelle plus précoce ni à une fréquence accrue des rapports sexuels²²⁶;

b) L'expérience montre que la plupart des programmes d'éducation sexuelle améliorent les connaissances, et qu'environ les deux tiers ont un impact positif sur le comportement²²⁷;

²²⁵ Voir également la résolution 2011/1 (E/2011/25, chap. I.B) de la Commission de la population et du développement.

²²⁶ S. M. Napierala Mavedzenge A. M. Goyle et D. A. Ross, « HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review », *Journal of Adolescent Health*, vol. 49, n° 6 (2011), p. 568 à 586; D. Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases* (Washington, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2007); K. Michielsen *et al.*, « Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials », *AIDS*, vol. 24, n° 8 (2012), p. 1193 à 1202; H. B. Chin *et al.*, « The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42, n° 3 (2012), p. 272 à 294.

c) Parmi les programmes d'éducation sexuelle qui suivent les effets sur la santé, rares sont ceux qui ont un effet mesurable sur les taux d'infection par le VIH, d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées;

d) On n'a pas systématiquement ou unanimement cherché à établir un lien entre les résultats obtenus et certaines caractéristiques des programmes²²⁸.

Plusieurs études ont toutefois mis en évidence des éléments liés aux méthodes d'enseignement : les programmes efficaces ont tendance à incorporer un module d'acquisition de compétences, concernant notamment l'utilisation du préservatif, ainsi que des activités interactives qui aident les étudiants à personnaliser l'information²²⁹.

341. Les auteurs des études ont recommandé d'utiliser les effets sur la santé comme mesure plus objective et plus fiable de l'efficacité des programmes que les informations fournies par les jeunes sur leur comportement sexuel²³⁰. Selon un examen récent qui portait uniquement sur les études utilisant l'état de santé comme indicateur d'impact, les programmes d'éducation sexuelle qui mettent l'accent sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ont beaucoup plus de chances de réduire les taux d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées que les programmes qui ne tiennent pas compte des sexes²³¹. Cette constatation fait écho à d'autres éléments confirmant l'utilité d'incorporer les normes de genre et la dynamique des relations dans les programmes d'éducation sexuelle. Par exemple, des études ont montré que les femmes et les hommes plus respectueux de l'égalité des sexes sont beaucoup plus susceptibles d'utiliser des préservatifs et autres moyens de contraception²³², de recevoir des soins prénatals et d'accoucher dans une maternité²³³. Dans cinq pays d'Afrique orientale à fort taux de fécondité, les hommes qui ne sont pas en faveur de l'égalité entre les sexes désirent

²²⁷ Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*.

²²⁸ Ibid.; Napierala Mavedzenge, Goyle et Ross, « HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: A systematic review »; M. Jukes, S. Simmons et D. Bundy, « Education and vulnerability: the role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa », *AIDS*, vol. 22, n° 4 (2008), p. S41 à S56.

²²⁹ V. A. Paul-Ebhohimhen, A. Poobalan et E. R. van Teijlingen, « A systematic review of school-based sexual health interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa », *BMC Public Health*, vol. 8, n° 4 (2008).

²³⁰ Napierala Mavedzenge, Goyle et Ross, « HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: A systematic review »; Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*; Michielsen *et al.*, « Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials »; A. Harrison *et al.*, « HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence », *BMC Public Health*, vol. 10 (février 2010).

²³¹ Haberland et Rogow, « Comprehensive sexuality education ».

²³² A. M. Karim *et al.*, « Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana », *International Family Planning Perspectives*, vol. 29, n° 1 (2003), p. 14 à 24; R. Stephenson, D. Bartel et M. Rubardt, « Constructs of power and equity and their association with contraceptive use among men and women in rural Ethiopia and Kenya », *Global Public Health*, vol. 7, n° 6 (2012), p. 618 à 634.

²³³ Y. Cui *et al.*, « Effect of married women's beliefs about gender equity on their use of prenatal and delivery care in rural China », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 111, n° 2 (2010), p. 148 à 151.

plus d'enfants, quel que soit leur niveau d'instruction, leur revenu ou leur religion²³⁴.

342. Beaucoup de jeunes ont besoin d'être formés à l'art des relations interpersonnelles car ils ne reçoivent pas tous une éducation qui leur apprend à traiter les autres avec dignité, respect et non-discrimination; les écoles peuvent favoriser un apprentissage fondé sur les valeurs qui améliorera les relations humaines. **Les États doivent offrir à tous les enfants, adolescents et jeunes les possibilités et les programmes de mentorat et d'acquisition de compétences nécessaires pour nouer des relations sociales saines et mener une vie exempte de violence, fondée sur la coexistence harmonieuse, grâce à des stratégies et à une éducation multisectorielles qui font intervenir les pairs et les familles et promeuvent la tolérance et l'appréciation de la diversité, l'égalité des sexes, le respect de soi, le règlement des conflits et la paix.**

343. **Les dirigeants nationaux, les chefs communautaires, les organisations confessionnelles et autres leaders d'opinion sont priés de formuler, en collaboration avec les jeunes, des politiques médiatiques et de communication publiques novatrices pour éviter les conséquences sociales négatives des stéréotypes sexistes, promouvoir les principes et les pratiques d'égalité des sexes, et honorer les aspects non violents de la masculinité.**

344. Selon une étude réalisée en 2012 sur les programmes d'enseignement de 10 pays d'Afrique orientale et australe, la réflexion critique sur l'égalité des sexes et les droits des femmes ne s'est pas encore traduite par des mesures suffisamment concrètes dans les programmes d'éducation sur la sexualité et le VIH²³⁵.

345. Il ressort de l'enquête mondiale que le soutien public en faveur des services de santé sexuelle et procréative destiné aux jeunes varie beaucoup d'un pays à l'autre. Seulement 54 % des pays africains ont des programmes visant à assurer l'accès des jeunes et des adolescents aux informations et aux services de santé sexuelle et procréative qui garantissent le respect de l'intimité, de la confidentialité et du consentement donné en connaissance de cause, contre respectivement 96 %, 90 % et 80 % des pays des Amériques, d'Europe et d'Asie.

346. S'il semblerait que l'on s'oriente vers des programmes qui font une plus grande place à la réflexion critique sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, il reste à savoir dans quelle mesure cela se traduit dans les faits. Dans l'enquête mondiale, 70 % des pays ont indiqué qu'ils avaient entrepris de réviser le contenu des programmes scolaires afin de les rendre plus sensibles à la problématique hommes-femmes, mais les incidences ou la rigueur de cet effort n'ont pas été mises en question. Les études régionales ont souligné l'importance de concevoir et mettre en œuvre des programmes d'éducation sexuelle efficaces et complets qui incorporent les éléments clefs liant les cinq piliers thématiques de l'examen opérationnel.

347. **Les États doivent reconnaître qu'une éducation sexuelle complète, adaptée au degré de maturité des jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non, est essentielle pour leur permettre de se prémunir contre les grossesses non désirées et de se**

²³⁴ R. Snow, R. A. Winter et S. D. Harlow, « Gender attitudes and fertility aspirations among young men in five high fertility East African countries », *Studies in Family Planning*, vol. 44, n° 1 (2013), p. 1 à 24.

²³⁵ Population Council, *Sexuality education: A ten-country review of school curricula in East and Southern Africa* (Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture; New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2012).

protéger contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles, de promouvoir les valeurs de tolérance, de respect mutuel et de non-violence dans les relations, et de planifier leur vie. Les États doivent concevoir et mettre en place des programmes d'éducation sexuelle qui fournissent des informations exactes et tenant compte des données scientifiques et factuelles sur la sexualité humaine, notamment dans les domaines suivants : croissance et développement, anatomie et physiologie; reproduction, grossesse et maternité; contraception, VIH et infections sexuellement transmissibles; vie familiale et relations interpersonnelles; culture et sexualité; protection et jouissance des droits de l'homme et autonomie; non-discrimination, égalité et rôle respectif de l'homme et de la femme; comportement sexuel; violence sexuelle et sexiste et pratiques nocives. Les États doivent aussi mettre en place des programmes à l'écoute des jeunes pour explorer les valeurs, les attitudes et les normes concernant les rapports sexuels et sociaux; promouvoir l'acquisition de compétences et encourager les jeunes à agir de façon responsable et à respecter les droits des autres; tenir compte de la problématique hommes-femmes; et veiller à inculquer aux jeunes des compétences pratiques et à leur donner les connaissances, les capacités et les outils qui leur permettront de faire des choix informés concernant leur sexualité.

**Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme
adoptées depuis la Conférence internationale sur la population
et le développement**

Encadré 14

Éducation sexuelle complète

Instruments contraignants. La Convention ibéro-américaine relative aux droits des jeunes (2005; entrée en vigueur en 2008) reconnaît que « le droit à l'éducation comprend également le droit à l'éducation sexuelle » et que « l'éducation sexuelle doit être enseignée à tous les niveaux ».

Dispositions non contraignantes. Les organes conventionnels des droits de l'homme reconnaissent que le droit à la santé englobe les « facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que [...] l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique », ainsi que le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations relatives à la santé²³⁶. Les organes de suivi des traités ont également souligné que les États doivent faire en sorte que tous les adolescents aient accès à l'information en matière de santé sexuelle et procréative, à l'école ou dans d'autres structures pour les adolescents non scolarisés²³⁷.

²³⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint (2000) (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) (E/2001/22, annexe IV), par. 11 et 12 b) iv).

²³⁷ Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 4 (2003) sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant (voir A/59/41, annexe X, par. 26 et 28); observations finales formulées par le Comité des droits de l'enfant après avoir examiné le quatrième rapport périodique de l'Australie (CRC/C/AUS/CO/4, par. 67); observations finales formulées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels après avoir examiné le cinquième rapport périodique de la Fédération de Russie (E/C.12/RUS/CO/5, par. 30); Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 concernant l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de

3. Fécondité, contraception et planification de la famille

348. Le taux mondial de fécondité a diminué de 23 % entre 1990 et 2010²³⁸. Le recul de la fécondité s'explique dans une large mesure par le désir de réduire la taille de la famille et par un meilleur accès à la contraception. L'aspiration à une famille moins nombreuse tient à de multiples facteurs, notamment l'amélioration du taux de survie des enfants et l'élargissement des possibilités offertes aux femmes, surtout dans le domaine de l'éducation. Sur le continent africain, notamment en Afrique subsaharienne, la fécondité a diminué plus lentement que dans les autres régions et reste plus élevée que dans toute autre région du monde²³⁹.

349. À l'échelle mondiale, le taux d'utilisation de la contraception par les femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en couple a augmenté de 58,4 % en 1994 à 63,6 % en 2012, soit une hausse de 10 % environ²⁴⁰. Bien que l'utilisation de la contraception ait augmenté plus rapidement (de 40 % à 54 %) dans les pays en développement (à l'exception de la Chine) pendant cette période, la contraception y était encore beaucoup moins pratiquée que dans les pays développés, où près de 72 % des femmes mariées ou en couple y avaient recours. Le taux d'utilisation de la contraception a augmenté plus rapidement dans les années 90 que dans les années 2000, et dans un certain nombre de pays très pauvres, il est resté inférieur à 10 %²⁴¹.

discrimination à l'égard des femmes et la santé, adoptée par le Comité à sa vingtième session (voir A/54/38/Rev.1, première partie, chap. I. sect. A. par. 23); observations finales formulées par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes après avoir examiné le rapport unique valant rapport initial et deuxième rapport périodique du Turkménistan (CEDAW/C/TKM/CO/2, par. 30 et 31); Observations finales formulées par le Comité des droits de l'enfant après avoir examiné le deuxième rapport périodique de l'Uruguay (CRC/C/URY/CO/2, par. 52); Observations finales formulées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels après avoir examiné le rapport unique valant quatrième et cinquième rapports périodiques du Royaume des Pays-Bas (E/C.12/NLD/CO/4-5, par. 27).

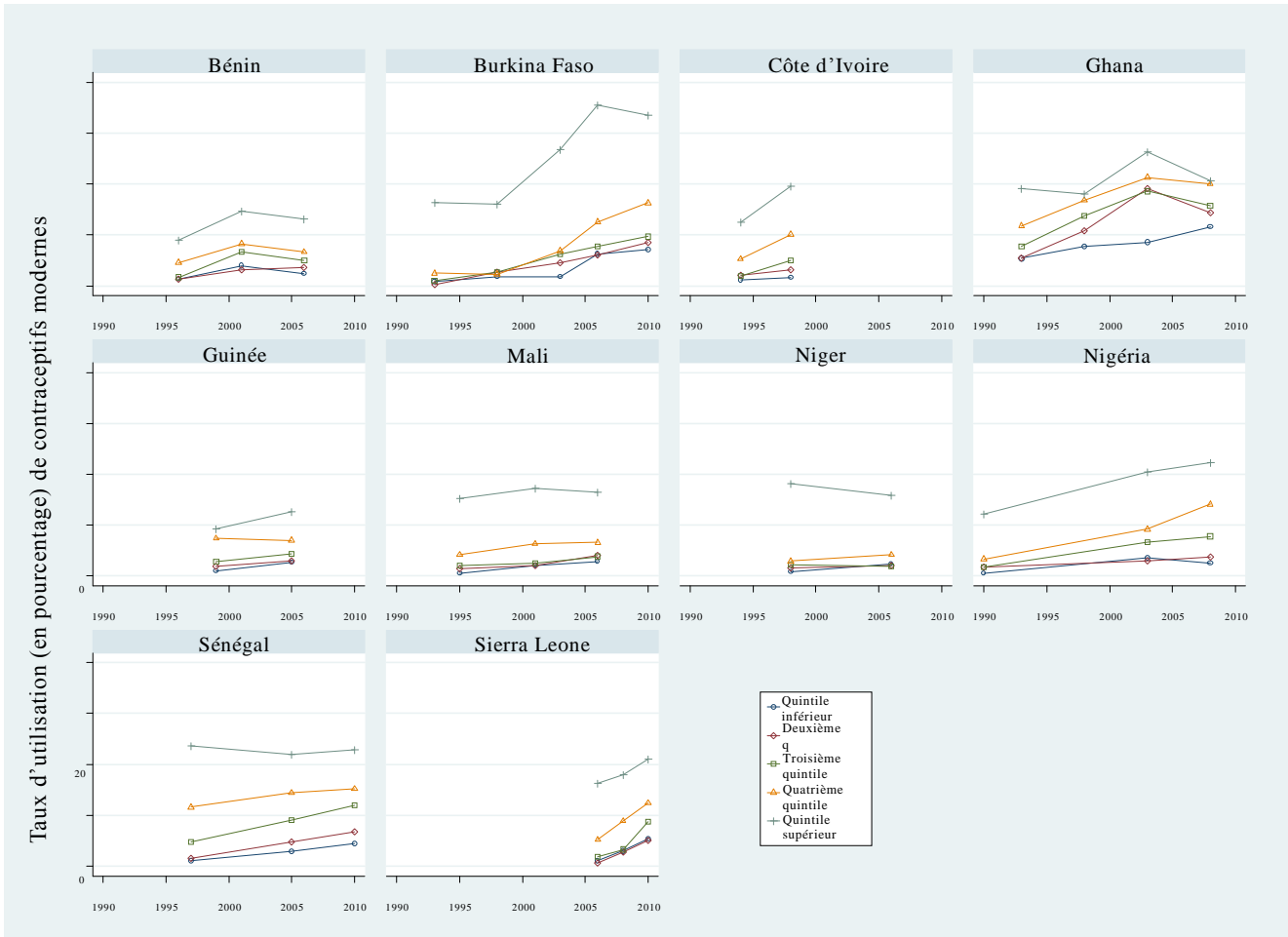
²³⁸ La diminution de l'indice synthétique de fécondité à l'échelle mondiale est calculée en utilisant les estimations ponctuelles pour les années 1990 et 2010 publiées dans le rapport *World Population Prospects : The 2012 Revision* (ST/ESA/SER.A/336).

²³⁹ G. Cleland, R. P. Ndugwa et E. M. Zulu, « Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 89, n° 2011 (2010), p. 137 à 143.

²⁴⁰ ONU, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Contraceptive Use 2012* (POP/DB/CP/Rev.2012); disponible à l'adresse suivante : www.unpopulation.org.

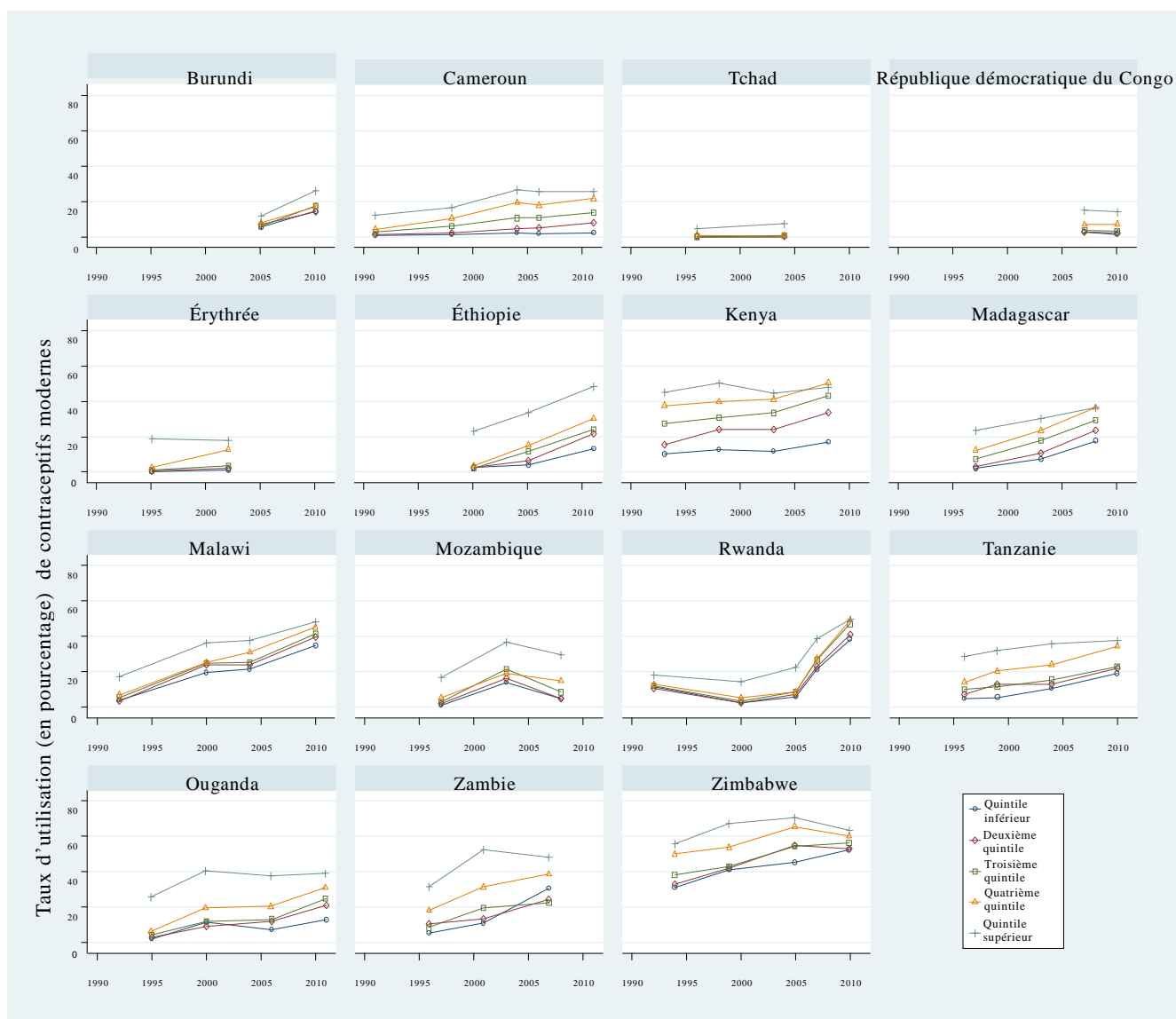
²⁴¹ N. Ortayli et S. Mararcher, « Equity analysis: Identifying who benefits from family planning programmes », *Studies in Family Planning*, vol. 41, n° 2 (2010), p. 101 à 108; L. Alkema *et al.*, « National, regional and global levels and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis », *The Lancet*, vol. 381, n° 9878 (2013), p. 1642 à 1652.

Figure 23
Évolution du taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes en Afrique du Nord et de l'Ouest, par quintile de revenu des ménages



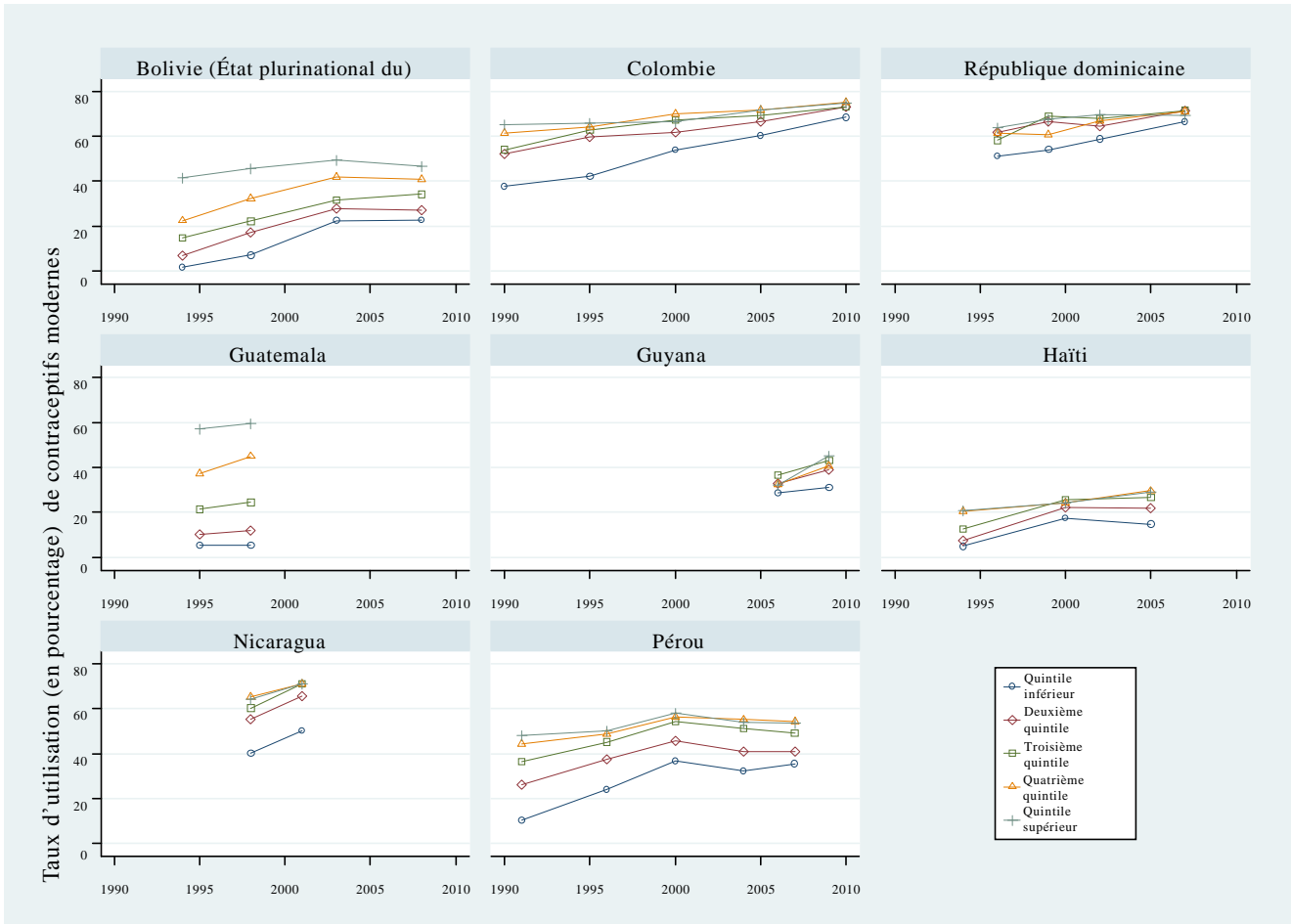
Source : Enquêtes sur la démographie et la santé, disponible sur : www.measuredhs.com (consulté le 15 juin 2013); enquêtes en grappes à indicateurs multiples, disponible sur : www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consulté le 15 juin 2013); tous les pays inclus avaient des données pour au moins deux dates.

Figure 24
 Évolution du taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes en Afrique orientale, centrale et australe, par quintile de revenu des ménages



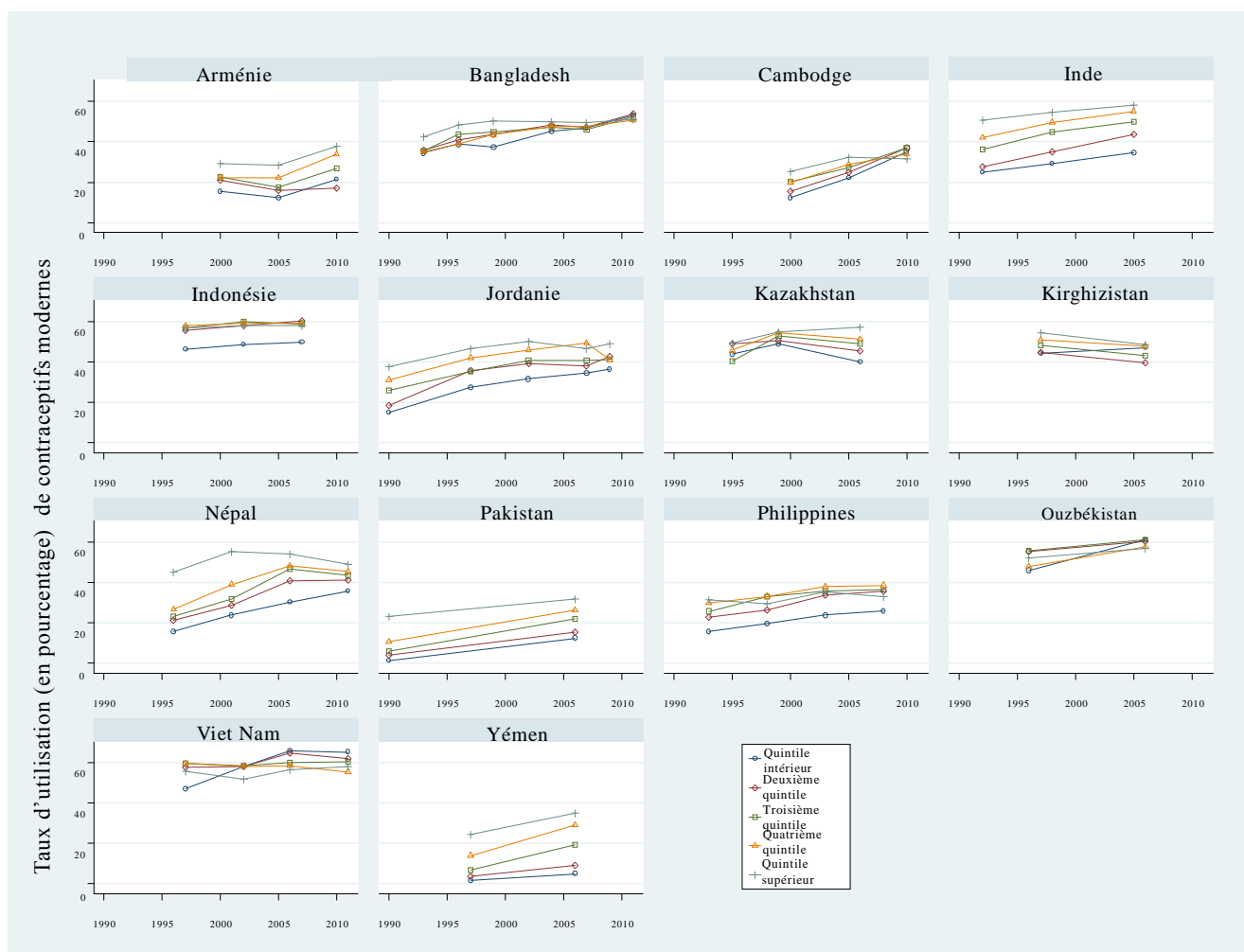
Source : Enquêtes sur la démographie et la santé, disponible sur : www.measuredhs.com (consulté le 15 juin 2013); enquêtes en grappes à indicateurs multiples, disponible sur : www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consulté le 15 juin 2013); tous les pays inclus avaient des données pour au moins deux dates.

Figure 25
Évolution du taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes dans les Amériques,
par quintile de revenu des ménages



Source : Enquêtes sur la démographie et la santé, disponible sur : www.measuredhs.com (consulté le 15 juin 2013); enquêtes en grappes à indicateurs multiples, disponible sur : www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consulté le 15 juin 2013); tous les pays inclus avaient des données pour au moins deux dates.

Figure 26
Évolution du taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes en Asie, par quintile de revenu des ménages



Source : Enquêtes sur la démographie et la santé, disponible sur : www.measuredhs.com (consulté le 15 juin 2013); enquêtes en grappes à indicateurs multiples, disponible sur : www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consulté le 15 juin 2013); tous les pays inclus avaient des données pour au moins deux dates.

350. À l'échelle mondiale, la proportion de besoins non satisfaits en méthodes de contraception modernes a légèrement diminué, de 20,7 % en 1994 à 18,5 % en 2012²⁴². Quarante-vingt-dix pour cent des femmes ayant des besoins non satisfaits vivent dans des pays en développement, et c'est en Afrique que les besoins sont les plus grands chez les femmes comme chez les hommes. Dans 28 pays d'Afrique subsaharienne, y compris tous les pays d'Afrique occidentale sauf un, moins de 25 % des femmes en

²⁴² ONU, Département des affaires économiques et sociales, *World Contraceptive Use 2012*.

âge de procréer utilisaient la contraception, et la proportion de besoins non satisfaits atteignait 36 %²⁴³.

351. Les résultats de l'enquête mondiale montrent qu'environ 8 pays sur 10 avaient pris des mesures au cours des cinq années précédentes pour accroître l'accès des femmes à des informations et à des conseils sur la santé sexuelle et procréative (84 %) et l'accès des hommes aux informations, conseils et services de santé sexuelle et procréative (78 %). De même, 8 pays sur 10 ont indiqué qu'ils avaient pris des mesures pour accroître l'accès des femmes (82 %) et des adolescents (78 %) à des services complets de santé sexuelle et procréative. Ce pourcentage était cependant inférieur lorsqu'il s'agissait de fournir des services de santé sexuelle et procréative aux personnes handicapées (55 %) ou aux populations autochtones et aux minorités culturelles (62 %).

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 15

Information et services en matière de contraception

Dispositions non contraignantes. L'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979; entrée en vigueur en 1981) dispose que les États « prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille » (art. 12, par. 1). En outre, l'article 16 [par. 1, alinéa e)] protège le droit des femmes « de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer » ce droit. Sur la base de ces normes, compte tenu de la corrélation entre la demande non satisfaite de contraceptifs et les taux supérieurs de grossesses chez les adolescentes, d'avortements et de mortalité maternelle, et sachant que certains groupes de population se heurtent à des obstacles disproportionnés à l'accès à la contraception, les organes de suivi des traités demandent instamment aux États, depuis 1994, de garantir l'accès aux médicaments inscrits sur la Liste des médicaments essentiels établie par l'OMS, y compris les contraceptifs hormonaux et les contraceptifs d'urgence. Au titre des obligations qui incombent aux États en vertu de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels prie instamment les États, dans l'observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (2000),

²⁴³ J. Cleland et I. Shah, « The contraceptive revolution: focused efforts are still needed », *The Lancet*, vol. 381, n° 9878 (2013), p. 1604 à 1606; Alkema *et al.*, « National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015 ».

de « s'abstenir de restreindre l'accès aux moyens de contraception et à d'autres éléments en rapport avec la santé sexuelle et génésique, de censurer, retenir ou déformer intentionnellement des informations relatives à la santé, y compris l'éducation et l'information sur la sexualité, ainsi que d'empêcher la participation de la population aux affaires en relation avec la santé ». Enfin, l'observation générale n° 15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (2013), adoptée par le Comité des droits de l'enfant, dispose que « les adolescents sexuellement actifs devraient avoir accès facilement et rapidement à des méthodes contraceptives à court terme, telles que les préservatifs, les traitements hormonaux et la contraception d'urgence ».

a) Choix de méthodes contraceptives

352. Les méthodes contraceptives modernes se sont considérablement diversifiées au cours des 20 dernières années et les innovations ont évolué vers des produits plus faciles à administrer (et à retirer), moins fortement dosés et causant moins d'effets secondaires²⁴⁴. Les divers produits contraceptifs actuellement disponibles ne sont cependant pas sans risque d'échec ni effets secondaires, dont certains peuvent être graves, et certaines méthodes sont contre-indiquées pour de nombreuses femmes. Étant donné que les méthodes préférées et les besoins cliniques varient selon les clients et évoluent au cours de la vie, le fait d'offrir un large choix de méthodes contraceptives est une marque de sécurité et de qualité pour les services de planification de la famille axés sur les droits de l'homme et, d'une manière générale, un plus grand choix de méthodes se traduit par un accroissement global du taux d'utilisation.

353. En 1994, la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde était la stérilisation féminine (31 %); venaient ensuite le stérilet (24 %) et la pilule contraceptive (14 %)²⁴⁵. Vingt ans plus tard, ces trois méthodes sont encore les plus répandues, mais elles s'accompagnent d'un plus grand choix de contraceptifs féminins, avec notamment un usage accru des contraceptifs injectables et des

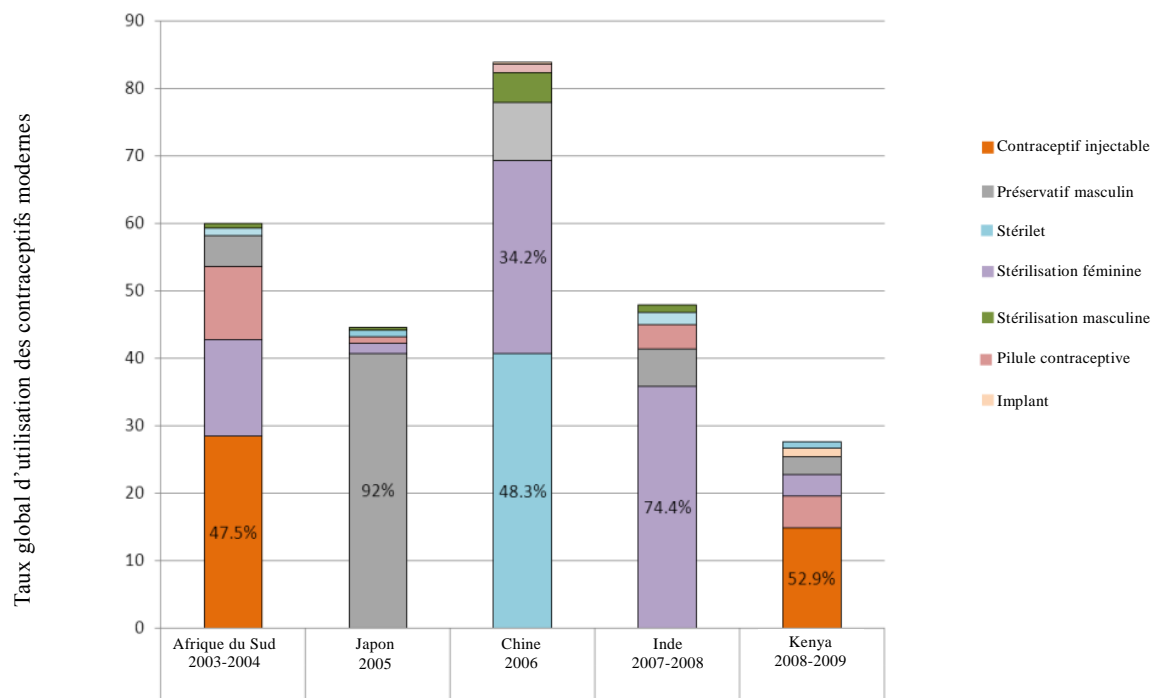
²⁴⁴ V. Brache et A. Faundes, « Contraceptive vaginal rings: a review », *Contraception* 2010, vol. 82, n° 5 (2010), p. 418 à 427; Coalition pour les produits de santé de la procréation, « Caucus on new and underused reproductive health technologies : contraceptive Implants », juillet 2013, disponible à l'adresse suivante : http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/rhsc-brief-contraceptive-implants_A4.pdf; L. Bahamondes, « Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy », observation publiée dans *Bibliothèque de santé génésique de l'OMS* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, dernière mise à jour le 1^{er} décembre 2008); disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondes_l_com/en/; A. Nelson, « New low dose extended cycle pill with levonorgestrel and ethinyl estradiol: an evolutionary step in birth control », *International Journal of Womens Health*, vol. 2 (2010), p. 99 à 106.

²⁴⁵ A. Biddlecom et V. Kantorova, « Global trends in contraceptive method mix and implications for meeting the demand for family planning », document présenté à la vingt-septième Conférence internationale sur la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, tenue à Busan (République de Corée) en août 2013; estimations modélisées tirées notamment de Alkema *et al.*, « National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015 » (les chiffres relatifs aux différentes méthodes sont basés sur *World Contraceptive Use 2012*).

implants, et d'une utilisation accrue des préservatifs masculins. La méthode qui était la plus répandue dans certains pays dans les années 90 l'est encore aujourd'hui (voir fig. 28), ce qui donne à penser que le choix de produits et les capacités des prestataires de services sont limités dans ces pays²⁴⁶.

Figure 27

Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans, par méthode contraceptive utilisée, soulignant la nette prédominance d'une méthode dans certains pays



Source : Afrique du Sud, Enquête sur la démographie et la santé, Rapport final, 2003-2004; Kenya, Enquête sur la démographie et la santé, rapport final, 2008-2009; Japon, treizième enquête nationale sur la fécondité, 2005; Chine, Enquête nationale sur la planification de la famille et la santé procréative, 2006; Inde, Enquête sur les ménages et les centres de santé au niveau des districts, 2007-2008. Cité dans United Nations, *World Contraceptive Use 2011*, disponible sur : www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm (données téléchargées et analysées le 5 septembre 2013).

354. Les programmes fondés sur l'utilisation d'une seule méthode pourraient être l'héritage des politiques nationales de planification familiale du passé, maintenus en raison des préférences du public, des circuits d'approvisionnement traditionnels, des

²⁴⁶ Afrique du Sud, Demographic and Health surveys (DHS, Enquête sur la démographie et la santé), rapport final, 2003-2004; Kenya, Mesure DHS, rapport final, 2008-2009; Japon, treizième enquête nationale sur la fécondité, 2005; Chine, Enquête nationale sur la planification de la famille et la santé procréative, 2006; Inde, District Level Household and Facility Survey (DLHS-3, Enquête sur les ménages et les centres de santé au niveau des districts, troisième tranche), 2007-2008; cité dans *World Contraceptive Use 2011* (données téléchargées et analysées le 5 septembre 2013).

préjugés des prestataires ou de leur formation technique²⁴⁷. Quelle que soit leur origine, ces programmes ne répondent pas aux divers besoins des femmes de retarder ou d'espacer les naissances, de ne plus procréer, ou d'utiliser différentes méthodes contraceptives pour des raisons de santé; ils ne répondent pas non plus aux préférences des utilisateurs pour des caractéristiques techniques ou des méthodes particulières à différents stades de leur vie, comme par exemple des méthodes qu'ils peuvent contrôler ou qui sont réversibles.

355. Un critère de qualité des programmes de planification familiale est la possibilité de choisir entre différentes méthodes qui présentent des caractéristiques cliniques particulières, qui sont sans risques et d'un coût abordable. Le fait que l'utilisation de contraceptifs soit encore limitée à une seule méthode dans certains pays montre que les programmes nationaux continuent de privilégier la méthode utilisée par le plus grand nombre au lieu d'investir dans le système de santé pour diversifier les produits et garantir que les prestataires ont les compétences voulues pour proposer des services fiables et des conseils éclairés sur différentes méthodes.

b) Contraception d'urgence

356. La contraception d'urgence est inscrite depuis 1995 sur la Liste de médicaments essentiels de l'OMS²⁴⁸ et figure dans les normes, protocoles et directives publiés par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique. Les produits de contraception d'urgence sont enregistrés dans la plupart des pays en développement et des pays développés, et ils peuvent être délivrés en vente libre dans plus de 50 pays²⁴⁹. La mauvaise connaissance de ces produits ou le manque d'information à leur sujet est cependant un obstacle à leur utilisation dans la plupart des pays. Une Commission a récemment conclu que lorsque la contraception d'urgence n'est pas enregistrée, cela tient le plus souvent à des politiques qui l'assimilent à l'avortement et à l'opposition générale à la contraception²⁵⁰. La Commission a noté que les difficultés d'accès aux produits de contraception d'urgence sont souvent dues à l'obligation injustifiée d'obtenir une ordonnance ou au fait qu'ils ne sont pas dispensés dans les établissements de santé publics et qu'ils restent mal connus des prestataires de soins.

²⁴⁷ E. E. Seiber, J. T. Bertrand et T. M. Sullivan, « Changes in Contraceptive Method Mix in Developing Countries », *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, n° 3 (2007); J. J. Brown, L. Bohua et S. S. Padmadas, « A multilevel analysis of the effects of a reproductive health programme that encouraged informed choice of contraceptive method rather than use of officially preferred methods, China 2003-2005 ». *Population Studies*, vol. 64, n° 2 (2010), cité dans « Changing China's Contraceptive Policy », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 36, n° 4 (décembre 2010); D. R. Mishell, Jr., « Intrauterine contraception: An under-utilized method of family planning », *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 12, n° 1 (mars 2007).

²⁴⁸ OMS, Liste modèle des médicaments essentiels, dix-huitième édition (Genève, avril 2013); disponible en anglais à l'adresse suivante : http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf.

²⁴⁹ Consortium international pour la contraception d'urgence, Emergency Contraception in National Essential Medicines Lists (décembre 2013), disponible à l'adresse suivante : www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC_EC-in-EMLs-Dec-2013.pdf.

²⁵⁰ Étude de cas préparée pour la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants, disponible à l'adresse suivante : www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities/life-saving-commodities/emergency-contraception.

c) Stérilisation masculine

357. Bien que les hommes soient de plus en plus nombreux à utiliser des préservatifs dans les pays où le VIH est un problème, leur participation aux méthodes modernes de planification familiale n'a guère augmenté depuis 1994, et très peu de pays font état d'une progression de la stérilisation masculine au cours des 20 dernières années.

358. Sur les 92 pays ayant plus de deux points de mesure sur la part de la stérilisation masculine dans l'utilisation globale de contraceptifs²⁵¹, avec au moins un point en 2005 ou depuis cette date, 38 pays (41 %) ont indiqué que la stérilisation masculine n'était pas utilisée, et elle représentait plus de 10 % des moyens de contraception dans quatre pays seulement : le Royaume-Uni (21 %), la République de Corée (17 %), les États-Unis (14 %) et le Bhoutan (13 %). La part relative de la stérilisation masculine a diminué dans 27 pays (29 %) depuis 1994, notamment au Sri Lanka (baisse de 4 %), en Inde (baisse de 2 %), en Thaïlande (baisse de 2 %), au Myanmar (baisse de 1,4 %) et aux États-Unis (baisse de 0,5 %), ce qui indique soit un recul de la stérilisation masculine en termes absolus soit une plus grande utilisation d'autres moyens de contraception (essentiellement féminins)²⁵².

359. En 2002, 180 millions de femmes se sont fait stériliser, contre 43 millions d'hommes²⁵³. Cette disparité est particulièrement frappante du fait que la stérilisation féminine coûte plus cher, présente plus de risques pour la santé et est irréversible, alors que la procédure est réversible et relativement peu risquée pour les hommes. Les recherches sur la contraception hormonale masculine progressent lentement²⁵⁴.

360. Les États doivent s'employer d'urgence à élargir l'accès à des informations et des conseils de qualité sur les avantages et les risques associés à une large gamme de méthodes de contraception accessibles financièrement et de qualité, en accordant une attention particulière à l'usage du préservatif masculin ou féminin comme méthode de double protection compte tenu du fait qu'il existe toujours un risque d'infection par le VIH et autres maladies sexuellement transmissibles, et assurer l'accès aux produits contraceptifs et à l'information sur la contraception quelle que soit la situation matrimoniale.

4. Avortement

361. Le recours à l'avortement résulte de circonstances diverses contre lesquelles les femmes peuvent parfois difficilement se prémunir, comme l'échec de leur méthode contraceptive, la méconnaissance de leur période de fécondité ou des modalités d'utilisation des moyens contraceptifs, le manque d'accès à la

²⁵¹ Voir *World Contraceptive Use 2012* (note 240 ci-dessus). Le premier point de mesure est plus proche de 1994 et l'autre de 2012, le seuil étant fixé à 2005. Sur les 194 pays initiaux, 26 ont été exclus pour manque de données, 33 parce qu'ils n'avaient qu'un point, et 43 parce que leur dernier point datait d'avant 2005.

²⁵² J. E. Darroch, « Male fertility control: where are the men? » *Contraception*, vol. 78, n° 4 (2008), p. S7 à S17.

²⁵³ EngenderHealth, *Contraceptive sterilization: Global Issues and Trends* (New York, 2002), chap. 2.

²⁵⁴ J. K. Amory et W. J. Bremner, « Newer agents for hormonal contraception in the male », *Trends in Endocrinology and Metabolism*, vol. 11, n° 2 (2000), p. 61 à 66.

contraception ou son coût, l'évolution de leur projet parental ou des aspirations différentes de celles de leur compagnon, la peur de demander à celui-ci d'utiliser un moyen de contraception, ou encore des rapports sexuels imprévus ou forcés²⁵⁵. Bien que le taux d'avortement varie considérablement d'un pays à l'autre²⁵⁶, des données récentes indiquent une baisse générale du nombre d'interruptions volontaires de grossesse et de décès consécutifs, et plus particulièrement les tendances suivantes :

a) Aux niveaux mondial et régional, on observe une diminution du risque de décès dû à des complications survenues à la suite d'un avortement non médicalisé²⁵⁷, cette évolution étant largement attribuée à l'amélioration des techniques, au recours accru aux directives de l'OMS sur l'avortement sécurisé et les soins consécutifs, et à de meilleures conditions d'accès à l'avortement médicalisé;

b) Les taux de mortalité maternelle liée à l'avortement restent scandaleusement élevés en Afrique et en Asie, où l'on dénombre respectivement 460 et 160 décès pour 100 000 avortements pratiqués dans des conditions dangereuses²⁵⁷;

c) À l'échelle mondiale, le taux d'avortement est passé de 35 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans en 1995 à 28 ‰ en 2008, et est demeuré stable à 29 ‰ en 2009²⁵⁵;

d) En chiffres absolus, le nombre estimatif d'avortements est passé de 45,6 millions en 1995 à 41,6 millions en 2003, avant de remonter à 43,8 millions en 2008²⁵⁵; cette augmentation est imputable à la croissance démographique, le taux d'avortement étant resté stable de 2003 à 2008;

e) À l'échelon sous-régional, les taux d'avortement les plus élevés étaient observés en Europe orientale (43 pour 1 000 femmes), dans les Caraïbes (39 ‰), en Afrique de l'Est (38 ‰) et en Asie du Sud-Est (36 ‰); le taux sous-régional le plus faible était observé en Europe occidentale (12 ‰)²⁵⁵;

f) On estime que 86 ‰ des avortements pratiqués en 2008, dernière année pour laquelle on dispose de chiffres, l'ont été dans des pays en développement²⁵⁵.

362. Dans le Programme d'action, puis dans les principales mesures pour la poursuite de son application, les États se sont engagés à accorder la plus haute priorité à la prévention des grossesses non désirées et donc à « tout [faire] pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement ». Pour ce faire, il est indispensable de bien informer le public du risque de grossesse, de disposer de normes strictes en matière d'égalité des sexes et de garantir l'accès à différentes méthodes contraceptives sûres et abordables afin que la majorité des femmes et des hommes puissent en trouver une adaptée à leurs besoins et à d'éventuelles contre-indications. Dans certains cas, l'augmentation de la pratique contraceptive se traduit directement par une baisse du taux d'avortement, comme on a pu l'observer en Italie sur une

²⁵⁵ Gilda Sedgh *et al.*, « Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 », *The Lancet*, vol. 379, n° 9816 (18 février 2012), p. 625 à 632.

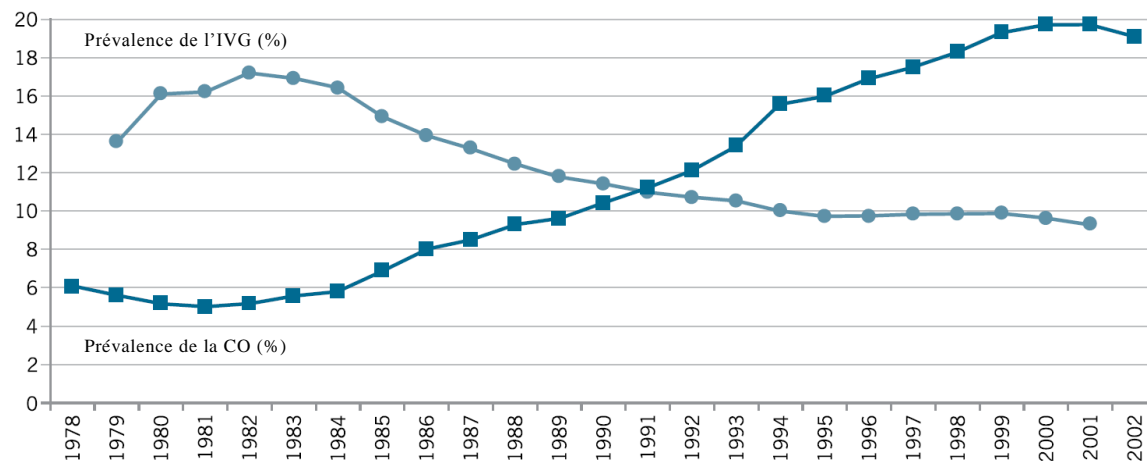
²⁵⁶ Données extraites de Gilda Sedgh *et al.*, « Legal abortion worldwide: incidence and recent trends », *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, n° 3 (septembre 2007), p. 106 à 116.

²⁵⁷ OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6^e éd. (Genève, 2011).

période de 20 ans (voir fig. 29)²⁵⁸. Bien que d'autres facteurs, notamment le projet parental, influent sur la corrélation entre le taux d'avortement et le taux d'utilisation de contraceptifs modernes, dans les contextes où la fécondité reste stable, l'augmentation de la pratique contraceptive moderne se traduit par une diminution du taux d'avortement²⁵⁹.

Figure 28

Taux d'interruption volontaire de grossesse et d'utilisation de contraceptifs oraux chez les femmes en âge de procréer en Italie de 1978 à 2002



Source : OMS, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (Genève, 2013), figure 2D.4. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf.

Abréviations : IVG = interruption volontaire de grossesse; CO = contraception orale.

363. Les mesures en faveur de l'égalité des sexes peuvent avoir une incidence sur le nombre d'avortements pratiqués du fait de facteurs divers comme, par exemple, la généralisation du dialogue sur la contraception dans le couple sous l'effet de l'évolution des attentes sociales²⁶⁰, l'abrogation des lois discriminatoires, comme celles faisant obligation aux femmes de prévenir leur conjoint ou d'obtenir son

²⁵⁸ Bustreo *et al.*, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (voir note de bas de page 183 ci-dessus); et G. Benagiano, C. Bastianelli et M. Farris, « Contraception: a social revolution », *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 12, n° 1 (2007), p. 3 à 12.

²⁵⁹ C. Marston et J. Cleland, « Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence », *International Family Planning Perspectives*, vol. 29, n° 1 (2003), p. 6 à 13.

²⁶⁰ M. Do et N. Kurimoto, « Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 38, n° 1 (2012), p. 23 à 33; I. H. Mosha et R. Ruben, « Communication, connaissance, réseau social et utilisation de la planification familiale chez les couples à Mwanza, en Tanzanie », *La Revue africaine de la santé reproductive*, vol. 17, n° 3 (2013), p. 57 à 69; A. A. Bawah, « Spousal communication and family planning behavior in Navrongo: a longitudinal assessment », *Studies in Family Planning*, vol. 33, n° 2 (2002), p. 185 à 194; et W. I. De Silva, « Husband-wife communication and contraceptive behaviour in Sri Lanka », *Journal of Family Welfare*, vol. 40, n° 2 (1994), p. 1 à 13.

autorisation avant d'avorter, et le durcissement des lois visant à réduire la violence entre partenaires intimes²⁶¹.

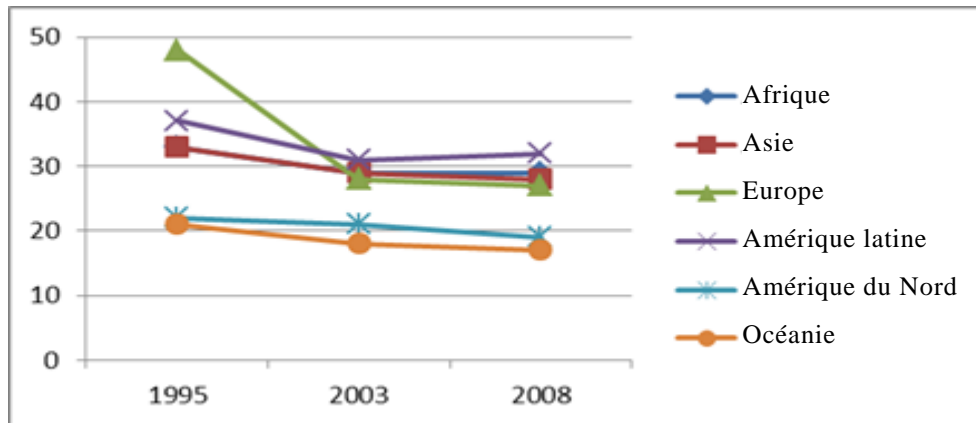
364. Entre 1996 et 2003, le taux d'avortement a diminué dans toutes les régions du monde, mais c'est en Europe que la diminution la plus nette a été observée²⁵⁵ (voir fig. 30) du fait de la forte baisse enregistrée en Europe orientale, où un nombre relativement élevé d'avortements étaient encore pratiqués en 1996. En Europe occidentale, le taux, bien plus faible, est resté stable au fil du temps.

365. Les taux faibles observés en Europe occidentale s'expliquent par l'accès généralisé aux informations sur la contraception et aux méthodes contraceptives, notamment au moyen de programmes d'éducation sexuelle complets à l'intention des jeunes, et une forte égalité des sexes. Ces facteurs ont créé un environnement propice à la pratique contraceptive et contribué à une moindre prévalence de l'avortement.

366. Les États devraient s'efforcer d'éliminer la nécessité de recourir à l'avortement et, pour ce faire : veiller à ce que toutes les personnes, en particulier toutes celles qui en ont besoin, puissent bénéficier d'une éducation sexuelle complète dès l'adolescence et de soins de santé procréative et sexuelle, y compris l'accès aux méthodes contraceptives modernes; assurer l'accès généralisé aux préservatifs masculins et féminins à un coût abordable et l'accès rapide et confidentiel à la contraception d'urgence; diffuser dans les écoles et les médias des programmes visant à encourager les valeurs d'égalité des sexes et les négociations au sein du couple sur les questions de sexualité et de contraception; et respecter, protéger et promouvoir les droits de l'homme, notamment le droit des femmes et des filles de vivre à l'abri de la violence sexiste, par l'application des lois.

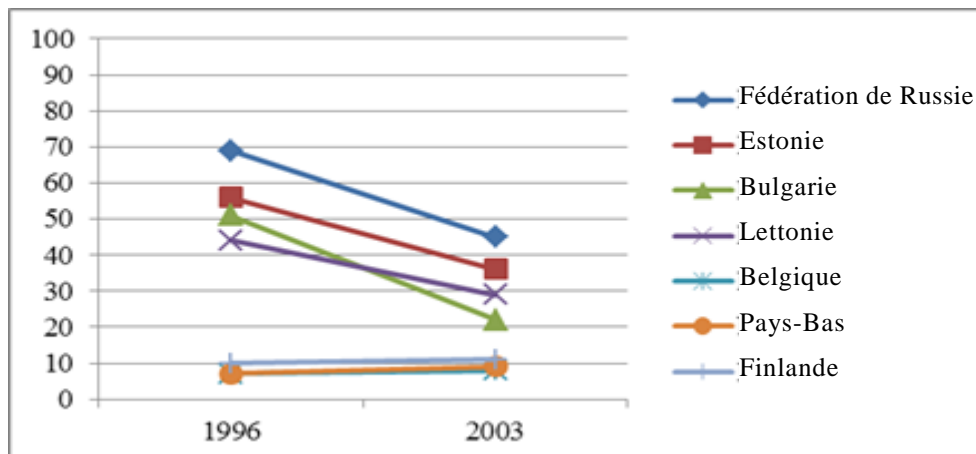
²⁶¹ G. E. Ely et M. D. Otis, « An examination of intimate partner violence and psychological stressors in adult abortion patients », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 26, n° 16 (2011), p. 3248; D. K. Kaye *et al.*, « La violence domestique comme facteur de risque de grossesse indésirée et avortement provoqué; une étude à l'hôpital de Mulago à Kampala, Ouganda », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 11, n° 1 (2006), p. 90 à 101; T. W. Leung *et al.*, « A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 77, n° 1 (2002), p. 47 à 54; D. Kaye, « Domestic violence among women seeking post-abortion care », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, n° 3 (2001), p. 323 à 325; et IPAS, « Youth perspectives reveal abortion stigma and gender inequity are barriers to education on safe abortion », disponible à l'adresse suivante : www.ipas.org/en/News/2013/October/Youth-perspectives-reveal-abortion-stigma-and-gender-inequity-are-barriers-to-education-on.aspx.

Figure 29
Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans par région en 1995, 2003 et 2008



Source : Graphique établi à partir de données tirées de G. Sedgh *et al.*, « Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 », *The Lancet*, vol. 379, no 9816 (18 février 2012).

Figure 30
Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans dans certains pays européens où l'avortement est autorisé par la loi en 1996 et 2003



Source : Graphique établi à partir de données tirées de G. Sedgh *et al.*, « Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 », *The Lancet*, vol. 379, n° 9816 (18 février 2012).

Tableau 1
**Taux d'avortement licite dans les pays ayant établi des rapports
assez complets entre 2001 et 2006**

<i>Pays/territoire</i>	<i>Dernière année pour laquelle on dispose de chiffres</i>	<i>Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans</i>	<i>Nombre d'avortements pour 100 naissances vivantes</i>
Cuba	2004	57	109
Fédération de Russie	2003	45	104
Estonie	2003	36	82
Bélarus	2003	35	91
Lettonie	2003	29	69
Hongrie	2003	26	57
Bulgarie	2003	22	52
États-Unis d'Amérique	2003	21	31
Nouvelle-Zélande	2003	21	33
Australie	2003	20	34
Suède	2003	20	34
Porto Rico	2001	18	28
Angleterre et pays de Galles	2003	17	29
France	2003	17	26
Slovénie	2003	16	40
Lituanie	2003	15	38
Danemark	2003	15	24
Norvège	2003	15	25
Canada	2003	15	31
Singapour	2003	15	31
Israël	2003	14	14
République tchèque	2003	13	29
Slovaquie	2003	13	31
Écosse	2003	12	23
Italie	2003	11	25
Finlande	2003	11	19
Pays-Bas	2003	9	14
Allemagne	2003	8	18
Belgique	2003	8	14
Suisse	2003	7	15
Tunisie	2000	7	9
Afrique du Sud	2003	6	6
Népal	2006	5	4

Source : Données tirées de G. Sedgh *et al.*, « Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 », *The Lancet*, vol. 379, no 9816 (18 février 2012).

367. La baisse des taux d'avortement en Europe orientale résulte de la généralisation des services et des produits de planification familiale modernes qui a suivi l'éclatement de l'Union soviétique. Néanmoins, le fait que les taux estimatifs sont restés plus élevés dans cette région qu'ailleurs entre 2001 et 2005 (45 avortements pour 1 000 femmes en Fédération de Russie; 36 ‰ en Estonie; 35 ‰ au Bélarus; 26 ‰ en Bulgarie et 29 ‰ en Lettonie)²⁵⁶ alors que les taux d'utilisation de contraceptifs modernes y étaient comparables à ceux d'Europe occidentale (taux d'utilisation de la contraception sur la période allant de 2000 à 2006, lorsque l'on dispose de données : 64,6 % des femmes âgées de 15 à 49 ans en Fédération de Russie; 57,9 % en Estonie, 56 % au Bélarus, 40,1 % en Bulgarie et 55,5 % en Lettonie)²⁶² indique un décalage entre le taux d'utilisation rapporté et l'utilisation effective des méthodes contraceptives, voire un possible échec de celles-ci. Un écart comparable est observé à Cuba, qui enregistre l'un des taux d'avortement les plus élevés au monde (57 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans)²⁵⁶ malgré un taux d'utilisation de contraceptifs modernes relativement élevé (72,1 % en 2000 et 71,6 % en 2006)²⁶². Ces exemples soulignent que l'accès à la contraception, bien qu'indispensable, ne suffit pas nécessairement à réduire le recours à l'avortement et qu'il est essentiel d'identifier et de prendre en compte les autres comportements dépendants de la culture susceptibles d'entrer en jeu, y compris les dimensions sociale et symbolique de la contraception dans certaines relations, les normes qui régissent la communication au sein du couple, les attentes sociales en matière de pratique sexuelle, la perception de l'avortement dans certaines sociétés et le risque de rapport sexuel forcé.

368. Le nombre de décès consécutifs à des avortements non médicalisés a fortement baissé depuis 1994, tout particulièrement dans les pays qui ont complété ou modifié la législation et les pratiques de façon à traiter l'avortement comme un problème de santé publique (voir l'étude de cas sur l'Uruguay ci-dessous). Depuis quelques années, cependant, ce nombre est resté stationnaire alors que la mortalité maternelle n'a pas cessé de diminuer. Bien que le nombre estimatif de décès maternels imputables à l'avortement non médicalisé soit passé de 69 000 en 1990 à 47 000 en 2008²⁶³, il baisse plus lentement que la mortalité maternelle, si bien que l'avortement à risque cause une proportion croissante des décès maternels dans le monde²⁶⁴.

²⁶² Statistiques tirées de la base de données des indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data.aspx>).

²⁶³ E. Ahman et I. Shah, « New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 115, n° 2 (2011), p. 121 à 126.

²⁶⁴ K. Ringheim, « Sexual and reproductive health and rights thematic report », document de base établi en vue de l'examen de la mise en œuvre du Programme d'action (juin 2013).

Étude de cas – Éliminer les décès dus aux suites d'un avortement à risque

Uruguay

Le nombre de décès maternels dus aux suites d'un avortement non médicalisé a considérablement baissé depuis 2001 en Uruguay grâce à la mise en œuvre du Modèle uruguayen de prévention des risques. Fondé sur les engagements pris au titre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, le modèle cherche à réduire les risques et la morbidité liés aux avortements non médicalisés, responsables de 42 % des décès maternels en 2001, 28 % en 2002 et 55 % en 2003.

Le modèle repose sur trois bases : le respect du choix des femmes; le secret médical; et la préférence pour un traitement de l'avortement, comme problème de santé publique, plutôt que juridique ou pénal. Il offre à toutes les femmes, y compris les adolescentes, des consultations et des soins avant et après l'avortement, dispensés par une équipe pluridisciplinaire composée de gynécologues, de sages-femmes, de psychologues, d'infirmières et d'assistantes sociales, notamment d'informations sur les solutions autres que l'avortement, les méthodes employées et les risques qu'elles comportent, dans le cadre d'une démarche complète qui comprend le traitement des éventuelles complications, la rééducation et l'accès à la contraception. Le succès du modèle repose, entre autres, sur le fait que tous les professionnels de la santé procréative et sexuelle sont formés à conseiller les patientes avant et après l'avortement.

Les résultats ne se sont pas fait attendre. L'Uruguay a enregistré seulement deux décès maternels consécutifs à un avortement non médicalisé entre 2004 et 2007, et aucun entre 2008 et 2011. Selon l'OMS, le modèle uruguayen peut être transposé et adapté dans d'autres pays.

En 2012, l'adoption de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse a fait de l'Uruguay le troisième pays d'Amérique latine à dépénaliser l'avortement après Cuba et le Guyana. La loi garantit le droit des femmes à l'avortement sans risques pendant les 12 premières semaines de grossesse, ce délai passant à 14 semaines en cas de viol. Elle s'applique également aux adolescentes, selon la notion d'« autonomie progressive » procédant de l'article 8 du Code des enfants et des adolescents, qui prévoit que les enfants et les adolescents puissent exercer leurs droits en fonction du développement de leurs capacités à le faire.

Grâce à ces initiatives ainsi qu'à la loi de défense du droit à la santé procréative et sexuelle (2008), qui fait obligation au personnel de santé des secteurs public et privé de proposer une gamme complète de soins de santé procréative et sexuelle, y compris des consultations privées et confidentielles et l'accès gratuit à des moyens de contraception de qualité dans le secteur public, et à la loi relative à l'éducation sexuelle (2009), qui prévoit des cours d'éducation sexuelle à tous les niveaux de

l'enseignement scolaire, de la maternelle à la formation des enseignants, l'Uruguay affiche le taux de mortalité maternelle le plus bas d'Amérique latine et se place au troisième rang à l'échelle des Amériques. En 2012, dernière année pour laquelle on dispose de données, on ne comptait en Uruguay que 10,3 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

369. La quasi-totalité (97 %) des avortements pratiqués en Afrique (à l'exception de l'Afrique australe) et en Amérique du Sud et centrale le sont dans des conditions dangereuses²⁵⁵. Mais ce chiffre cache de très fortes disparités entre les régions en ce qui concerne le risque de décès maternel consécutif, qui est 15 fois plus élevé en Afrique qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes²⁶³. L'Afrique est d'ailleurs la région où le taux de décès à la suite d'un avortement non médicalisé a le moins diminué depuis 1990²⁶⁵. Selon les estimations, il est passé du taux extrêmement élevé de 680 décès à 460 (520 en Afrique subsaharienne) décès pour 100 000 avortements pratiqués, contre une baisse de 80 à 30 décès pour 100 000 avortements en Amérique latine²⁶⁵.

370. Le Programme d'action reconnaissait que l'avortement non médicalisé était un grave problème de santé publique et qu'il incombait donc aux gouvernements de garantir que toutes les femmes aient accès à des soins et à des services de consultation à la suite d'un avortement. En 1995, l'OMS a publié des recommandations techniques visant à améliorer, d'une part, la qualité des services d'IVG dans les pays qui l'autorisent et, d'autre part, les soins d'urgence dispensés aux femmes présentant des complications à la suite d'un avortement, d'un intérêt tout particulier pour les pays où l'avortement était interdit par la loi²⁶⁶. En 1999, dans le cadre de l'examen quinquennal du Programme d'Action, l'OMS a lancé une série de consultations qui ont abouti à la rédaction du manuel intitulé *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, approuvé en juillet 2013 et publié dans les langues officielles de l'OMS et plusieurs autres langues. L'utilisation de plus en plus répandue de ces directives explique, selon plusieurs organismes, la baisse récemment observée du nombre de décès maternels liés à l'avortement.

371. Les États devraient prendre des mesures concrètes pour réduire d'urgence le nombre de décès maternels des suites d'un avortement en permettant à toutes les femmes souffrant de complications d'un avortement non médicalisé d'avoir accès à des soins non discriminatoires, et veiller à ce que le personnel de santé se réfère aux directives énoncées par l'OMS dans sa publication *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, afin de dispenser des soins de qualité et de lever tous les obstacles juridiques entravant l'accès à leurs services. Les États devraient également lever les obstacles juridiques à l'avortement médicalisé, notamment réviser les dispositions restrictives de la législation sur l'avortement, de façon à protéger la vie des femmes et adolescentes et, dans les pays dont la loi l'autorise, leur garantir à toutes un accès immédiat à l'interruption volontaire de grossesse sans risques et de qualité.

²⁶⁵ Organisation mondiale de la Santé, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2^e éd. (Genève, 2012).

²⁶⁶ P. F. A. Van Look et J. Cottingham, « The World Health Organization's safe abortion guidance document », *American Journal of Public Health*, vol. 103, n° 4 (avril 2013), p. 593 à 596.

372. L'enquête mondiale a mis en évidence le fait que seuls 50 % des pays avaient cherché à améliorer l'accès à l'« avortement sans danger dans la mesure où la loi l'autoris[ait] » au cours des cinq dernières années. Ils sont toutefois plus nombreux (65 %) à s'être intéressés à la « prévention des avortements à risque et [à la] prise en charge des conséquences ». La propension des gouvernements à s'attaquer à cette question était inversement proportionnelle à leur richesse. Ainsi, alors que 69 % des pays aux revenus les plus faibles ont élaboré des politiques, établi des budgets et pris des mesures concrètes à cette fin, seuls 29 % des pays les plus riches en ont fait autant. Cela peut s'expliquer par le fait que l'on pratique davantage d'avortements à risque dans les pays à faible revenu.

373. L'accès à des soins d'IVG sans risques et complets et à la prise en charge des éventuelles complications diffère beaucoup selon les pays et les régions, voire au sein d'un même pays ou d'une même région. Il ressort des données de l'Indice des composantes du programme maternel et néonatal que, dans la plupart des pays en développement, l'accès à ces services est beaucoup plus limité pour les femmes qui vivent dans les régions rurales²⁶⁷.

374. Si l'on classe les pays en fonction du caractère restrictif de leur législation sur l'avortement, du plus au moins restrictif²⁶⁸, la proportion de pays ayant œuvré en faveur de la « prévention des avortements à risque et [de la] prise en charge des conséquences y relatives » était moindre (72 %) parmi les pays dont la législation était la plus restrictive. De plus, seuls 48 % d'entre eux avaient cherché à améliorer l'accès à l'« avortement sans danger dans la mesure où la loi l'autoris[ait] ».

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadre 16
Avortement

Dispositions non contraignantes. Depuis 1994, les normes en matière de droits de l'homme ont évolué de façon à renforcer et à étendre les obligations des États en matière d'avortement. Dans une série d'observations finales, les organes de suivi des traités ont mis en évidence la corrélation entre une législation restrictive en matière d'avortement, la mortalité maternelle et les avortements non médicalisés²⁶⁹, condamné l'interdiction absolue de l'avortement²⁷⁰ et

²⁶⁷ Analyse fondée sur les données de l'Indice des composantes du programme maternel et néonatal (MNPI) (<http://www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm>).

²⁶⁸ Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, World Abortion Policies 2013; disponible à l'adresse suivante : www.unpopulation.org.

²⁶⁹ Observations finales formulées par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes à l'issue de l'examen du sixième rapport périodique du Paraguay [CEDAW/C/PRY/CO/6, par. 31 a)] et du quatrième rapport périodique du Chili (CEDAW/C/CHI/CO/4, par. 20); observations finales formulées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels à la suite de l'examen des deuxième à quatrième rapports des Philippines, présentés en un seul document (E/C.12/PHL/CO/4, par. 31); et observations finales formulées par le Comité des droits de l'homme à la suite de l'examen du troisième rapport périodique de la Zambie (CCPR/C/ZMB/CO/3, par. 18).

engagé les États à supprimer les sanctions à l'encontre des femmes et des adolescentes qui recouraient à l'avortement et des personnes qui le pratiquaient²⁷¹. D'autre part, les organes conventionnels ont insisté sur le fait que les États devaient au minimum dépénaliser l'avortement et garantir que les femmes puissent y recourir en cas de grossesse présentant un risque pour leur santé ou leur vie, d'anomalie fœtale grave ou de grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste²⁷². Le Comité des droits de l'homme a cependant remarqué que de telles exceptions risquaient de ne pas suffire à garantir les droits fondamentaux des femmes et que l'avortement, quand il était autorisé par la loi, devait être un service de qualité accessible et acceptable, à la disposition de toutes²⁷³. Les organes conventionnels ont par ailleurs souligné que les États devaient dans tous les cas, indépendamment de leur législation, garantir des soins après avortement adaptés et confidentiels²⁷⁴.

Recours à l'avortement chez les jeunes femmes

375. En 2008, 41 % (soit 8,7 millions) des avortements non médicalisés concernaient des femmes âgées de 15 à 24 ans qui vivaient dans des pays en développement; 3,2 millions de ces cas concernaient des femmes de moins de

²⁷⁰ Observations finales formulées par le Comité contre la torture à la suite de l'examen du rapport initial du Nicaragua (CAT/C/NIC/CO/1, par. 16); observations finales formulées par le Comité des droits de l'homme à la suite de l'examen du sixième rapport périodique d'El Salvador (CCPR/C/SLV/CO/6, par. 10); et observations finales formulées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels à la suite de l'examen du troisième rapport périodique du Chili (E/C.12/1/Add.105, par. 26 et 53).

²⁷¹ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale 24 concernant l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes relatif aux femmes et à la santé, adoptée par le Comité à sa vingtième session (voir A/54/38/Rev.1, première partie, chap. I, sect. A); observations finales formulées par le Comité des droits de l'homme à la suite de l'examen du quatrième rapport du Costa Rica (CCPR/C/79/Add.107, par. 11); et observations finales formulées par le Comité des droits de l'enfant à la suite de l'examen du quatrième rapport périodique du Nicaragua [CRC/C/NIC/CO/4, par. 59 b)]

²⁷² Observations finales formulées par le Comité des droits de l'enfant à la suite de l'examen du rapport initial du Tchad (CRC/C/15/Add.107, par. 30), du troisième rapport périodique du Chili (CRC/C/CHL/CO/3, par. 56) et du quatrième rapport périodique du Costa Rica [CRC/C/CRI/CO/4, par. 64 c)]; observations finales formulées par le Comité des droits de l'homme à la suite de l'examen du troisième rapport périodique du Guatemala (CCPR/C/GTM/CO/3, par. 20); et observations finales formulées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels à la suite de l'examen du troisième rapport périodique de la République dominicaine (E/C.12/DOM/CO/3, par. 29) et du troisième rapport périodique du Chili (E/C.12/1/Add.105, par. 53).

²⁷³ Observations finales formulées par le Comité des droits de l'homme à la suite de l'examen du cinquième rapport périodique de la Pologne (CCPR/CO/82/POL, par. 8).

²⁷⁴ Observations finales formulées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels à la suite de l'examen du deuxième rapport périodique de la Slovaquie (E/C.12/SVK/CO/2, par. 24) et observations finales formulées par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes à la suite de l'examen du quatrième rapport périodique du Chili (CEDAW/C/CHI/CO/4, par. 20).

20 ans²⁷⁵. Les adolescentes risquent davantage de souffrir de complications à la suite d'un avortement non médicalisé et les femmes de moins de 25 ans comptent pour près de la moitié des décès des suites d'un avortement²⁵⁷. Les faits indiquent que les adolescentes cherchent généralement à avorter à un stade plus avancé de la grossesse. Même dans les pays où l'interruption volontaire de grossesse est autorisée par la loi dans certains cas, elles ont tendance à recourir à l'avortement non médicalisé par peur ou par manque de connaissance ou d'argent²⁷⁵.

Étude de cas – Une planification familiale efficace pour des taux d'avortement très faibles

Pays-Bas

Une planification familiale globale et pragmatique, en particulier à l'intention des jeunes, peut contribuer à réduire le recours à l'interruption volontaire de grossesse. Les Pays-Bas, qui enregistrent l'un des taux d'avortement les plus faibles au monde, en sont le parfait exemple. Les médecins de famille néerlandais ont commencé à proposer des services de planification familiale dès la fin des années 60. En 1971, le régime national d'assurance maladie a pris en charge la planification familiale, assurant la gratuité des moyens de contraception. L'éducation sexuelle dispensée dans le pays est universelle et complète et, d'après les indicateurs des Nations Unies, les Pays-Bas sont en outre le pays où les femmes sont les plus autonomes²⁷⁶ et où la pratique contraceptive chez les jeunes sexuellement actifs est l'une des plus élevées au monde. Cela se traduit par un taux d'avortement qui varie entre 5 à 9 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans, soit l'un des plus faibles au monde. Aux Pays-Bas, l'avortement est autorisé par la loi, sans risques, d'accès facile, mais il est rare²⁷⁷.

376. Dans le Programme d'action, les États se sont engagés à accorder la plus haute priorité à la prévention des grossesses non désirées et, partant, à « tout [faire] pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement ». Un examen plus approfondi des politiques et pratiques mises en œuvre dans les pays enregistrant un faible taux d'avortement, comme les Pays-Bas, peut offrir des enseignements utiles sur les moyens de réduire le nombre de grossesses non désirées dans d'autres pays.

5. Mortalité maternelle

377. De tous les indicateurs de santé en matière de sexualité et de procréation, les taux de mortalité maternelle sont ceux pour lesquels on a enregistré depuis 1994 le plus de progrès. En 1994, le nombre de femmes mourant de causes, en grande partie

²⁷⁵ I. Shah et E. Ahman, « Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women », *Questions de santé reproductive*, vol. 20, n° 39 (2012), p. 169 à 173.

²⁷⁶ *Les femmes dans le monde 2010 : tendances et statistiques* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.10.XVII.11).

²⁷⁷ *Sexual and Reproductive Health: The Netherlands in International Perspective* (2009); disponible à l'adresse suivante : www.rutgerswpf.org/sites/default/files/Sexual-and-reproductive-health.pdf.

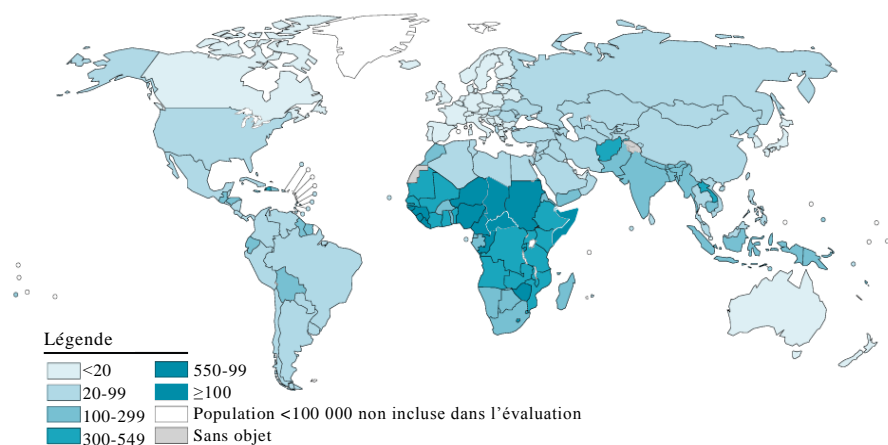
évitables, liées à leur grossesse et à leur accouchement dépassait encore un demi-million par an, mais, en 2010, le taux de mortalité maternelle avait diminué de 47 % par rapport à 1990, passant de 400 à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes²⁷⁸.

378. Cependant, quelque 800 femmes dans le monde meurent encore chaque jour de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, et les différences entre les régions développées et les régions en développement restent très profondes. En 2010, 99 % des décès maternels recensés dans le monde se sont produits dans les pays en développement²⁷⁸. Si, dans les pays développés, 1 femme sur 3 800 seulement court le risque de mourir de causes liées à la maternité, ce rapport s'établit à 1 sur 150 dans les pays en développement et à 1 sur 39 en Afrique subsaharienne²⁷⁸. Bien que l'ensemble du monde soit encore loin d'avoir atteint la cible 5.A des objectifs du Millénaire pour le développement, 10 pays l'avaient atteinte en 2010 et 9 autres sont en passe d'y parvenir d'ici à 2015²⁷⁹. Cependant, dans 26 pays, la mortalité maternelle a augmenté depuis 1990, en grande partie en raison des décès liés au VIH, tandis qu'en Afrique subsaharienne, le VIH et les pathologies liées à la maternité sont maintenant les deux principales causes de mort prématurée chez les femmes²⁷⁸.

Figure 31

Taux de mortalité maternelle par pays, 2010

(Nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)



Source: *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates* (Genève, OMS, 2012).

(Note de la figure 31, voir page suivante)

²⁷⁸ OMS et al., *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010, WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates* (Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2010, Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale) (Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2012).

²⁷⁹ Bangladesh, Cambodge, Chine, Égypte, Érythrée, Guinée équatoriale, Népal, République démocratique populaire lao et Viet Nam, OMS, *Chaque femme, chaque enfant : de l'engagement à l'action – Premier rapport du Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant* (Genève, 2012).

Note : Quarante pays avaient des taux de mortalité maternelle élevés en 2010. Parmi eux, seuls la Somalie et le Tchad avaient des taux extrêmement élevés (1 000 et 1 100, respectivement). Les huit autres pays où ces taux étaient les plus élevés étaient la République centrafricaine (890), la Sierra Léone (890), le Burundi (800), la Guinée-Bissau (790), le Libéria (770), le Soudan (730), le Cameroun (690) et le Nigéria (630). Ces taux étaient élevés dans la plupart des pays d’Afrique subsaharienne mais étaient faibles à Maurice (60), Sao Tomé-et-Principe (70) et le Cabo Verde (79) et modérément élevés au Botswana (160), à Djibouti (200), en Namibie (200), au Gabon (230), en Guinée équatoriale (240), en Érythrée (240) et à Madagascar (240). En dehors de l’Afrique subsaharienne, seuls quatre pays – République démocratique populaire lao (470), Afghanistan (460), Haïti (350) et Timor-Leste (300) – enregistraient des taux de mortalité maternelle élevé.

379. Les pays où les taux de mortalité maternelle sont excessivement élevés restent concentrés dans les régions en développement, surtout en Afrique subsaharienne, où de nombreux facteurs, dont la pauvreté et la fragilité des systèmes de santé en place, contribuent à la persistance de ces taux élevés²⁷⁸.

380. Les hémorragies post-partum, les septicémies, les accouchements difficiles, les complications résultant d’avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et l’hypertension, qui sont autant de pathologies évitables, comptent parmi les principales causes de décès maternels²⁸⁰. Les inégalités économiques et spatiales qui limitent l’accès des femmes aux soins obstétricaux d’urgence nécessaires au traitement de ces complications sont très fréquentes au sein d’un même pays, et nombre de femmes pauvres, notamment celles qui vivent dans des zones rurales ou reculées, ne peuvent être soignées par du personnel qualifié ni bénéficier de services de santé de qualité.

381. L’augmentation des taux de survie maternels enregistrée ces 20 dernières années s’explique en partie par les progrès qu’ont accomplis certains secteurs de la société dans les domaines suivants : soins anténatals, aide qualifiée à l’accouchement, services d’obstétrique d’urgence et planification de la famille. Toutefois, la majorité des pays en développement ne sont pas en voie d’atteindre les deux cibles de l’objectif du Millénaire n° 5, à savoir réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle et assurer d’ici à 2015 l’accès universel à la médecine procréative. Le retard pris est particulièrement prononcé en Afrique subsaharienne²⁸¹.

382. Les États devraient éliminer aussi rapidement que possible les cas de mortalité et de morbidité maternelles qui peuvent être évités, en renforçant les systèmes de santé et, ainsi, en assurant à toutes les femmes, notamment celles qui vivent dans les zones rurales et reculées, un accès universel à des soins prénatals de qualité, à une aide qualifiée à l’accouchement, aux soins obstétricaux d’urgence et aux soins postnatals.

²⁸⁰ C. Patton *et al.*, « Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data », *The Lancet*, vol. 374, n° 9693 (2009), p. 881 à 892.

²⁸¹ Ahman et Shah, « New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality » (voir note de bas de page 263 ci-dessus); OMS *et al.*, *Trends in Maternal Mortality* (voir note de bas de page 278 ci-dessus).

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 17

Mortalité maternelle

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Le Conseil des droits de l'homme a adopté de multiples résolutions affirmant que la mortalité maternelle constituait une violation des droits de l'homme, notamment la résolution 18/2 intitulée « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme » (2011), dans laquelle il reconnaît qu'«une approche fondée sur les droits de l'homme en vue d'éliminer la mortalité et la morbidité maternelles évitables est une démarche qui repose entre autres sur les principes suivants : responsabilisation, participation, transparence, autonomisation, viabilité, non-discrimination et coopération internationale » et encourage « les États et les autres parties prenantes, y compris les institutions nationales des droits de l'homme et les organisations non gouvernementales, à prendre des mesures à tous les niveaux pour s'attaquer aux causes premières, qui sont interdépendantes de la mortalité et de la morbidité maternelles, telles que pauvreté, malnutrition, pratiques nocives, inaccessibilité des soins et défaut de services de santé, manque d'information et d'éducation et inégalité entre les sexes, en accordant une attention particulière à l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles ».

a) Morbidité maternelle et cancers de l'appareil génital

383. On estime que pour chaque femme qui décède de causes liées à la grossesse, une vingtaine d'autres environ présentent des symptômes de morbidité maternelle²⁸², souffrant notamment de complications graves et durables. Les causes sous-jacentes de la morbidité maternelle – notamment la pauvreté et l'absence de soins spécialisés – sont les mêmes que celles de la mortalité maternelle²⁸³. La plupart de ses manifestations, comme la fistule obstétricale, sont tout à fait évitables pour peu que les femmes puissent bénéficier de soins obstétricaux prodigués par du personnel qualifié au moment de l'accouchement et de soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin.

384. L'incidence de la fistule obstétricale illustre la défaillance de la communauté mondiale, qui n'a pas su protéger les droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes et des filles, ni assurer une répartition équitable des services d'hygiène sexuelle et de santé procréative ainsi qu'un accès universel à ce type de prestations. On estime que 2 à 3,5 millions de femmes souffrent de fistule obstétricale dans les pays en développement, principalement en Afrique subsaharienne et en Asie où le nombre d'adolescentes qui accouchent est le plus élevé et où les soins obstétricaux d'urgence sont les moins accessibles, tandis que

²⁸² FNUAP, « Surviving childbirth but enduring chronic ill health »; document pouvant être consulté à l'adresse suivante : www.unfpa.org/public/mothers/pid/4388.

²⁸³ Voir www.who.int/topics/maternal_health/fr/, site consulté le 22 avril 2013.

50 000 à 100 000 nouveaux cas apparaissent chaque année. Les fistules obstétricales, qui ont été pratiquement éliminées dans les États développés, continuent d'affecter les plus pauvres des pauvres, à savoir les femmes et les filles qui vivent dans certaines des régions du monde les plus démunies²⁸⁴. **Les États devraient appliquer des mesures qui permettent d'éliminer la fistule obstétricale en garantissant à toutes les femmes des soins de santé maternelle de haute qualité, et en assurant la rééducation et la réinsertion au sein de leur communauté de celles qui ont survécu à ce type de lésion.**

385. Le taux de morbidité maternelle devrait être un indicateur de la qualité des services d'hygiène sexuelle et de santé procréative et du degré de réalisation du droit à la santé des femmes.

386. Dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, les participants à la Conférence se sont notamment engagés à s'attaquer aux problèmes de la stérilité et des cancers de l'appareil génital. La stérilité est non seulement une source de grande tristesse pour beaucoup de femmes et de couples, mais elle constitue aussi, dans de nombreuses régions du monde, un motif d'exclusion sociale, voire de divorce. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement préconisait la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, l'une des principales causes de stérilité secondaire, ainsi que le traitement de la stérilité lorsque c'était possible. Environ 2 % des femmes de la planète sont incapables de procréer (stérilité primaire) tandis que près de 11 % deviennent stériles après au moins un accouchement (stérilité secondaire). Dans les pays à faible revenu, la stérilité est souvent causée par des infections sexuellement transmissibles ou par des complications résultant d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses²⁸⁵. Bien que les taux de stérilité les plus élevés se retrouvent dans certains pays d'Asie du Sud et d'Afrique subsaharienne (où ils atteignent 28 et 30 % respectivement), la stérilité primaire a régressé en Asie du Sud, de même que la stérilité primaire et la stérilité secondaire en Afrique subsaharienne. Sous l'effet de la croissance démographique, le nombre de couples stériles a augmenté, passant de 42 millions en 1990 à 48,5 millions en 2010²⁸⁶.

387. Plus d'un demi-million de femmes sont atteintes chaque année du cancer du col de l'utérus, le deuxième cancer le plus répandu dans le monde chez les femmes âgées de 15 à 44 ans. Plus de 275 000 femmes en meurent chaque année, la grande majorité (242 000) dans les régions en développement, en particulier en Afrique subsaharienne. Bien que l'Enquête mondiale ait été réalisée avant que l'impact du vaccin contre le virus du papillome humain ne puisse être pleinement mesuré et ne comporte par conséquent aucune question à ce sujet, ce vaccin, qui est le fruit de

²⁸⁴ L. Wall *et al.*, « The obstetric vesicovaginal fistula in the developing world », *Obstetrical and Gynecological Survey*, vol. 60, n° 7 (2005), p. S1 à S51; S. Bernstein and D. Hansen, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (New York, Millennium Project, 2006); Campagne mondiale pour venir à bout de la fistule (www.endfistula.org); B. Osotimehin, « Obstetric fistula: ending the health and human rights tragedy », *The Lancet*, vol. 381, n° 9879 (18 May 2013), p. 1702 et 1703.

²⁸⁵ *Les femmes et la santé – La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, OMS (Genève, 2009).

²⁸⁶ M. N. Mascarenhas *et al.*, « National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys », *PLoS Medicine*, vol. 9, n° 12 (2012).

progrès technologiques, est prometteur pour la prévention du cancer du col de l'utérus²⁸⁷.

388. Dans les pays à revenu élevé, le cancer le plus répandu chez les femmes reste le cancer du sein, qui touche actuellement 70 femmes sur 100 000 et où son incidence est deux fois plus élevée que dans les pays à faible revenu. Cependant, en raison de l'insuffisance de l'accès au diagnostic et au traitement, la mortalité dans le monde en développement est semblable à celle des pays développés²⁸⁵.

389. Les États devraient prendre conscience du fait que la charge que représentent les cancers de l'appareil génital, notamment les cancers du sein et du col de l'utérus, qui va s'alourdir sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie et y faire face, en investissant dans le dépistage systématique de ces maladies au stade des soins primaires, et en orientant les patientes vers des services plus spécialisés.

b) Soins prénatals

390. Le pourcentage de femmes enceintes qui ont eu droit à au moins une consultation prénatale a augmenté de 30 % dans l'ensemble du monde, passant de 63 % en 1990 à 80 % en 2010. Là encore, ces résultats masquent des disparités régionales. En effet, en 2010, 94 % des femmes enceintes en Afrique australe avaient reçu des soins prénatals, alors qu'en Afrique de l'Ouest 67 % seulement des femmes enceintes avaient bénéficié d'au moins une consultation prénatale. En Amérique latine, pratiquement toutes les femmes enceintes (96 %) avaient bénéficié d'au moins une consultation prénatale et 88 %, d'au moins quatre prestations de ce type²⁸⁸.

391. D'après l'Enquête mondiale, 88 % des pays s'étaient attaqués à la question de « l'accès aux soins prénatals » au cours des cinq dernières années. En règle générale, ces pays enregistraient des taux de mortalité maternelle plus élevés que ceux qui n'avaient pas déclaré s'être attaqués à la question, ce qui laisse supposer qu'au moment où l'enquête a eu lieu, les gouvernements qui accordaient une attention particulière aux soins prénatals étaient ceux qui étaient aux prises avec une mortalité maternelle plus forte. En outre, on peut établir un lien entre l'intérêt que les pouvoirs publics portent à la question et la baisse du taux de mortalité maternelle, corrélation qui est tout à fait manifeste dans les pays à faible revenu.

392. Bien que beaucoup de pays aient déclaré s'être saisis de la question des soins prénatals, plus rares sont ceux qui, au cours des cinq années écoulées, avaient adopté des politiques, des budgets et des mesures d'application visant à « garantir aux femmes enceintes une alimentation et une nutrition adéquates » (71 %), et moins nombreux encore ceux qui ont affirmé s'être attaqués à l'objectif de « fournir une protection sociale et une assistance médicale aux adolescentes enceintes » (65 %).

²⁸⁷ WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer, *Human Papillomavirus and Related Cancers in World: Summary Report 2010*, updated 15 November 2010; document pouvant être consulté à l'adresse : www.hpvcentre.net/ et sur le site du Centre international de recherche sur le cancer (www.iarc.fr).

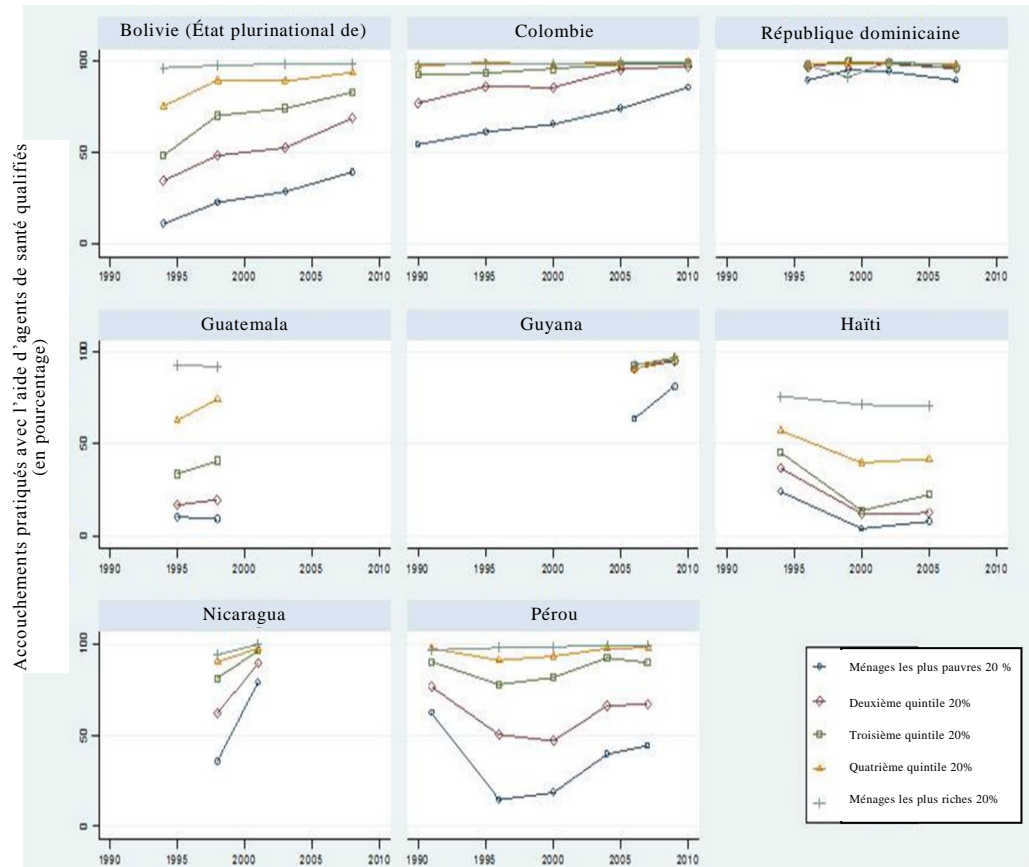
²⁸⁸ Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant rouge et Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant *Éliminer les inégalités en matière de santé : chaque femme, chaque enfant compte* (Genève, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant rouge, 2011); *Objectifs du Millénaire pour le développement, 2012* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.12.14).

c) Présence de personnel qualifié lors de l'accouchement

393. Le pourcentage d'accouchements pratiqués avec l'assistance de personnel de santé qualifié a augmenté dans les pays en développement, passant de 56 % en 1990 à 67 % en 2011. En dépit de cette évolution favorable, l'accès à des soins de santé maternelle de qualité demeure très inégal et continue de varier fortement suivant les régions du monde et suivant le niveau de richesse au sein d'un même pays. Plus les femmes sont aisées et plus elles ont des chances de bénéficier de l'aide de personnel qualifié au moment de leur accouchement, comme le montrent les variations de l'évolution de ce pourcentage, dans un même pays, selon le quintile de richesse des ménages (voir les figures 33 à 36).

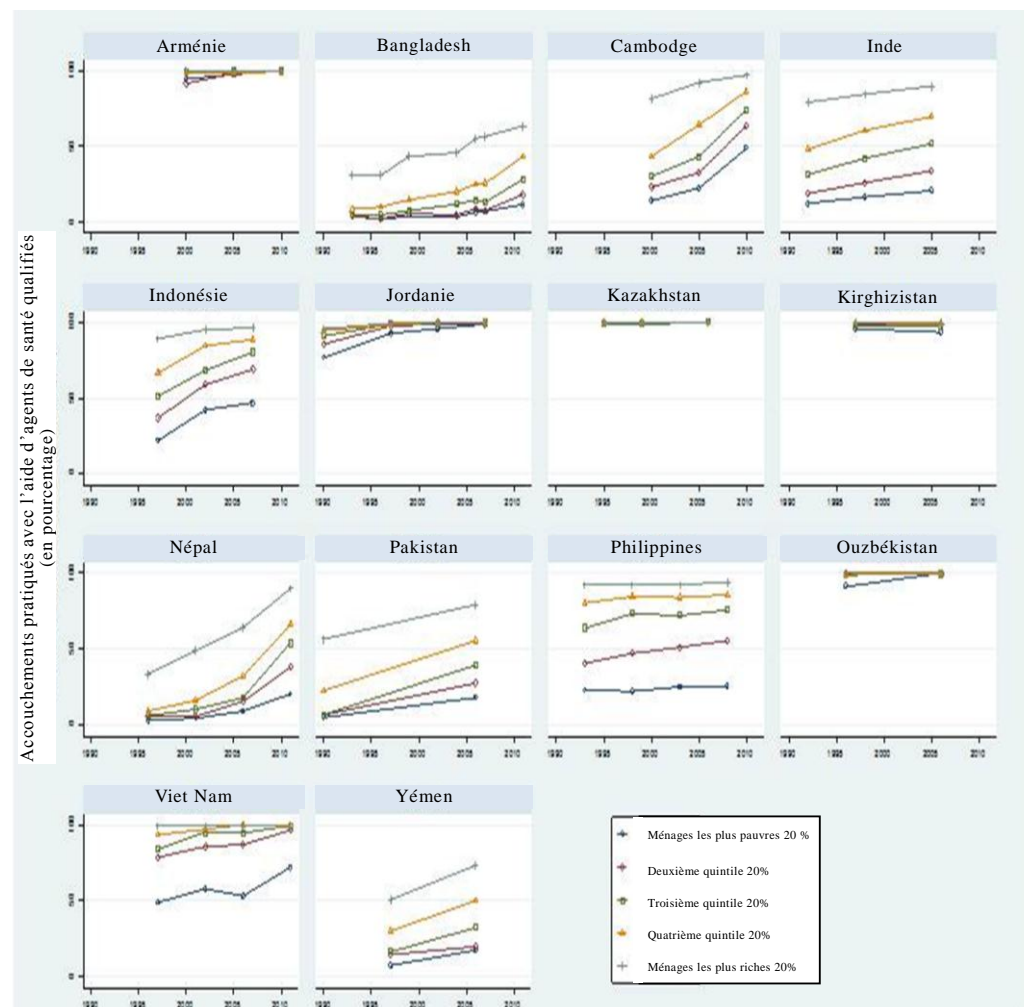
394. En comparant les figures 33 à 35 avec les figures 24 à 27, on constate que la répartition de la prévalence de la contraception par quintile de richesse est plus équitable que celle des accouchements médicalisés, et bénéficie davantage aux pauvres. En effet, sur le plan opérationnel, les systèmes de santé peu performants ont bien moins de peine à assurer des services de contraception que des services d'agents de santé qualifiés au moment de l'accouchement, dans la mesure où les femmes qui souhaitent se procurer rapidement des pilules contraceptives et des préservatifs ne sont pas obligées de passer par des agents sanitaires qualifiés – et où ces articles peuvent leur être distribués bien avant que le besoin ne s'en fasse sentir. Les disparités relevées en ce qui concerne la présence de personnel qualifié au moment de l'accouchement montrent que nombre de systèmes de santé ne sont pas suffisamment équipés pour prodiguer aux femmes pauvres les principaux soins de santé en matière de sexualité et de procréation qui leur sont nécessaires.

Figure 32
Évolution du nombre d'accouchements pratiqués avec l'aide d'agents de santé qualifiés, par quintile de richesse des ménages – Amériques
 (en pourcentage du nombre total d'accouchements)



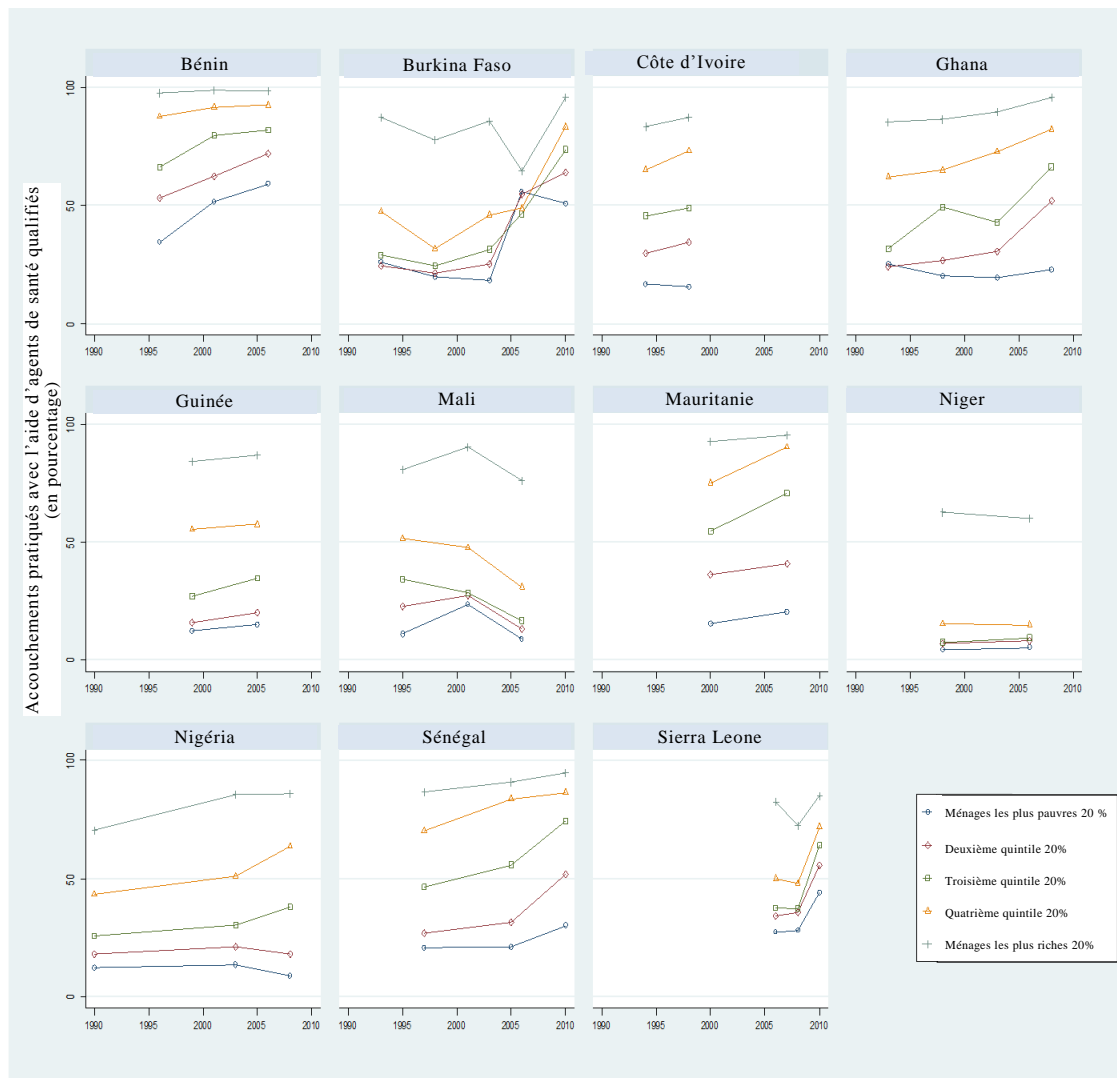
Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, couvrant tous les pays disposant de données pour au moins deux dates, document publié à l'adresse www.measuredhs.com (consultée le 15 juin 2013); enquêtes en grappes à indicateurs multiples publiées à l'adresse www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultée le 15 juin 2013).

Figure 33
Évolution du nombre d'accouchements pratiqués avec l'aide d'agents de santé qualifiés, par quintile de richesse des ménages – Asie
 (en pourcentage du nombre total d'accouchements)



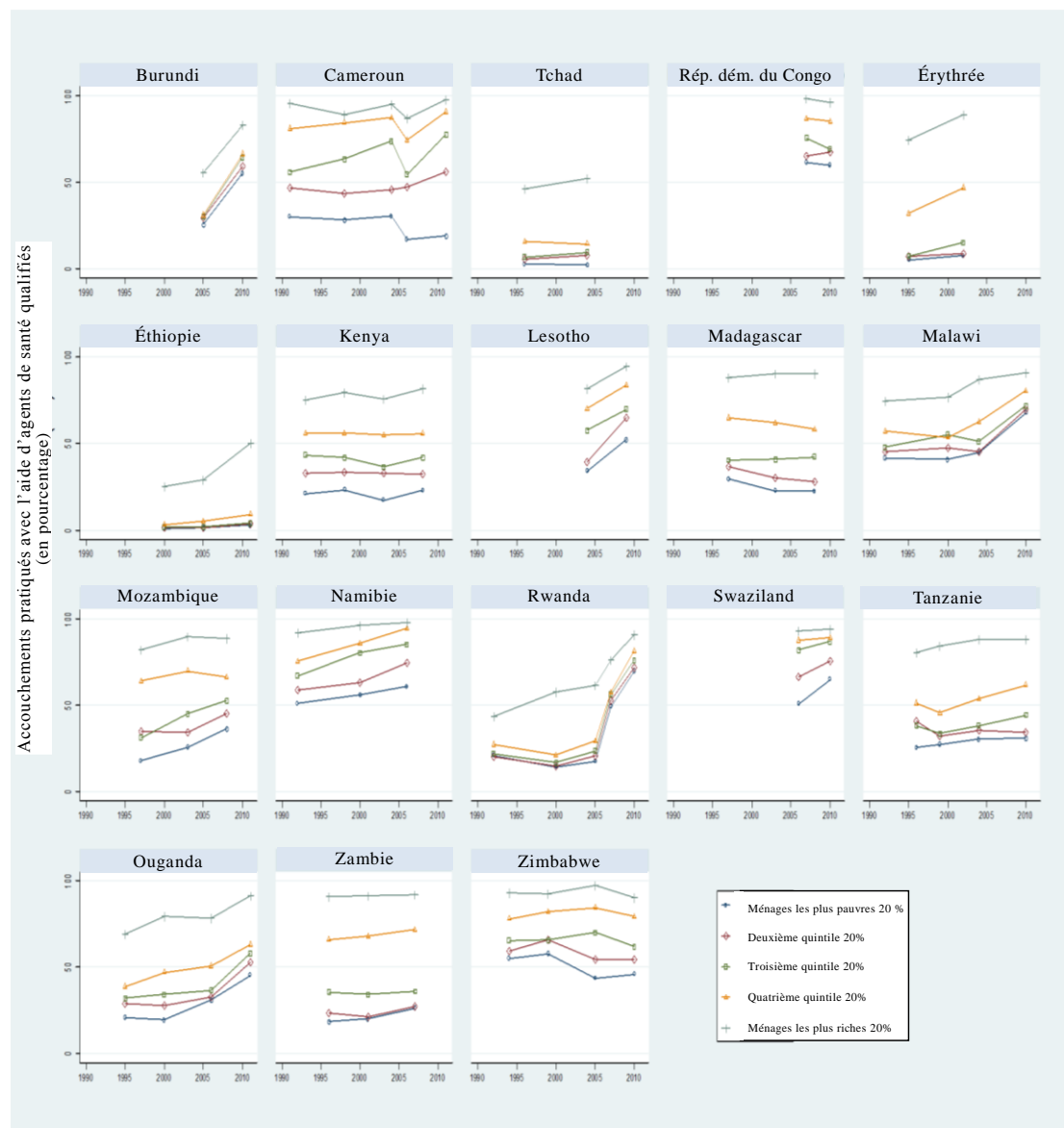
Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, couvrant tous les pays disposant de données pour au moins deux dates, document publié à l'adresse www.measuredhs.com (consultée le 15 juin 2013); enquêtes en grappes à indicateurs multiples publiées à l'adresse www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultée le 15 juin 2013).

Figure 34
Évolution du nombre d'accouchements pratiqués avec l'aide d'agents de santé qualifiés, par quintile de richesse des ménages – Afrique du Nord et Afrique de l'Ouest (en pourcentage du nombre total d'accouchements)



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, couvrant tous les pays disposant de données pour au moins deux dates, document publié à l'adresse www.measuredhs.com (consultée le 15 juin 2013); enquêtes en grappes à indicateurs multiples publiées à l'adresse www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultée le 15 juin 2013).

Figure 35
Évolution du nombre d'accouchements pratiqués avec l'aide d'agents de santé qualifiés, par quintile de richesse des ménages – Afrique de l'Est, Moyen-Orient et Afrique australe (en pourcentage du nombre total d'accouchements)



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, couvrant tous les pays disposant de données pour au moins deux dates, document publié à l'adresse www.measuredhs.com (consultée le 15 juin 2013); enquêtes en grappes à indicateurs multiples publiées à l'adresse www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultée le 15 juin 2013).

395. Les différences d'accès qui existent entre les femmes des villes et celles des zones rurales sont elles aussi d'une iniquité saisissante – les campagnardes étant beaucoup moins susceptibles que les citadines de bénéficier de l'assistance d'une personne qualifiée lors de leur accouchement. Cette situation tient en partie à la

grave pénurie de travailleurs sanitaires dont souffrent les 58 pays où 91 % des décès maternels se produisent. Dans l'ensemble, les progrès ont été minimes dans la région de l'Afrique subsaharienne, où moins de la moitié des accouchements ont lieu en présence de personnel qualifié²⁸⁹.

396. L'accès des parturientes à une assistance qualifiée, prêtée par du personnel de santé dûment formé, garantit à chaque femme la possibilité d'accoucher normalement et sans danger, en réduisant considérablement les risques de complications liées à l'accouchement et, partant, la demande de soins obstétricaux d'urgence. C'est pourquoi le recours aux services de personnel qualifié lors de l'accouchement est non seulement rentable, mais est aussi un indicateur utile de la maturité et de la modernité du système de santé, dont il permet de mesurer l'accessibilité et la capacité de répondre aux besoins de tous, en particulier des pauvres.

d) Soins obstétricaux d'urgence

397. Même lorsqu'ils ont lieu en présence d'agents de santé qualifiés, les accouchements s'accompagnent, dans 15 % des cas, de complications dont la plupart sont traitables à condition que toutes les femmes puissent avoir rapidement accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité²⁹⁰. Pourtant, en 2010, près de 287 000 femmes sont décédées des suites de complications liées à la grossesse²⁹¹ tandis que des millions d'autres présentaient des symptômes de morbidité chroniques par suite de ces complications. Ces chiffres montrent que l'accès aux soins obstétricaux d'urgence n'est pas équitable pour les femmes²⁹².

398. Il est possible de remédier aux cinq causes principales de la mortalité maternelle – les hémorragies post-partum, les septicémies, l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, l'hypertension et la dystocie d'obstacle – si l'on dispose de personnel dûment qualifié et équipé capable de prodiguer les soins obstétricaux d'urgence nécessaires²⁹². Ce personnel doit notamment être en mesure d'administrer des antibiotiques et des médicaments anticonvulsifs par voie parentérale, ainsi que des utérotoniques, en cas de prééclampsie et d'éclampsie, d'extraire le placenta et les rétentions de produits, d'effectuer des accouchements assistés par voie basse et de recourir à des procédures élémentaires de réanimation néonatale. En outre, pour être complets, les services d'urgence obstétrique doivent disposer de compétences chirurgicales afin de pratiquer des césariennes et de procéder à des transfusions sanguines. Pour assurer une couverture adéquate, il faudrait disposer, pour chaque demi-million d'habitants, d'au minimum cinq

²⁸⁹ FNUAP, *La pratique de sage-femme dans le monde, 2011, naissances réussies, vies sauvées* (New York, 2011).

²⁹⁰ Voir FNUAP, « Emergency obstetric care checklist for planners », document pouvant être consulté à l'adresse suivante : www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/150_filename_checklist_MMU.pdf.

²⁹¹ Objectifs du Millénaire pour le développement et l'après-2015, fiche d'information relative à la cible 5.A, document pouvant être consulté à l'adresse suivante : www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml.

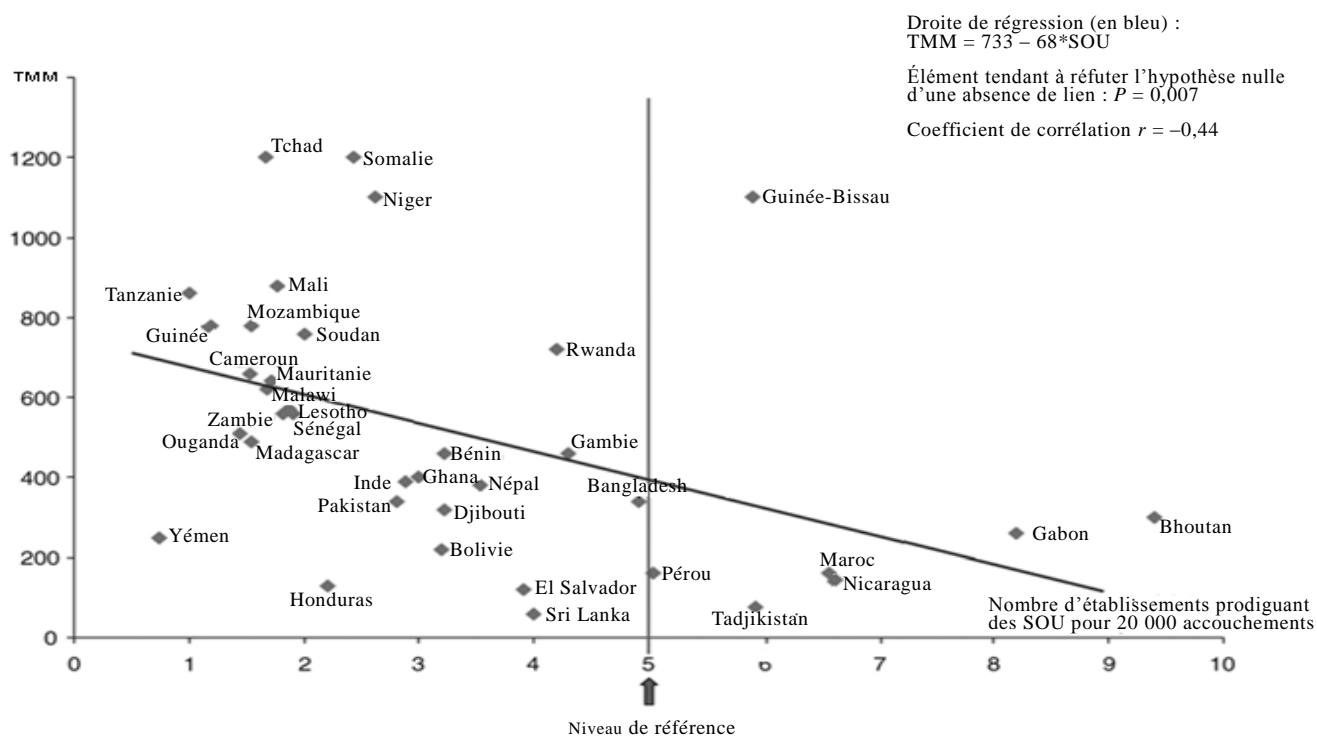
²⁹² FNUAP, « Setting standards for emergency obstetric and newborn care » (voir www.unfpa.org/public/home/mothers/pid/4385, document consulté le 12 décembre 2013).

établissements prodiguant des soins obstétricaux d'urgence, dont un au moins devrait offrir une gamme complète de prestations de ce type²⁹³.

399. Depuis 1994, les soins obstétricaux d'urgence sont devenus une composante essentielle des initiatives visant à réduire le taux de mortalité maternelle dans le monde. Toutefois, dans les pays en développement, l'étendue de ces soins reste insuffisante, les centres de santé qui offrent des services de ce type étant encore trop peu nombreux dans les pays où le taux de mortalité maternelle sont élevés ou intermédiaires. En outre, la majorité des établissements qui prodiguent des soins de santé maternelle n'offrent pas tous les services requis pour obtenir l'accréditation de centre d'urgence obstétrique.

Figure 36

Relation entre la mortalité maternelle et le nombre de centres de soins obstétricaux d'urgence pour 20 000 naissances



Source : S. Gabrysch, P. Zanger et O. M. R. Campbell, « Emergency contraceptive care availability: a critical assessment of the current indicator », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 17, n° 1 (janvier 2012), p. 2 à 8.

Note : Les auteurs se sont servis de données tirées de l'étude intitulée *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010 – WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates* (Genève, OMS, 2012); les taux de mortalité maternelle proviennent de cette même publication tandis que les estimations relatives aux établissements prodiguant des soins obstétricaux d'urgence ont été établies au moyen d'informations tirées de la publication de l'UNICEF intitulée *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 Report* et de l'étude de A. Paxton *et al.*, « Global patterns in availability of emergency obstetric care », parue dans le *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 93 (2006), et en utilisant des taux de

²⁹³ OMS *et al.*, *Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009).

naissance bruts provenant du système d'accès aux données UNdata (<http://data.un.org>). Le niveau de référence choisi, à savoir cinq établissements de soins obstétricaux d'urgence pour 20 000 accouchements, est représenté par la ligne verticale.

Abréviations : TMM = taux de mortalité maternelle ; SOU = soins obstétricaux d'urgence.

400. La figure 37 met en évidence la relation entre la mortalité maternelle et le nombre d'établissements qui prodiguent des soins obstétricaux d'urgence pour 20 000 accouchements. Les auteurs de l'analyse font valoir l'utilité de cette mesure de la densité des établissements prodiguant des soins obstétricaux d'urgence.

401. Alors que nombre de femmes n'ont pas accès à des soins obstétricaux d'urgence, il semblerait que des césariennes pratiquées sans indication médicale absorbent une part disproportionnée des ressources économiques mondiales et que le nombre excessif de ces interventions ait d'importantes répercussions négatives sur l'égalité d'accès aux soins de santé, à l'échelle tant internationale que régionale ou nationale. Il ressort d'une étude réalisée par l'OMS et portant sur le nombre de césariennes pratiquées dans les 137 pays où avaient eu lieu 95 % des accouchements pratiqués durant l'année que le pourcentage de césariennes pratiquées avait été insuffisant (moins de 10 % des accouchements) dans 54 pays, excessif dans 69 autres pays (plus de 15 %) et s'était établi entre ces deux taux dans les autres pays. Dans la même étude, le nombre de césariennes supplémentaires qui auraient été nécessaires était estimé à 3,1 millions en 2008 et celui des césariennes inutiles qui auraient été pratiquées durant la même année, à 6,2 millions. Le coût total des césariennes inutiles ou césariennes « de convenance » a été estimé à environ 2,3 milliards de dollars et celui des césariennes « nécessaires » à près de 432 millions de dollars²⁹⁴.

402. Là où il existe des établissements prodiguant des soins obstétricaux d'urgence, l'accès à ce type de soins demeure limité par plusieurs facteurs socioculturels, obstacles géographiques, contraintes financières et problèmes en rapport avec la qualité des prestations²⁹². La répartition inégale des centres qui prodiguent des soins obstétricaux d'urgence aggrave les handicaps dont souffrent les femmes rurales qui risquent davantage d'accoucher chez elles et de devoir parcourir de longues distances sur des chemins peu praticables en cas de complications²⁹⁵. Les données relatives au pourcentage de femmes ayant eu accès à des services permettant de traiter les hémorragies post-partum en 2005 font apparaître ces disparités entre femmes rurales et femmes urbaines (voir les figures 38 à 40) ainsi que de fortes variations d'un pays à l'autre²⁹⁶.

²⁹⁴ L. Gibbons *et al.*, « The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage », document d'information (background paper No. 30), établi pour le *Rapport sur la santé dans le monde* (Organisation mondiale de la Santé, 2010).

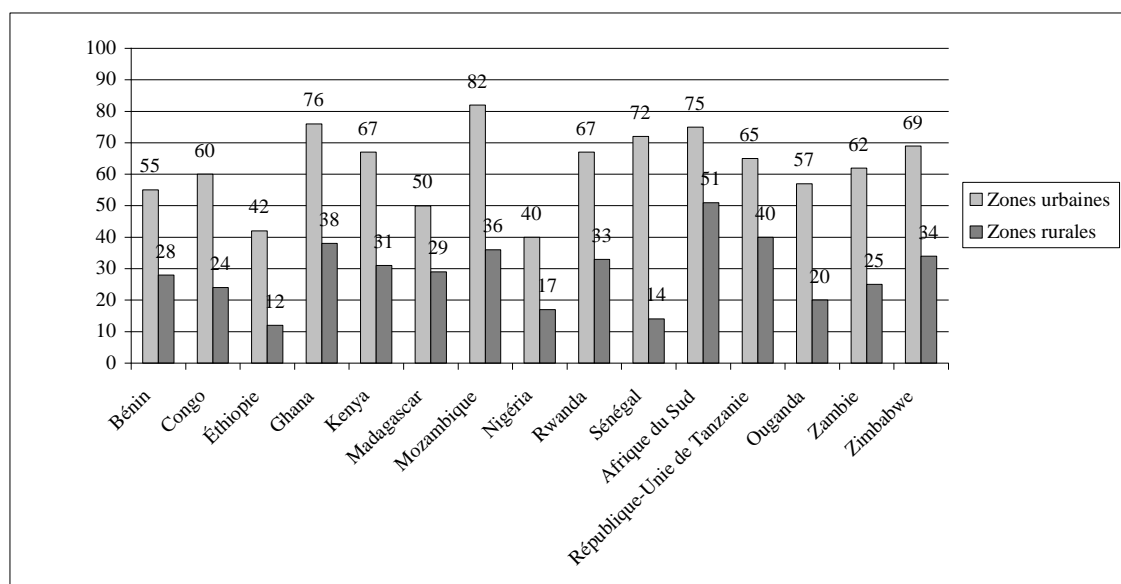
²⁹⁵ FNUAP, « Une intervention pressante : dispenser des soins obstétricaux d'urgence et des soins aux nouveau-nés », document pouvant être consulté à l'adresse suivante : www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/FR-SRH%20fact%20sheet-Urgent.pdf.

²⁹⁶ Le MNPI (Maternal and Neonatal Program Effort Index) est une mesure mise au point par le Futures Group International, qui fournit des données provenant d'une cinquantaine de pays en développement et portant sur 81 indicateurs de prestation de soins de santé maternelle et néonatale, aux fins d'une évaluation comparative de certains aspects propres aux services de santé maternelle et néonatale tels que la capacité qu'ont les centres de santé et les hôpitaux de district d'assurer des services de santé maternelle, l'accès aux services dans les zones rurales et

403. Les obstacles et les lacunes qui continuent de limiter l'accès aux soins obstétricaux d'urgence montrent à quel point il importe, dans nombre de pays en développement, d'investir dans des soins de santé procréative à même de sauver des vies, de manière à prodiguer des soins spécialisés et à assurer des services obstétricaux d'urgence aux femmes qui en ont besoin.

Figure 37

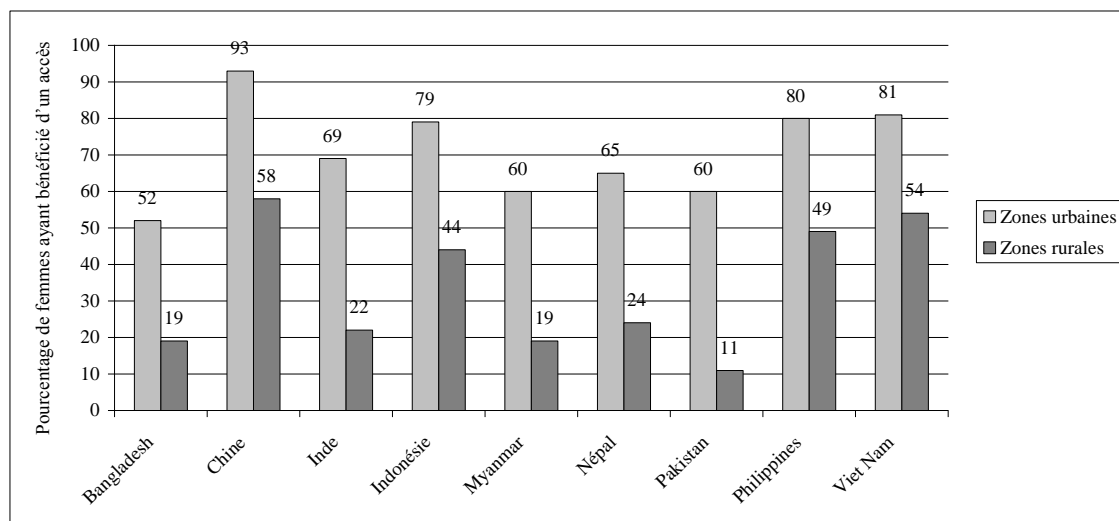
Estimations relatives aux pourcentages de femmes ayant eu accès à des services permettant de traiter les hémorragies post-partum, dans les zones rurales et urbaines de certains pays d'Afrique, en 2005



Source : Analyse fondée sur des données tirées du Maternal and Neonatal Program Effort Index, qui peut être consulté à l'adresse suivante : www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmmpi.cfm.

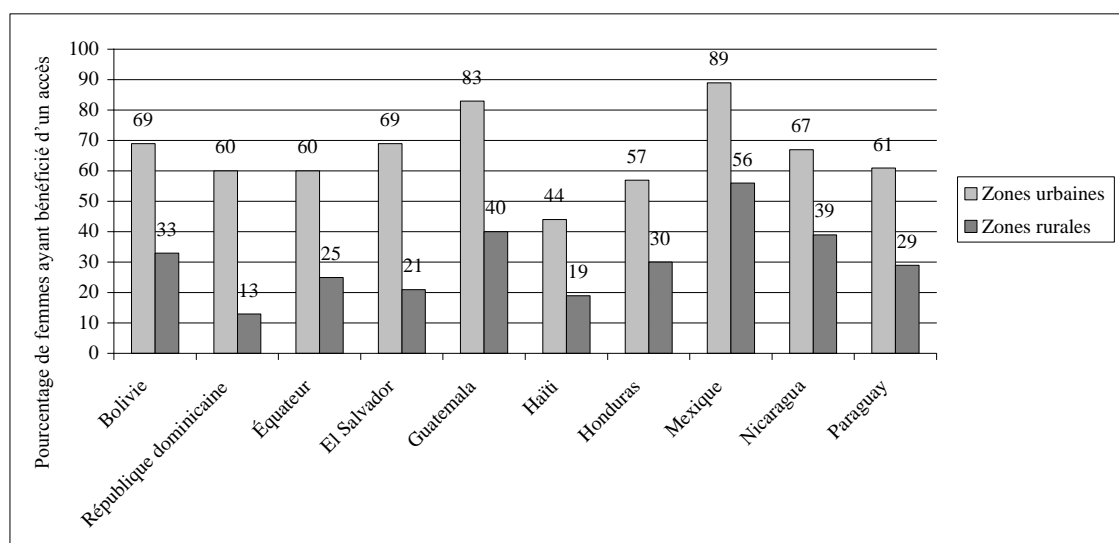
urbaines, les soins de santé maternelle et néonatale prodigués, l'offre de services de planification familiale ainsi que les services d'orientation et d'appui.

Figure 38
Estimations relatives aux pourcentages de femmes ayant eu accès à des services permettant de traiter les hémorragies post-partum, dans les zones rurales et urbaines de certains pays d'Asie, en 2005



Source : Analyse fondée sur des données tirées du Maternal and Neonatal Program Effort Index, qui peut être consulté à l'adresse suivante : www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmmpi.cfm.

Figure 39
Estimations relatives aux pourcentages de femmes ayant eu accès à des services permettant de traiter les hémorragies post-partum, dans les zones rurales et urbaines de certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes, en 2005



Source : Analyse fondée sur des données tirées du Maternal and Neonatal Program Effort Index, qui peut être consulté à l'adresse suivante : www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmmpi.cfm.

404. Bien que dans l'enquête mondiale, 79 % des pays aient déclaré s'être attaqués au problème de l'orientation des patientes vers des services qui assurent des soins obstétricaux d'urgence essentiels et complets, le pourcentage de pays estimant que les centres d'urgence obstétrique étaient convenablement répartis sur leur territoire allait de 40 %, en Afrique, à 97 % en Europe. En conséquence, les pays les plus mal lotis étaient ceux où les systèmes de santé étaient les plus vulnérables, où il y avait une pénurie de personnel qualifié et où ce personnel était mal réparti.

405. Il existe des corrélations étroites entre la répartition géographique des établissements qui prodiguent des soins obstétricaux d'urgence et les taux de mortalité maternelle. En effet, si 96 % des pays où ces taux sont les plus faibles ont affirmé, dans l'enquête mondiale, disposer d'établissements de soins obstétricaux d'urgence convenablement répartis sur l'ensemble de leur territoire, 29 % seulement des pays où la mortalité maternelle était la plus forte ont déclaré être dans ce cas.

6. Infections sexuellement transmissibles

406. Le nombre de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles a considérablement augmenté depuis 1994, notamment en raison du rajeunissement démographique dans les régions où le taux d'incidence est élevé, y compris en Amérique et en Afrique subsaharienne. Les taux les plus élevés d'infections sexuellement transmissibles sont généralement constatés en zone urbaine chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 35 ans, soit les âges où l'activité sexuelle est la plus grande²⁹⁷.

407. En 1995, l'OMS estimait à 333 millions le nombre de cas d'infections sexuellement transmissibles guérissables chez les personnes âgées de 15 à 49 ans pour les quatre maladies les plus courantes : la syphilis, la gonorrhée, les chlamydia et la trichomonase. En 2008, ce chiffre avait augmenté de près d'un demi-milliard (499 millions) de cas, essentiellement en raison d'une forte augmentation du nombre de cas de trichomonase, passé de 167 millions à 276,4 millions (soit une hausse de 65 %), ainsi que du nombre de cas de gonorrhée de 62 millions à 106 millions (soit une augmentation de 71 %). Ces augmentations ont coïncidé avec une baisse de 12 % de la syphilis, passée de 12 à 10,6 millions de cas²⁹⁷.

408. Si la baisse de la syphilis est importante, les 10 millions de cas restants constituent un grave problème pour la santé procréative : si les femmes enceintes atteintes de syphilis (soit 1,3 million de grossesses concernées en 2008, selon les estimations) ne sont pas traitées, 21 % des grossesses concernées aboutiront à des mortinaissances et 9 % à des décès néonataux²⁹⁸. De nombreuses infections sexuellement transmissibles contribuent à la stérilité chez les femmes et les hommes, et la gonorrhée et les chlamydia non traités chez les femmes enceintes peuvent entraîner de graves maladies néonatales, y compris la cécité. En outre, la coïnfection avec des infections sexuellement transmissibles (notamment la gonorrhée, les chlamydia, la syphilis et le virus Herpes simplex) augmente la

²⁹⁷ OMS, « Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections : overview and estimates », document WHO/HIV_AIDS/2001.02; OMS, *Prevalence and Incidence of Selected Sexually Transmitted Infections: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis – Methods and Results used by WHO to Generate 2005 Estimates* (Genève, 2011).

²⁹⁸ OMS, *Prevalence and Incidence of Selected Sexually Transmitted Infections*.

vulnérabilité à l'infection par le VIH, et l'infectiosité des porteurs du VIH. Le virus du papillome humain est la principale cause de cancer du col de l'utérus, responsable du décès d'environ 266 000 femmes par an, dont plus de 85 % vivent dans des pays à faible revenu²⁹⁹. Le virus du papillome humain est également associé aux cancers de l'anus, de la bouche et de la gorge³⁰⁰.

409. Les investissements faits après 1994 en vue de satisfaire aux besoins en matière de santé procréative et sexuelle n'ont pas tous été couronnés de succès. Bien qu'elles aient fait l'objet d'une vaste campagne de promotion, les consultations à faible coût offertes aux femmes pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles n'ont connu qu'un succès limité, excepté pour la syphilis. Les algorithmes syndromiques visant à diagnostiquer les infections sexuellement transmissibles chez les femmes présentant des pertes vaginales qui avaient bénéficié d'une vaste campagne de promotion ne se sont pas avérés fiables et ont, au contraire, contribué au surtraitement de certaines infections; ces méthodes ont été nettement plus efficaces auprès de la population masculine³⁰¹. Les infections sexuellement transmissibles étant en général plus symptomatiques chez les hommes, le dépistage, le diagnostic et le traitement constituent des moyens plus rentables de contrôler ces infections, et justifient la poursuite des investissements³⁰².

410. Les technologies de réaction en chaîne par polymérase ont largement amélioré le diagnostic des infections sexuellement transmissibles, mais leur coût élevé en limite l'utilisation. Des tests de diagnostic rapides, fiables et peu coûteux, seraient utiles dans les régions à faibles revenus, mais pour la syphilis ce type de test n'est pas encore disponible partout, et il est encore en cours d'élaboration pour les chlamydia³⁰³. Des laboratoires bien équipés étant indispensables aux services d'orientation médicale et utiles pour les infections sexuellement transmissibles et de nombreuses autres maladies, il est nécessaire de poursuivre les investissements à cet égard. S'étant avéré très efficace, le vaccin contre le virus du papillome humain devrait permettre de réduire considérablement la prévalence de certaines souches du virus.

411. L'OMS s'efforce d'établir, à l'échelle mondiale, une synthèse des données les plus fiables sur les infections sexuellement transmissibles recueillies dans chaque pays, mais ces données mettent en avant des carences importantes en termes de surveillance hors de certains pays riches et il convient d'interpréter ces synthèses mondiales avec précaution.

²⁹⁹ GAVI Alliance, Aide-mémoire sur le VPH (papillomavirus humain); consultable à l'adresse [www.gavialliance.org/library/publications/gavi-fact-sheets/factsheet--hpv-\(human-papillomavirus\)](http://www.gavialliance.org/library/publications/gavi-fact-sheets/factsheet--hpv-(human-papillomavirus)).

³⁰⁰ Voir Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/hpv/cancer.html) (consulté le 20 décembre 2013).

³⁰¹ OMS, « Infections sexuellement transmissibles », Aide-mémoire n° 110, (novembre 2013); consultable à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>; R. Snow et K. P. Bista, « Atelier consultatif international sur la gestion des IST en Asie du Sud (Katmandou, juillet 2001) », rapport de la réunion (Projet de contrôle des IST/VIH du Centre national népalais de contrôle du sida et des MST et de l'Université de Heidelberg).

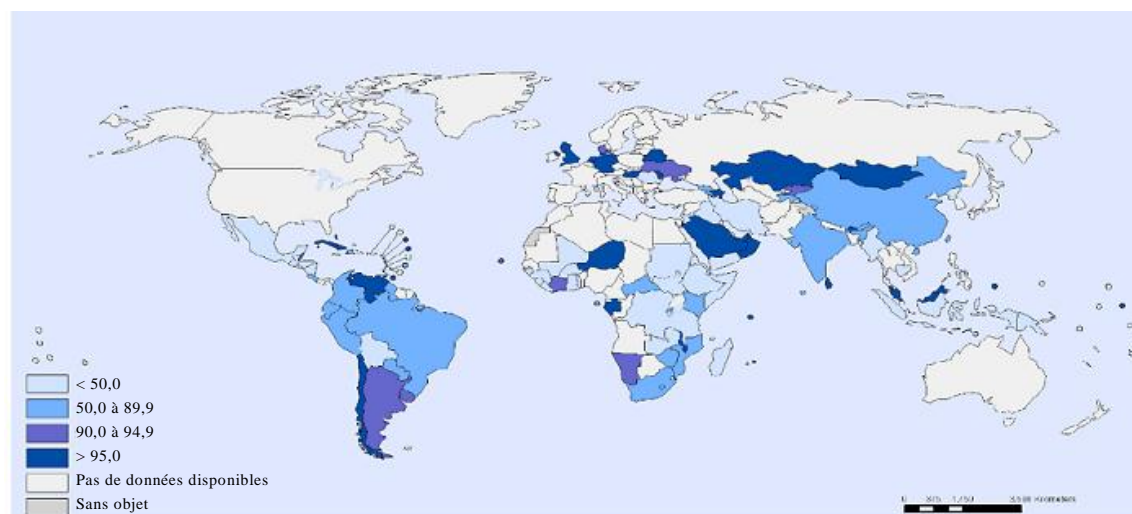
³⁰² K. L. Dehne, R. Snow et K. R. O'Reilly, « Integration of prevention and care of sexually transmitted infections with family planning services: what is the evidence for public health benefits? », *Bulletin de l'OMS*, vol. 78, n° 5 (2000).

³⁰³ OMS, *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015 – rompre la chaîne de transmission* (Genève, 2007); OMS, « Infections sexuellement transmissibles », Aide-mémoire n° 110 (novembre 2013).

412. Dans deux études récentes³⁰⁴ l’OMS a souligné la mauvaise qualité et la couverture limitée des données sur les infections sexuellement transmissibles. Il n’existe pas de système sentinelle permettant de recueillir des données à l’échelle mondiale sur les infections sexuellement transmissibles. Les données sur la syphilis et, dans une moindre mesure, sur la gonorrhée résistante aux traitements sont recueillies au moyen du Rapport mondial d’avancement sur la lutte contre le sida, qui est le fruit de la collaboration de l’OMS, d’ONUSIDA et de l’UNICEF.

Figure 40

Taux de patientes ayant reçu un test de dépistage de la syphilis lors de leur première consultation prénatale, données disponibles les plus récentes depuis 2005



Source : OMS, cartes de l’Observatoire mondial de la santé, disponible à l’adresse www.who.int/gho/map_gallery/en/index.html.

413. À la lumière des besoins actuels, l’OMS et ses partenaires appellent la communauté internationale à mener une action concertée en vue de mettre en place une surveillance systématique des infections sexuellement transmissibles, notamment par le dépistage et la gestion effective des cas. Il est urgent de mettre en œuvre ce projet, si nous voulons renforcer les systèmes de santé publique en leur fournissant des données plus fiables pour estimer les cas d’infection sexuellement transmissible, contrôler leur propagation et de limiter la morbidité consécutive³⁰⁵.

414. Les pouvoirs publics et les partenaires mondiaux dans le domaine de la santé doivent s’engager à renforcer la surveillance nationale et mondiale de l’incidence et de la prévalence des infections sexuellement transmissibles, appuyer l’élaboration et l’utilisation de tests de diagnostic fiables et abordables

³⁰⁴ WHO, *Baseline Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance 2012* (Genève, 2013); consultable à l’adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85376/1/9789241505895_eng.pdf.

³⁰⁵ OMS, « Sexually transmitted infections (STIs) », document WHO/RHR/13.02; consultable à l’adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf.

et promouvoir l'accès à des diagnostics et traitements de qualité, y compris pour les hommes et les garçons.

7. Prévention du VIH

415. Le nombre de nouvelles infections par le VIH a accusé une baisse de 33 % au niveau mondial, passant d'un pic de 3,4 millions par an en 2001 à 2,3 millions en 2012. Dans 26 pays à revenus faibles et intermédiaires, les nouvelles infections par le VIH ont diminué de plus de 50 % entre 2001 et 2012. Les nouvelles infections chez les adultes en Afrique subsaharienne, où sont enregistrés 70 % de toutes les nouvelles infections, ont baissé de 34 % depuis 2001. Cependant, malgré une baisse en Ukraine, le nombre de nouvelles infections a augmenté en Europe de l'Est et en Asie centrale ces dernières années, et il continue de croître au Moyen-Orient et en Afrique du Nord³⁰⁶.

416. La baisse du taux de nouvelles infections au VIH parmi la population adulte indique une réduction de la transmission par voie sexuelle. Toutefois, les progrès réalisés au niveau régional en matière de prévention du VIH cachent de graves disparités au sein des pays et entre les pays. Par exemple, en Afrique australe, de nouvelles infections apparaissent malgré une bonne sensibilisation du public à la maladie et un accès facile aux préservatifs. En Afrique du Sud, pays où vivent le plus grand nombre en valeur absolue de porteurs du VIH, le nombre annuel de nouvelles infections a chuté rapidement après avoir atteint un pic en 1998, mais cette baisse s'est ralentie entre 2004 et 2011, et l'incidence du VIH demeure élevée même après la diminution importante enregistrée entre 2011 et 2012³⁰⁷.

417. « Bien que les consommateurs de drogues injectables constituent, selon les estimations, 0,2 % à 0,5 % de la population mondiale, ils représentent environ 5 % à 10 % du nombre total de personnes vivant avec le VIH »³⁰⁶. En Europe de l'Est et en Asie centrale, la priorité est d'axer la prévention du VIH sur les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, car ils représentent plus de 40 % des nouveaux cas d'infection dans certains pays. Dans les pays où l'incidence du VIH est étroitement liée à la consommation de drogues injectables, les pouvoirs publics n'ont pas encore fait preuve d'un engagement politique fort pour remédier au problème et ne disposent pas de systèmes de recueil de données suffisants pour surveiller l'épidémie³⁰⁶.

418. Au niveau mondial, les travailleurs masculins, féminins et transgenre de l'industrie du sexe sont exposés à un risque accru de contracter le VIH, les femmes de ce milieu ayant une probabilité de 13,5 fois supérieure à celle des autres femmes de porter le virus. Et pourtant, l'insuffisance des financements consacrés à la prévention du VIH chez les travailleurs du sexe demeure disproportionnée au vu du niveau de risque auquel cette population est exposée. Étant également exposés à un risque accru de contracter le VIH, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes représentent une part disproportionnée des nouveaux cas d'infection en Amérique et en Asie et les jeunes et les sans-abri étant les plus exposés d'entre eux. Les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et d'autres tranches de la population exposées à un risque

³⁰⁶ ONUSIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013* (voir note de bas de page 16 ci-dessus).

³⁰⁷ ONUSIDA, AIDSinfo Online Database (www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx).

plus élevé de contracter le VIH continuent d'être stigmatisés, discriminés et, bien souvent, de faire face à des lois punitives qui renforcent leurs vulnérabilités et entravent la prévention, la prise en charge, les traitements, et le soutien indispensables³⁰⁶.

419. Quatre-vingt-douze pour cent des pouvoirs publics ayant participé à l'enquête mondiale ont indiqué s'être efforcés, au cours des cinq dernières années, d'améliorer l'accès aux services de prévention, de prise en charge et de traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH à l'intention des groupes vulnérables et des groupes à risque de la population, mais avec des degrés variables de réussite.

420. La prévention des nouvelles infections par le VIH dépend dans une large mesure des changements de comportement. L'efficacité des approches visant à provoquer de tels changements diffère d'une région à l'autre. Dans plusieurs pays d'Afrique, les comportements sexuels à risque ont augmenté entre 2000 et 2012, comme en témoignent la multiplication du nombre de partenaires sexuels (en Afrique du Sud, au Burkina Faso, au Congo, en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Gabon, au Guyana, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda et au Zimbabwe) et la diminution de l'usage du préservatif (en Côte d'Ivoire, au Niger, en Ouganda et au Sénégal)³⁰⁶. Un des grands défis de la prochaine décennie en matière de santé publique sera de comprendre la persistance des comportements sexuels à risque malgré la généralisation des préservatifs et leur facilité d'accès, les liens entre ces comportements et les normes déterminant les rapports hommes-femmes et les inégalités structurelles, et d'y remédier.

421. Il est indispensable que les pouvoirs publics, les experts, les organisations de la société civile se rencontrent dans le cadre d'une grande réunion des Nations Unies, en vue de chercher des solutions face à ces succès inégaux, à l'absence de changement des comportements dans certaines régions du monde, et au fait que les comportements préventifs soient en voie de disparition dans de nombreux pays à risque élevé.

422. Les pouvoirs publics et les partenaires mondiaux dans le domaine de la santé devraient s'attaquer au problème posé par la disparité des résultats des initiatives de prévention du VIH dans différentes parties du monde et parmi différents groupes de population; effectuer des recherches visant à établir les causes sous-jacentes de ces disparités; et partager les enseignements tirés de politiques s'étant avérées efficaces afin de réduire la prévalence des infections au VIH chez les populations à incidence élevée.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 18
VIH et sida

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Depuis 1994, de nombreuses nouvelles dispositions ont été prises afin de protéger les droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH et le sida. L'Assemblée générale a adopté trois déclarations sur le VIH et le sida, notamment la Déclaration

politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, figurant en annexe de la résolution 65/277 (2011), dans laquelle elle a réaffirmé « que le plein exercice par chacun de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales [était] un élément essentiel de l'action mondiale contre l'épidémie de VIH ». La Commission des droits de l'homme a adopté une série de résolutions sur la protection des droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH, notamment la résolution 2005/84 sur la protection des droits de l'homme dans le contexte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) (2005).

Dispositions non contraignantes. Un cadre pour la promotion des droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH et le sida a été intégré, en 1997, aux Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, les organes conventionnels des droits de l'homme s'intéressent de plus en plus aux droits des personnes vivant avec le VIH, y compris dans leurs observations générales et finales. Les organes conventionnels ont établi qu'il incombait aux États de garantir aux personnes vivant avec le VIH l'égalité dans la jouissance des droits de l'homme³⁰⁸, que les traitements antirétroviraux devaient être disponibles, abordables et accessibles³⁰⁹, et que les États devaient prendre des mesures pour éliminer tout obstacle à leur accès³¹⁰. Des ressources suffisantes doivent être consacrées aux programmes relatifs au VIH/sida³¹¹, et leur efficacité doit faire l'objet d'un suivi³¹². Les États sont également exhortés à prendre des mesures visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination en rapport avec le VIH/sida³¹³. Les États doivent s'assurer que les personnes vivant avec le VIH sont en mesure de prendre des décisions éclairées et délibérées concernant la

³⁰⁸ Observations finales du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, après examen du rapport initial et des deuxième et troisième rapports périodiques combinés de l'Éthiopie (A/51/38), chap. IV, sect. B.2, par. 161.

³⁰⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) (E/2001/22, annexe IV); observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels après examen du quatrième rapport périodique du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, des dépendances de la Couronne et de ses territoires d'outre-mer (E/C.12/1/Add.79, par. 40); observations finales du Comité des droits de l'homme après examen du deuxième rapport périodique du Kenya (CCPR/CO/83/KEN, par. 15).

³¹⁰ Observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels après examen du rapport initial du Honduras (E/C.12/1/Add.57, par. 26 et 47) et du rapport initial de la Zambie (E/C.12/1/Add.106, par. 30).

³¹¹ Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 3 (2003) sur le VIH/sida et les droits de l'enfant (voir A/59/41, annexe IX).

³¹² Observations finales du Comité des droits de l'enfant après examen du rapport initial de la Zambie (CRC/C/15/Add.206, al. d) du paragraphe 51).

³¹³ Observations finales du Comité des droits de l'enfant après examen du deuxième rapport périodique du Bhoutan (CRC/C/BTN/CO/2, al. d) du paragraphe 59) et des deuxième et troisième rapports périodiques combinés du Kazakhstan (CRC/C/KAZ/CO/3, al. d) du paragraphe 54).

procréation³¹⁴. Les organes conventionnels ont également recommandé aux États de s'intéresser notamment à certains groupes de la population, comme les jeunes femmes, les habitants des zones rurales, les minorités ethniques, les personnes âgées, et d'autres groupes vulnérables³¹⁵.

8. Prise en charge, traitement et soutien relatifs au VIH/sida

423. À l'époque de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, on ne parlait pas encore de pandémie s'agissant du VIH. En 1993, on estimait à 14 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH, mais ce n'est qu'après la Conférence que la pandémie a explosé. D'après les estimations, en 10 ans (2003), 31,7 millions de personnes vivaient avec le VIH, dont les trois quarts résidaient en Afrique³¹⁶. Les pouvoirs publics et les institutions d'aide ont réagi mais, en 2005, le nombre de morts du sida avait déjà atteint le chiffre record de 2,3 millions par an³⁰⁶. Le fardeau mondial du VIH est passé du trente-troisième rang des pertes d'années de vie corrigées du facteur incapacité en 1990 au cinquième rang en 2010. Et si le nombre de décès causés par le sida a fortement baissé, passant à 1,6 million de personnes en 2012³⁰⁶ selon les estimations, il demeure la principale cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) dans le monde³¹⁷. En Afrique subsaharienne, le sida et les problèmes liés à la maternité sont les principales causes de mortalité chez les femmes en âge de procréer³¹⁸.

424. Selon les nouvelles lignes directrices établies en 2013 par l'OMS pour les traitements, les 9,7 millions de personnes recevant un traitement antirétroviral en 2012 ne représentaient que 34 % des personnes éligibles³⁰⁶. Les lignes directrices ont été modifiées afin de tenir compte de nouveaux éléments justifiant l'utilité de commencer le traitement antirétroviral plus tôt dans l'histoire naturelle de l'infection. Ainsi, malgré un meilleur accès au traitement antirétroviral, la proportion de personnes éligibles qui en bénéficient reste très inférieure à l'objectif 6 du Millénaire pour le développement concernant l'accès universel au

³¹⁴ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 24 relative à l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes sur les femmes et la santé, adoptée par le Comité à sa vingtième session (voir A/54/38/Rev.1, première partie, chap. I, sect. A).

³¹⁵ Observations finales du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, après examen des deuxième et troisième rapports périodiques combinés de la République de Moldova (CEDAW/C/MDA/CO/3, par. 31) et du rapport initial du Myanmar (A/55/38, chap. IV, sect. B, par. 96); observations finales du Comité des droits de l'homme après examen du deuxième rapport périodique de la Lituanie (CCPR/CO/80/LTU, par. 12); observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels après examen du rapport initial de la Chine (y compris Hong Kong et Macao) (E/C.12/1/Add.107, par. 60); observations finales du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, après examen des cinquième et sixième rapports périodiques combinés de la Zambie (CEDAW/C/ZMB/CO/5-6, al. a) du paragraphe 36) et des quatrième à septième rapports combinés de l'Ouganda (CEDAW/C/UGA/CO/7, par. 46).

³¹⁶ ONUSIDA, AIDSInfo Online Database (www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx). Données consultées en décembre 2013.

³¹⁷ OMS, « La santé des femmes », aide-mémoire n° 334 (septembre 2013); consultable à l'adresse www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/fr/.

³¹⁸ OMS *et al.*, *Trends in Maternal Mortality* (voir note de bas de page 278).

traitement antirétroviral d'ici à 2015³⁰⁶. Bien que la mise en œuvre des programmes de traitement aient été couronnée de succès dans de nombreux pays, la fourniture des services concernés demeure problématique lorsque les systèmes de santé sont précaires et en sous-effectifs, et la stigmatisation fait obstacle au dépistage et à la prise en charge. Le nombre d'enfants recevant une thérapie antirétrovirale est sensiblement inférieur à celui des adultes à l'échelle mondiale, ce qui se confirme également à d'autres échelles³⁰⁶.

425. Le taux de femmes enceintes porteuses du VIH qui ont accès au traitement antirétroviral a fortement augmenté grâce à l'expansion soutenue des programmes visant à mettre un terme à la transmission verticale, dont la couverture mondiale atteignait 63 % en 2012. Il existe cependant des disparités considérables entre les régions dans la couverture des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, celle-ci dépassant les 90 % en Europe de l'Est, en Europe centrale et dans les Caraïbes, tandis qu'elle reste en dessous de 20 % dans le Pacifique, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Parmi les pays touchés par une épidémie généralisée, 13 pays ont dispensé un traitement antirétroviral à moins de 50 % des femmes enceintes vivant avec le VIH, et 13 autres ont assuré un taux de couverture de 80 % pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant³⁰⁶. Les différences de couverture en matière de prévention de la transmission de la mère à l'enfant dans les pays concernés par l'épidémie généralisée ne semblent pas s'expliquer par des différences dans la prévalence nationale du VIH³¹⁹.

426. Si la prévention de la transmission de la mère à l'enfant a permis d'accroître l'accès des femmes enceintes au traitement, la proportion de celles qui reçoivent le traitement antirétroviral pour elles-mêmes demeure inférieure à celle de la population en général³⁰⁶. En outre, des différences entre les sexes persistent quant à l'accès et au recours aux services de dépistage et de conseil relatifs au VIH³²⁰, ainsi qu'au traitement.³²¹ Les progrès en matière de couverture de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant se sont traduits par une diminution de ce type de transmission, empêchant ainsi 670 000 enfants de contracter le VIH. En 2012, 260 000 enfants ont été infectés dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, soit une baisse de 35 % depuis 2009.

427. Les pouvoirs publics devraient garantir un accès universel aux services d'information, d'éducation et de conseils relatifs au VIH, notamment aux tests

³¹⁹ ONUSIDA, AIDSinfo Online Database; consultable à l'adresse www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/aspx/Home.aspx.

³²⁰ P. Glick et D. Sahn, « Changes in HIV/AIDS knowledge and testing behavior in Africa: how much and for whom? », *Journal of Population and Economics*, vol. 20, n° 2 (2007), p. 383 à 422; S. Mitchell *et al.*, « Equity in HIV testing: evidence from a cross-sectional study in ten Southern African countries », *BMC International Health and Human Rights*, vol. 10, n° 23 (2010); R. C. Snow, M. Madalane et M. Poulsen, « Are men testing? Sex differentials in HIV testing in Mpumalanga Province, South Africa », *AIDS Care*, vol. 22, n° 9 (2010), p. 1060 à 1065; A. E. Yawson, P. Dako-Gyeke et R. Snow, « Sex differences in HIV testing in Ghana, and policy implications », *Aids Care*, vol. 24, n° 9 (2012), p. 1181 à 1185.

³²¹ P. Braitstein *et al.*, « Gender and the use of antiretroviral treatment in resource-constrained settings: findings from a multicenter collaboration », *Journal of Women's Health*, vol. 17, n° 1 (2008), p. 47 à 55; P. Dako-Gyeke, R. Snow et A. E. Yawson, « Who is utilizing anti-retroviral therapy in Ghana: an analysis of ART service utilization », *International Journal for Equity in Health*, vol. 11, n° 62 (2012); A. S. Muula *et al.*, « Gender distribution of adult patients on highly active antiretroviral therapy (HAART) in Southern Africa: a systematic review », *BMC Public Health*, vol. 7, avril 2007.

de dépistage volontaires et confidentiels, plus particulièrement à l'intention des jeunes et des personnes à risque accru de contracter le virus; et s'engager à fournir, dans le plus bref délai possible, un accès universel au traitement antirétroviral en vue d'éliminer la transmission du virus de la mère à l'enfant, d'assurer le suivi des enfants exposés au VIH, de prolonger l'espérance et la qualité de vie des mères et de toutes les personnes vivant avec le sida, et de protéger toutes les personnes vivant avec le VIH contre la stigmatisation, la discrimination et la violence.

428. En ce qui concerne l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement visant à prolonger l'espérance de vie des mères séropositives, l'enquête menée à l'échelle mondiale montre que 86 % des pays ont déclaré avoir abordé cette problématique au cours des cinq dernières années. Parmi les 38 pays qu'ONUSIDA a estimé être fortement touchés par le VIH/sida, 97 % ont déclaré avoir traité cette problématique pendant la même période. Bien que les objectifs n'aient pas encore été atteints, cela indique que les pays qui en ont le plus besoin ont déployé le plus d'efforts.

E. Maladies non transmissibles

429. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, la contribution des maladies non transmissibles au fardeau de morbidité s'est accrue dans le monde en développement. Le nombre de décès liés à ce type de maladies (essentiellement maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires chroniques et diabète) a augmenté de 30 % entre 1990 et 2010, au niveau mondial³²². Dans toutes les régions, sauf l'Afrique, le nombre de décès causés par des maladies non transmissibles dépasse le nombre de décès causés par des maladies maternelles, périnatales, transmissibles et nutritionnelles³²³. Les taux de mortalité liés à des maladies non transmissibles sont plus élevés dans les régions les plus développées, notamment l'Europe de l'Est, où les personnes âgées représentent une proportion plus élevée de la population. Cependant, les taux de mortalité causée par des maladies non transmissibles normalisés selon l'âge montrent que les populations vivant en Afrique présentent le risque le plus élevé de décès par maladies non transmissibles par rapport aux autres régions³²⁴. Selon les prévisions, le nombre de décès par maladies non transmissibles doit augmenter de 44 % dans le monde entre 2008 et 2030, le fardeau de morbidité étant le plus élevé dans les pays à revenu faible et intermédiaire où les taux d'accroissement de la population sont plus élevés et où la longévité augmente³²³.

430. Environ la moitié de toutes les maladies non transmissibles sont dues à une pression artérielle trop élevée (13 % des décès mondiaux), à l'usage du tabac (9 % à 10 %), à un taux de cholestérol et une glycémie élevés (6 %), au manque d'activité

³²² R. Lozano *et al.*, « Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 », *The Lancet*, vol. 380, n° 9859 (15 décembre 2012), p. 2095 à 2128.

³²³ OMS, Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 (Genève, 2011).

³²⁴ Nations Unies, « Population ageing and the non-communicable diseases », *Population Facts*, n° 2012/1.

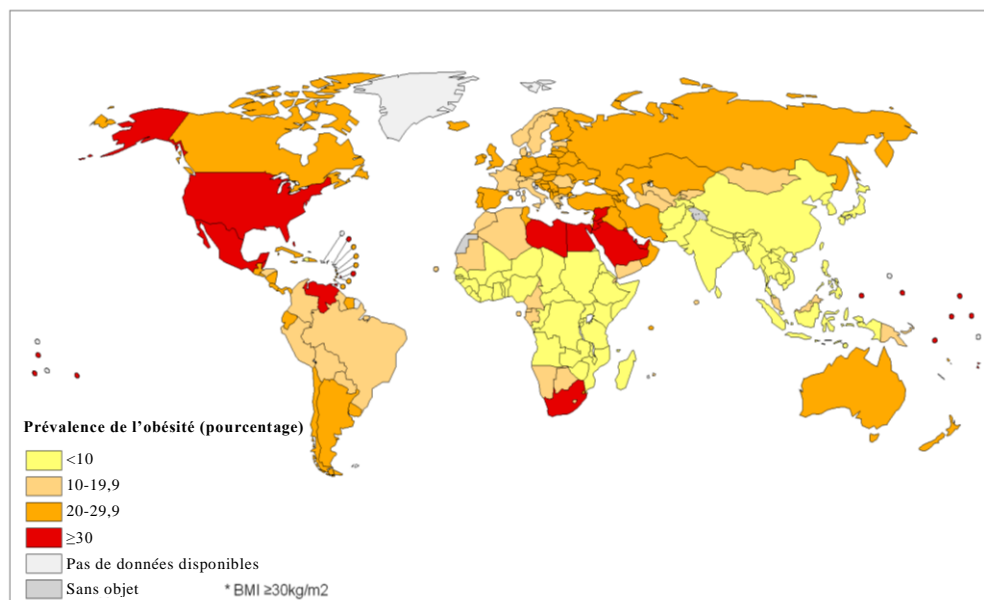
physique (6 % à 7 %) et à l'obésité (5 % à 7 %)³²⁵. Il importe, par conséquent, de sensibiliser tôt les jeunes, en éduquant les adolescents, les jeunes et les parents à l'importance d'une alimentation saine et de l'exercice, et aux risques liés à la consommation nocive d'alcool et de tabac.

1. Maladies non transmissibles et inégalité

431. Si les comportements et facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles sont généralement associés aux populations vivant dans les pays à revenu élevé, on assiste à une mondialisation des modes de vie malsains³²⁶. Ainsi par exemple, la prévalence mondiale de l'obésité a presque doublé entre 1980 et 2008, étant élevée dans les régions développées comme dans les moins développées (voir fig. 42).

Figure 41

Prévalence de l'obésité, normalisée selon l'âge, chez les adultes des deux sexes âgés de 20 ans et plus, 2008



Source : OMS, cartes de l'Observatoire mondial de la Santé, disponible à l'adresse www.who.int/gho/map_gallery/en/index.html (25 octobre 2013).

432. Dans toutes les régions, les femmes sont plus touchées par l'obésité que les hommes³²⁷. L'obésité chez les jeunes enfants a augmenté dans toutes les régions, mais elle connaît une croissance plus rapide dans les pays à revenu faible et

³²⁵ S. Sawyer *et al.*, « Adolescence: a foundation for future health », *The Lancet*, vol. 379, n° 9826 (2012), p.1630 à 1640; OMS, *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010* (Genève, 2011).

³²⁶ D. Bloom *et al.*, *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases* (Genève, Forum économique mondial, 2011).

³²⁷ OMS, *Rapport annuel des statistiques sanitaires mondiales 2012* (Genève, 2012).

intermédiaire où elle devrait doubler en 2015 par rapport à son niveau de 1990³²⁸. Des facteurs tels que l'insuffisance pondérale à la naissance, une mauvaise alimentation pendant l'enfance et l'exposition à la fumée secondaire peuvent prédisposer les pauvres aux maladies non transmissibles. Il s'agit de maladies généralement chroniques qui favorisent l'absentéisme au travail, excluent des personnes de la population active et ont un coût économique en raison de la baisse de productivité et des frais médicaux qu'elles entraînent.

433. Dans le monde en développement, la morbidité et la mortalité liées à des maladies non transmissibles touchent des tranches d'âge plus jeunes et affectent les adultes pendant leurs premières années d'activité professionnelle³²⁹. On constate une proportion bien plus élevée de décès liés à des maladies non transmissibles parmi les populations de moins de 60 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire (29 %) que dans les pays à revenu élevé (13 %), et le risque de mourir prématurément est plus élevé chez les pauvres que chez les nantis³²³.

2. Maladies mentales

434. Les maladies mentales qui concernent des centaines de millions de personnes à l'échelle mondiale représentent une grande part des maladies non transmissibles ainsi qu'une cause majeure de perte d'années de vie corrigées du facteur incapacité due à des maladies non transmissibles³²⁶. Les troubles dépressifs qui touchent 154 millions de personnes dans le monde comptent pour un tiers de ce fardeau et sont sensiblement plus fréquents chez les femmes, surtout les femmes jeunes. Selon Alzheimer's Disease International, 44 millions de personnes vivent actuellement avec la maladie, chiffre qui devrait atteindre 135 millions d'ici à 2050. En outre, 71 % des cas seront recensés dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2050³³⁰.

435. Les maladies mentales et la pauvreté se renforcent mutuellement: la pauvreté augmente l'exposition au stress, à la malnutrition, à la violence et à l'exclusion sociale, et la maladie mentale augmente le risque de devenir ou de rester pauvre³³¹. Avec les maladies cardiovasculaires, les maladies mentales représentent 70 % de production économique en moins et le fardeau économique mondial des maladies non transmissibles devrait doubler entre 2010 et 2030³²⁶. Même si ce sont les pays à revenu élevé qui devront supporter le plus lourd fardeau économique, l'amélioration de la santé mentale dans les pays à revenu faible et intermédiaire doit demeurer une priorité du développement³³².

3. Prévention des maladies non transmissibles : dès l'adolescence

436. La plupart des maladies non transmissibles et environ 70 % des décès prématurés chez les adultes sont étroitement associés à quatre comportements qui

³²⁸ OMS, *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010* (Genève, 2011).

³²⁹ W. Baldwin et L. Amato, « Global burden of noncommunicable diseases », Fact sheet (Washington, Population Reference Bureau, juillet 2012).

³³⁰ Alzheimer's Disease International, « Policy brief for Heads of Government: the global impact of dementia 2013-2050 » (Londres, décembre 2013); consultable à l'adresse www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief.

³³¹ C. Lund *et al.*, « Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries », *The Lancet*, vol. 378, n° 9801 (2011), p. 1502 à 1514.

³³² « Mental health care: the economic imperative », *The Lancet*, vol. 378, n° 9801 (2011), p. 1440.

commencent ou sont renforcés à l'adolescence : le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'inactivité et la suralimentation ou la mauvaise nutrition³³³. Ainsi, le tabagisme commence typiquement à l'adolescence et est responsable d'un décès sur six liés à des maladies non transmissibles³³⁴. La réduction de l'offre et de la demande de tabac permettrait d'éviter 5,5 millions de morts sur 10 ans dans 23 pays à revenu faible et intermédiaire touchés par un lourd fardeau de maladies non transmissibles³³⁴. En outre, les chiffres concernant l'Europe et les pays à revenu faible et intermédiaire indiquent une augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes, à un âge précoce³³⁵.

437. L'éducation à la santé tout au long de la vie devrait commencer avec les jeunes, dans les programmes scolaires conjointement avec des campagnes d'éducation complète en matière de sexualité, car de nombreuses habitudes influençant la santé à long terme se forment dès un jeune âge, et sont étroitement liées à certains aspects de la formation de l'identité et aux aspirations à devenir adulte.

438. Les pouvoirs publics devraient réduire les facteurs de risque responsables des maladies non transmissibles en encourageant des comportements sains chez les enfants et les adolescents, au moyen des programmes scolaires, des médias, et d'une éducation complète en matière de sexualité, expliquant notamment comment résister à la consommation de tabac et d'autres substances nocives, les principes d'une alimentation et d'une nutrition saines, les bienfaits des mouvements et de l'exercice physique, la gestion du stress et la santé mentale.

F. Évolution de l'espérance de vie

439. Au niveau mondial, l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes est passée de 64,8 ans dans les années 1990-1995 à 70 ans dans les années 2010-2015, ce qui représente une augmentation de 5,2 ans, ainsi répartie : l'espérance de vie est passée de 67,1 à 72,3 ans pour les femmes, et de 62,5 à 67,8 ans pour les hommes³³⁶.

440. L'espérance de vie a augmenté de façon constante dans toutes les régions du monde sauf en Afrique et en Europe. En Afrique, sa progression a d'abord été lente dans les années 90, en raison de la montée en flèche de la mortalité dans de nombreux pays du fait du VIH/sida et des conflits, mais elle s'est accélérée dans les années 2000. Au cours des 20 dernières années, l'espérance de vie en Afrique a ainsi augmenté de 6,5 ans. En Europe, son augmentation a également été lente dans les années 90, en raison de l'augmentation de la mortalité dans plusieurs États de l'ex-Union soviétique, mais s'est aussi accélérée dans les années 2000. Actuellement, l'Afrique subsaharienne a l'espérance de vie la plus basse : 56 ans, soit 14 ans de moins que la moyenne mondiale. En fait, tous les pays du monde où l'espérance de vie est inférieure à 60 ans (30 pays au total) se trouvent en Afrique. Dans six d'entre eux, l'espérance de vie est inférieure à 50 ans : la Sierra Leone, le Botswana, le

³³³ M. D. Resnick *et al.*, « Seizing the opportunities of adolescent health », *The Lancet*, vol. 376, n° 9826 (2012), p. 1564 à 1567.

³³⁴ R. Beaglehole *et al.*, « Priority actions for the non-communicable disease crisis », *The Lancet*, vol. 377, n° 9775 (2011), p. 1438 à 1447.

³³⁵ R. Beaglehole *et al.*, « Measuring progress on the NCDs: a foundation for future health », *The Lancet*, vol. 380, n° 9850 (2012), p. 1283 à 1285.

³³⁶ *World Population Prospects: The 2012 Revision (ST/ESA/SER.A/336)*.

Swaziland, le Lesotho, la République démocratique du Congo et la République centrafricaine³³⁶.

441. Une analyse globale montre, comme chacun le sait, que les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, mais il ressort d'analyses nationales et infranationales et des études des tendances que cela n'est pas toujours vrai, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes variant de façon importante entre les populations et au fil du temps³³⁷. Dans les pays qui sont au début de leur transition démographique et épidémiologique, les femmes ont une espérance de vie supérieure aux hommes d'environ 2 ou 3 ans. Dans ces pays, l'eau sale, les infections, la malnutrition, le manque d'accès à des soins de santé et d'autres conditions structurelles sont la cause d'une mortalité élevée dans tous les groupes d'âge, en particulier chez les enfants. Ces mêmes facteurs non seulement font que les femmes sont vulnérables durant la grossesse et à l'accouchement mais entraînent aussi une augmentation de la fécondité comme moyen de protection contre les taux élevés de mortalité infantile et postinfantile, qui entraîne elle-même une augmentation du risque de mortalité maternelle³³⁷.

442. L'augmentation de l'épidémie de VIH a anéanti les progrès réalisés dans de nombreux pays d'Afrique dans les années 70 concernant l'espérance de vie³³⁸. Les femmes ont été les plus touchées, d'une part car elles présentent une mortalité associée au sida plus élevée que les hommes, qui témoigne du risque accru qu'elles courent de contracter le VIH sexuellement car elles sont, du point de vue biologique, davantage exposées, et d'autres part car elles sont en situation d'infériorité dans les relations sexuelles³³⁹. Dans certains pays d'Afrique, elles ont actuellement une espérance de vie inférieure aux hommes³³⁷.

443. Dans les républiques de l'ex-Union soviétique, les femmes ont une espérance de vie nettement supérieure (10 ans au moins) aux hommes. La leur a décliné à la fin des années 80 et au début des années 90³⁴⁰, avant d'augmenter légèrement puis de stagner. Les causes de ce déclin sont discutables, mais sont en partie liées à l'augmentation du stress, des maladies cardiaques et des décès provoqués par l'alcool consommé en raison des troubles politiques. Ces changements dans la durée de l'espérance de vie témoignent de l'influence des contextes social et politique sur la santé et la longévité³³⁷.

444. Dans les pays industrialisés à revenu élevé, les femmes ont une espérance de vie supérieure (de 4 à 7 ans) aux hommes. Cet écart a culminé dans les années 70, en grande partie en raison du nombre élevé de fumeurs chez les hommes durant les

³³⁷ A. T. Geronimus et R. C. Snow, « The mutability of women's health with age: the sometimes rapid and often enduring, health consequences of injustice », in *Women and Health*, 2^e éd., M. B. Goldman, R. Troisi et K. M. Rexrode, éd. (London, Academic Press, 2013).

³³⁸ J. Adetunji et E. R. Bos, « Levels and trends in mortality in sub-Saharan Africa: an overview », in *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*, 2^e éd., D. T. Jamison *et al.*, éd. (Washington, Banque mondiale, 2006).

³³⁹ J. A. Higgins, S. Hoffman et S. L. Dworkin, « Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n^o 3 (2010), p. 443 à 445.

³⁴⁰ V. Shkolnikov, M. McKee and D.A. Leon, « Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s », *The Lancet*, vol. 357, No. 9260 (2001), p. 917 à 921.; D. A. Leon *et al.*, « Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol or what? », *The Lancet*, vol. 350, n^o 9075 (1997), p. 383 à 388.

décennies antérieures. Il a diminué depuis, notamment car le nombre d'hommes fumeurs a baissé au cours des 20 dernières années³⁴¹.

445. Les inégalités en matière d'espérance de vie évoluent au fil du temps, au sein des populations mais aussi entre elles, en fonction des contextes politique, économique et épidémiologique. Les États ayant l'obligation fondamentale de respecter, promouvoir et préserver les droits de l'homme de leur population, l'espérance de vie est un indicateur global de la mesure dans laquelle ils s'acquittent de cette obligation et investissent correctement dans les capacités, la santé, la protection sociale et la résilience de leurs citoyens.

G. Poursuite du programme de renforcement du système sanitaire

446. Malgré des décennies d'avancées et d'innovations médicales sans précédent dans le domaine des soins de santé, des inégalités criantes persistent entre et dans les pays concernant l'accessibilité et la qualité des systèmes de santé. L'Afrique subsaharienne et, dans une moindre mesure, l'Asie du Sud continuent de compter certains des systèmes de santé les moins accessibles et les plus fragiles, comme le montrent les indicateurs d'opérations tels que la densité des agents sanitaires, la couverture des services essentiels, les approvisionnements en produits de santé et les registres y relatifs, et les résultats en matière de santé. Dans de nombreux pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé persistent des zones mal couvertes, et les services assurés à certains groupes de population tels que les autochtones, les habitants de taudis urbains, les personnes non assurées ou sans papiers sont de piètre qualité.

1. Les effets du VIH et du sida sur les systèmes de santé

447. L'aide internationale en faveur de la lutte contre le VIH a consisté essentiellement à développer des programmes verticaux adaptés plutôt que de créer des services au sein des systèmes de santé existants. L'idée était de fournir rapidement les services de lutte contre le VIH qui faisaient cruellement défaut et qui, idéalement, entraîneraient une amélioration générale des systèmes de santé. Cependant, on a reproché aux structures verticales qui n'ont pas intégré la lutte contre le VIH et le sida dans les systèmes de santé de détourner des ressources, de priver d'autres services du système de santé de ressources et de compromettre le renforcement des systèmes de santé en général au profit d'activités axées sur une seule maladie³⁴². Certes, il faut s'occuper en priorité des urgences médicales

³⁴¹ F. C. Pampel, « Cigarette use and the narrowing sex differential in mortality », *Population and Development Review*, vol. 28, n° 1 (2002), p. 77 à 104; « Sex differentials in life expectancy and mortality in developed countries: an analysis by age group and causes of death from recent and historical data », *Population Bulletin of the United Nations*, n° 25 (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.88.XIII.6); Geronimus et Snow, « The mutability of women's health with age: the sometimes rapid and often enduring, health consequences of injustice ».

³⁴² D. Yu *et al.*, « Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries? », *Globalization and Health*, vol. 4, n° 8 (2008); Columbia University, International Center for AIDS Care and Treatment Programs, « Leveraging HIV scale-up to strengthen health systems in Africa », rapport sur la conférence tenue à Bellagio (Italie) en septembre 2008 (2009); W. M. El-Sadr et E. J. Abrams, « Scale-up of HIV care and treatment: can it transform healthcare services in resource-limited settings? », *AIDS*, vol. 21 (octobre

potentiellement fatales et mobiliser les ressources nécessaires à cet égard, mais il faut aussi exploiter au maximum les bénéfiques et renforcer les systèmes de santé de manière à assurer la prévention et à fournir des soins de grande envergure sur le long terme tout au long de la vie.

448. Le VIH et la santé procréative et sexuelle sont intimement liés : 80 % des infections à VIH sont transmises par voie sexuelle, et 10 % durant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement³⁴³. Cependant, durant les années qui ont suivi la Conférence internationale sur la population et le développement, le financement de la santé procréative et sexuelle n'a guère évolué dans de nombreux pays, tandis que celui de la lutte contre le VIH a énormément augmenté³⁴⁴.

449. On a beaucoup discuté de la question de savoir si l'augmentation du financement et le renforcement des programmes de lutte contre le VIH avaient eu des retombées sur la fourniture de services en matière de santé procréative et sexuelle. Rien ne montre de façon probante que tel a été le cas. Cependant, les responsables d'une analyse économique récente ont fait appel à des enquêtes démographiques et sanitaires et au système de notification des pays créanciers de l'OCDE pour étudier les effets de l'aide des donateurs consacrée à la lutte contre le VIH par habitant sur la fourniture de services de santé maternelle dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne de 2003 à 2010. Une comparaison des résultats annuels en matière de santé avec les versements consacrés à la lutte contre le VIH de l'année précédente a montré que l'aide au développement consacrée à la lutte contre le VIH avait peu d'effet sur la fourniture de services de santé maternelle (d'après les informations fournies par des mères sur les visites pour soins prénatals ou sur la présence de personnel qualifié à l'accouchement). Cependant, dans les régions où les agents sanitaires sont peu nombreux et où le taux de prévalence du VIH est faible, le financement consacré à la lutte contre le VIH a permis de renforcer les services de santé maternelle, ce qui laisse penser que l'aide a des effets multiplicateurs sur les systèmes de santé qui manquent le plus de ressources et en particulier où le taux de prévalence du VIH et du sida sont les moins élevés³⁴⁵.

450. Les États devraient assurer la pleine intégration des services de lutte contre le VIH et de santé procréative et sexuelle en donnant plus largement accès à des services de qualité pour le diagnostic et le traitement des maladies sexuellement transmissibles, y compris pour le dépistage du VIH; en intégrant

2007), p. S65 à S70; K. A. Grépin, « HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa », *Health Affairs*, vol. 31, n° 7 (2012), p. 1406 à 1414; A. Buvé, S. Kalibala et J. McIntyre, « Stronger health systems for more effective HIV/AIDS prevention and care », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 18, n° 1 (2003), p. S41 à S51.

³⁴³ I. Askew et M. Berer, « The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: a review », *Reproductive Health Matters*, vol. 11, No. 22 (2003), p. 51 à 73; N. Duce et A. Nolan, « Seizing the big missed opportunity: linking HIV and maternity care services in sub-Saharan Africa », *Reproductive Health Matters*, vol. 15, n° 30 (2007), p. 190 à 201.

³⁴⁴ Yu *et al.*, « Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries? »; J. Shiffman, « Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? », *Health Policy and Planning*, vol. 23, n° 2 (2008), p. 95 à 100; Grépin, « HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa ».

³⁴⁵ Grépin, « HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa ».

des services de consultation sur le VIH dans le cadre du renforcement des services de consultation consacrés à la santé en matière de sexualité et de procréation pour tous, y compris les adolescents et les jeunes; en assurant une meilleure continuité des soins avant, pendant et après la grossesse, pour toutes les femmes et tous les enfants, qu'ils soient ou non séropositifs; et en répondant aux besoins de toutes les personnes, y compris de celles infectées par le VIH, en matière de contraception.

2. Ressources humaines dans le secteur de la santé

451. D'après la dernière édition de la publication récente de l'OMS et de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé intitulée *Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines*, il manquait, en 2013, 7,2 millions d'agents sanitaires au niveau mondial et, d'après les estimations, il devrait en manquer 12,9 millions d'ici à 2035³⁴⁶. Cela représente une forte augmentation par rapport à 2006, où il en manquait environ 4,3 millions dans 57 pays où cette catégorie de personnel fait cruellement défaut³⁴⁷. À l'époque, le manque était le plus marqué dans 36 pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est, et essentiellement au Bangladesh, en Inde et en Indonésie (voir le tableau 2). Aujourd'hui, les pays recensés comme ayant une faible densité de travailleurs sanitaires et/ou des services de santé insuffisants ne sont plus les mêmes. Sur les 57 pays où cette catégorie de personnel faisait cruellement défaut, 46 disposent de données montrant une augmentation du nombre de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes. Cependant, ces gains nets n'ont pas réussi à suivre l'accroissement de la population au fil du temps, ce qui aggrave le manque d'agents sanitaires³⁴⁶.

Tableau 2

Estimation de la pénurie aiguë de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, par région, 2006

Région OMS	Nombre de pays		Dans les pays connaissant une pénurie		Augmentation nécessaire (pourcentage)
	Total	Avec pénurie	Effectif total	Pénurie estimée	
Afrique	46	36	590 198	817 992	139
Amériques	35	5	93 603	37 886	40
Asie du Sud-Est	11	6	2 332 054	1 164 001	50
Europe	52	0	s.o.	s.o.	s.o.
Méditerranée orientale	21	7	312 613	306 031	98
Pacifique occidentale	27	3	27 260	32 560	119
Ensemble du monde	192	57	3 355 728	2 358 470	70

Source : OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*, tableau 1.3, disponible à l'adresse suivante : www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf.

³⁴⁶ Alliance mondiale pour les personnels de santé et Organisation mondiale de la Santé, *Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines*, résumé (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013).

³⁴⁷ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé* (Genève, 2006), chap. 1; disponible à l'adresse suivante : www.who.int/whr/2006/chapter1/fr/.

452. Sur la base de trois seuils d'estimation, fixés à 22,8, 34,5 et 59,4 professionnels de santé qualifiés (sages-femmes, infirmiers et médecins) pour 10 000 habitants, établis afin de montrer comment se répartit la disponibilité du personnel de santé sur le plan mondial, l'OMS est parvenue, dans le rapport susmentionné, aux conclusions suivantes³⁴⁶ :

- a) 83 pays sont en dessous du seuil de 22,8, qui représente le nombre minimum de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes nécessaires pour assurer les services sanitaires de base;
- b) 100 pays sont en dessous de 34,5;
- c) 118 pays sont en dessous de 59,4;
- d) 68 pays sont au-dessus de 59,4.

Ces conclusions montrent que la répartition du personnel de santé entre les pays reste déséquilibrée; en outre, le manque de personnel de santé reste le plus élevé en Afrique subsaharienne et dans certaines régions d'Asie³⁴⁶.

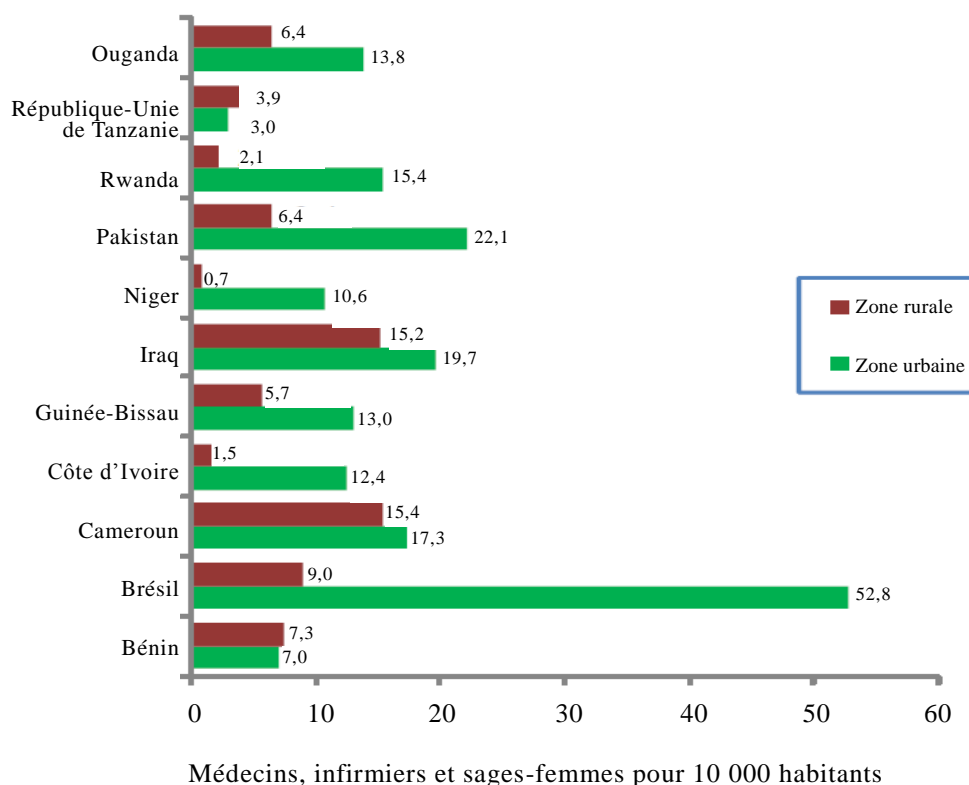
453. La répartition mondiale des agents sanitaires est telle que c'est le plus souvent dans les pays qui en ont le plus besoin et où la charge que représentent les maladies se fait le plus sentir que le nombre absolu d'agents et le nombre d'agents par unité de population sont les plus bas. L'Europe compte 18,9 agents de santé pour 1 000 habitants, soit environ 8 fois plus que l'Afrique, où ils sont de 2,3 %³⁴⁷. L'Amérique supporte à peu près 10 % de la charge mondiale des maladies et compte 37 % du personnel de santé mondial, tandis que l'Afrique supporte plus de 24 % de la charge mondiale des maladies et dispose de 3 % du personnel de santé mondial. Sur les 49 pays où le revenu par habitant est le plus bas (d'après la Banque mondiale), seulement 5 disposent du minimum fixé par l'OMS de 23 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants³⁴⁷.

454. Le manque d'agents sanitaires dont souffrent de nombreux pays est aggravé par le fait que ces agents sont mal répartis à l'intérieur même des pays, la majorité d'entre eux, principalement les plus qualifiés, se trouvant dans les agglomérations³⁴⁸. De nombreux pays, riches et pauvres, disposent de programmes d'incitation pour régler ce problème, qui ont plus ou moins de succès. L'Inde, par exemple, met actuellement en place un programme dans le cadre duquel les médecins qui acceptent d'exercer dans une zone reculée ou rurale pendant une période déterminée se voient ensuite offrir des formations complémentaires³⁴⁹.

³⁴⁸ L. Chen *et al.*, « Human resources for health: overcoming the crisis », *The Lancet*, vol. 364, n° 9449 (2004), p. 1984 à 1990; OMS, « Pour réaliser les OMD liés à la santé, le personnel est essentiel » (www.who.int/hrh/workforce_mdgs/fr/).

³⁴⁹ « Suivre la répartition géographique des personnels de santé dans les zones rurales et mal desservies », *Spotlight* sur les statistiques sur le personnel de santé, n° 8 (octobre 2009), disponible à l'adresse suivante : www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_fr.pdf?ua=1; N. Dreesch *et al.*, « An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals », *Health Policy and Planning*, vol. 20, No. 5 (2005), p. 267 à 276.

Figure 42
Densité rurale et urbaine des médecins, infirmiers et sages-femmes, pays retenus, 2005



Source : OMS, Département des ressources humaines pour la santé, « Suivre la répartition géographique des personnels de santé dans les zones rurales et mal desservies », *Spotlight* sur les statistiques sur le personnel de santé, Numéro 8 (octobre 2009), disponible à l'adresse suivante : www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_fr.pdf?ua=1.

455. L'épidémie de VIH a mis les systèmes de santé à rude épreuve, en mettant en évidence et en aggravant les pénuries aigües d'agents sanitaires au moment même où on en avait le plus cruellement besoin. Elle a obligé les agents sanitaires à accélérer l'administration des traitements. D'après les estimations, on avait besoin d'environ 120 000 agents sanitaires pour atteindre l'objectif de l'OMS de fournir un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes d'ici à 2005³⁵⁰. Parallèlement, les mauvaises conditions de travail ont occasionné des risques de transmission pour les praticiens et l'augmentation de la charge de travail, une mauvaise rémunération et un accès extrêmement limité aux médicaments de base ont contribué à une baisse du moral et à des taux élevés d'attrition. Certains travailleurs sanitaires ont rejoint le secteur privé qui, d'après beaucoup, a détourné des ressources humaines essentielles des programmes publics³⁵¹. Cependant, la crise des ressources humaines a généré

³⁵⁰ L. R. Hirschhorn *et al.*, « Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings », *Human Resources for Health*, vol. 4 (2006).

³⁵¹ B. Samb *et al.*, « Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 24 (2007), p. 2510 à 2514; Yu *et al.*,

une volonté politique de former et de retenir les travailleurs sanitaires et a conduit à la mise en œuvre de stratégies destinées à alléger les pressions exercées sur eux, notamment par des transferts des tâches et le renforcement des programmes locaux les concernant³⁵².

456. Les faits indiquent une forte corrélation entre la faible densité de travailleurs sanitaires et les mauvais résultats en matière de santé, y compris l'incapacité de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement³⁵³. La professionnalisation des soins obstétricaux a beaucoup progressé depuis 2000 dans la majorité des régions. C'est en Afrique subsaharienne qu'elle a le moins avancé (voir fig. 44), où la majorité des accouchements se déroulent avec l'aide de profanes et d'accoucheuses traditionnelles. Moins de 55 % des femmes en Afrique bénéficient de l'aide d'un accoucheur spécialisé, contre plus de 80 % dans les autres régions³⁵⁴. L'Afrique est bien loin de réaliser les objectifs concernant la proportion d'accouchements réalisés avec l'aide de personnel qualifié fixés dans les principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action (1999)³⁵⁵. Il ressort d'une étude menée dans 58 pays totalisant 91 % de l'ensemble des décès maternels qu'il existe une grave pénurie de travailleurs sanitaires et que 9 pays devraient multiplier leur nombre de sages-femmes 6 à 15 fois pour répondre à l'objectif du Millénaire pour le développement. D'après les estimations, en doublant le nombre de sages-femmes dans ces 58 pays, on pourrait éviter 20 % des décès maternels³⁵⁴.

« Investment in HIV/AIDS programs: does it strengthen health systems in developing countries? »

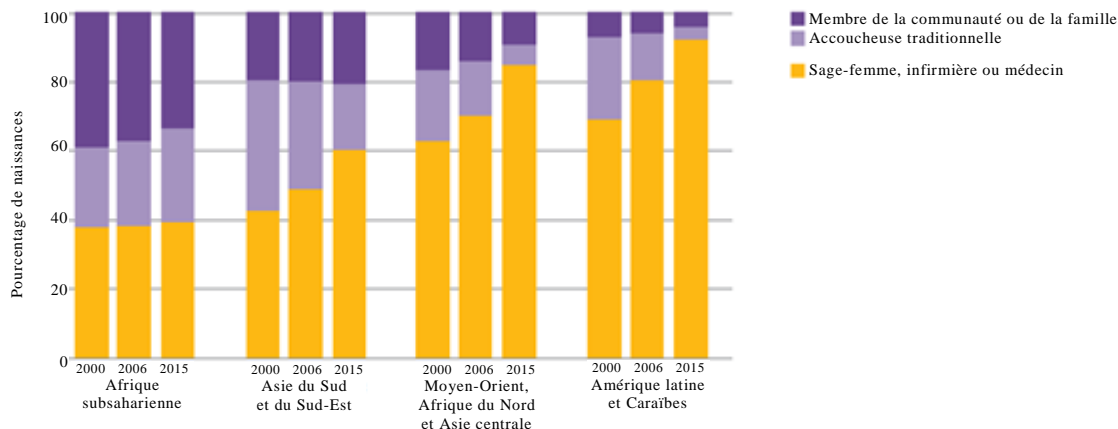
³⁵² F. Rasschaert *et al.*, « Positive spill-over effects of ART scale up on wider health systems development: evidence from Ethiopia and Malawi », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 14, n° 1 (2001), p. S3.

³⁵³ N. Speybroeck *et al.*, « Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes », document de référence établi en prévision du *Rapport sur la santé dans le monde 2006* (Organisation mondiale de la Santé, 2006).

³⁵⁴ FNUAP, *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011* (voir note 289).

³⁵⁵ Aux termes des principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action, « les pays devraient utiliser comme indicateur de référence la proportion des accouchements se déroulant avec l'assistance de personnel soignant qualifié. D'ici à 2005, là où le taux de mortalité maternelle est 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. 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 générale, annexe, par. 64).

Figure 43
**Pourcentage d'accouchements réalisés par des professionnels qualifiés
 dans certaines régions choisies, 2000, 2005 et 2015 (prévisions)**



Source : Voir OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, dans FNUAP, *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 : naissances réussies, vies sauvées*, figure 1.2, disponible à l'adresse suivante : www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/fr_SoWMy_Full.pdf.

457. De nombreux pays pauvres ont répondu au manque de travailleurs sanitaires en opérant un « transfert des tâches », c'est-à-dire en formant du personnel moins qualifié à exercer des fonctions de rang plus élevé³⁵⁶. Les analystes s'accordent à dire que l'efficacité du personnel sanitaire d'un pays donné est le résultat d'une dynamique de longue date et notamment des traditions, des capacités et de l'adaptabilité des institutions de formation, des incitations professionnelles et des normes sur l'octroi de licences pouvant être obsolètes, des partenariats entre pays pouvant faciliter l'exode des cerveaux, et de la culture institutionnelle du personnel sanitaire.

458. Les évaluations approfondies et comparatives du personnel sanitaire conduites au niveau national sont précieuses. Elles sont mentionnées dans les récents travaux de l'OMS, de la Banque mondiale et du FNUAP, qui ont chacun travaillé sur la question dans certains pays lourdement touchés. L'Initiative pour les pays lourdement touchés de l'Initiative H4 Plus entame une série d'évaluations dans 8 pays sur la pratique de sage-femme pour promouvoir l'accès aux services qu'elles offrent et la qualité de ceux-ci au niveau local, l'idée étant d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et de garantir la durabilité des systèmes de santé³⁵⁷.

³⁵⁶ OMS, « Taking stock; task shifting to tackle health worker shortages », document WHO/HSS/2007.03, disponible en anglais à l'adresse suivante : www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf; K. Sherr and other, « The role of non-physician clinicians in the rapid expansion of HIV care in Mozambique », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 52, n° 1 (novembre 2009), p. S20 à S23.

³⁵⁷ Initiative pour les pays lourdement touchés de l'Initiative H4 Plus : *operational guidance and assessment framework* (avril 2012).

459. Il faut absolument mener des évaluations sur les travailleurs sanitaires dans chaque pays pour faire le bilan de la politique sanitaire, améliorer la planification et combler le manque de personnel, et améliorer la distribution équitable des soins.

460. Les États devraient procéder d'urgence aux investissements qui s'imposent sur le long terme pour former, recruter et récompenser les travailleurs sanitaires dans le but d'augmenter leur nombre et de renforcer leurs capacités, de manière à disposer de ressources humaines suffisantes pour offrir un accès universel à des services de santé procréative et sexuelle de qualité, y compris en conduisant des évaluations nationales et, si nécessaire, en renforçant les institutions de formation sanitaire de manière à offrir tous les services de santé procréative et sexuelle nécessaires; en améliorant les capacités des travailleurs sanitaires, leur rétention et leur supervision; en investissant dans des cadres moyens spécialisés dans le domaine de la santé procréative et sexuelle, comme les sages-femmes; et en améliorant la rémunération et les perspectives de carrière pour régler le problème de la mauvaise répartition géographique des travailleurs sanitaires.

3. Systèmes d'information sanitaire

461. Une autre lacune persistante des systèmes de santé des pays pauvres réside dans les systèmes d'information sanitaire qui gèrent les dossiers des patients, les statistiques sanitaires et les données opérationnelles sur les taux d'occupation, la demande de consultations externes, ainsi que le flux et le remboursement des stocks, et permettent aux responsables d'évaluer les interventions et les résultats des praticiens et d'établir une base de données factuelles utile à la planification, la gestion et l'amélioration du système de santé³⁵⁸.

462. Tandis que les pays plus riches dotés d'ordinateurs et d'accès à Internet sont passés de systèmes d'information sur support papier à des systèmes informatisés, la majorité des pays pauvres disposent de systèmes d'information sur support papier, ce qui interrompt la continuité des soins pour les patients et compromet l'utilisation efficace des données. Un des principaux changements survenus depuis 1994, en particulier au cours des 10 dernières années, a été l'évolution rapide des moyens d'accès à Internet, qui a progressivement facilité le passage à des systèmes de dossiers et d'information sanitaire informatisés³⁵⁹.

463. Récemment, le VIH et le sida ont été à l'origine d'investissements dans l'informatisation des dossiers médicaux dans des pays pauvres. Le nombre de patients séropositifs que l'on ne parvient pas à localiser a mis en évidence l'extrême faiblesse des systèmes d'information sanitaire et de dossiers médicaux dans de nombreux pays. Il ressort d'une étude des programmes de prévention de la transmission materno-foetale menée dans 18 pays que seulement 9 % des enfants nés

³⁵⁸ C. Allen et D. Jazayeri, « Experience in implementing the OpenMRS medical record system to support HIV treatment in Rwanda », in *MEDINFO 2007: Proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical) Informatics Studies in Health Technology and Informatics – Building Sustainable Health Systems*, vol. 129, part 1, K. A. Kuhn, J. R. Warren et T.-Y. Leong, éd., Studies in Health Technology and Informatics (Amsterdam, IOS Press, 2007), p. 382 à 386.

³⁵⁹ C. AbouZhar et T. Boerma, « Health information systems: the foundations of public health », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, n° 8 (2005), p. 578 à 583.

de mères séropositives ont été recensés à leur première vaccination³⁶⁰. La communauté internationale a redoublé d'efforts pour approvisionner les pays pauvres en traitements antirétroviraux et les programmes de lutte contre le VIH et le sida ont bénéficié d'investissements ciblés pour surveiller les bénéficiaires et s'assurer qu'ils suivent leur traitement³⁶¹. Par conséquent, la surveillance du VIH et le contrôle du suivi des traitements contribuent au développement des systèmes de gestion électronique des dossiers en Afrique, mais les preuves que cela a des effets sur l'ensemble du secteur sanitaire sont rares³⁶². **Les États devraient réorienter le système sanitaire de manière à garantir la continuité des soins, en établissant des systèmes d'information sanitaire qui facilitent la mobilité des dossiers médicaux et en procédant à l'intégration des soins de santé primaire et de services d'orientation vers des services spécialisés au niveau local, la confidentialité et la vie privée étant dûment préservées.**

464. Reconnaissant les perspectives qu'offrent les dossiers médicaux informatisés pour le secteur de la santé en général, certains pays s'efforcent d'intégrer ces systèmes dans d'autres buts que seulement pour surveiller l'application des programmes de lutte contre le VIH, mais se heurtent au manque de personnel technique qualifié, à des difficultés d'accès à Internet et à des coupures de courant, entre autres.

465. Les systèmes d'information sanitaire sur support papier et informatisés mais non accessibles en ligne sont bien souvent moins efficaces mais peuvent cependant être très utiles pour améliorer le système de santé et la transparence. Le système de surveillance et d'intervention pour la mortalité maternelle par exemple permet d'améliorer la qualité des soins. Son application est largement tributaire d'un système d'information sanitaire opérationnel, mais peut réduire la mortalité maternelle quelle que soit la manière dont les informations y sont rassemblées ou résumées³⁶³.

466. Des avancées rapides ont été opérées dans le domaine de la technologie mobile depuis 1994 : En 2011, les opérateurs de téléphonie mobile couvraient 85,5 % du territoire de la planète³⁶⁴. De nouvelles possibilités d'intégration des systèmes d'information sanitaire mobiles sont susceptibles d'établir des liens avec les régions reculées et d'y améliorer les soins. Soixante-dix pour cent de l'ensemble des utilisateurs de téléphones portables se trouvant dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, on pourra espérer atteindre les campagnes et les régions les plus reculées de la planète grâce aux systèmes d'information sanitaire mobiles. De nombreuses initiatives sont en cours qui font appel à la téléphonie mobile : l'établissement de rapports hebdomadaires sur la santé maternelle au Cambodge, le

³⁶⁰ A. S. Ginsburg *et al.*, « Provision of care following prevention of mother-to-child HIV transmission services in resource-limited settings », *AIDS*, vol. 21, n° 18 (2007), p. 2529 à 2532.

³⁶¹ M. Forster *et al.*, « Electronic medical records systems, data quality and loss to follow-up: survey of antiretroviral therapy programmes in resource-limited settings », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, n° 12 (2008), p. 939 à 947.

³⁶² Yu *et al.*, « Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries? » (voir noté de bas de page 342).

³⁶³ WHO *et al.*, *Maternal Death Surveillance and Response: Technical Guidance – Information for Action to Prevent Maternal Death* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013); disponible en anglais à l'adresse suivante :

www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal_death_surveillance/en/index.html.

³⁶⁴ Voir www.itu.int/ict/statistics.

contrôle des approvisionnements en produits de santé en matière de procréation et la conduite d'autopsies verbales dans des pays où le taux de mortalité maternelle est élevé. Il reste encore à établir des normes pour renforcer l'interopérabilité entre les systèmes de santé informatisés, mais le perfectionnement des technologies offre véritablement aux systèmes de santé la possibilité de réaliser, au cours des 10 prochaines années, des avancées majeures tant du point de vue du fonctionnement que de l'utilité de leur système d'information sanitaire³⁶⁵.

4. Sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation

467. Le mauvais fonctionnement des systèmes d'information sanitaire et la mauvaise gestion globale causent régulièrement des blocages qui limitent les chances de fournir des services de santé de qualité, dans le domaine de la santé procréative et sexuelle notamment. Les engagements pris dans le domaine de la planification familiale, du dépistage des infections sexuellement transmises et de la santé maternelle tendent à partir du principe que les fournitures et les technologies nécessaires sont disponibles. Or, du fait de leurs ressources limitées, de systèmes d'information sanitaire inefficaces et d'une mauvaise gestion des programmes, de nombreux pays et systèmes de santé n'ont pas de financement stable pour les fournitures et leur mauvaise planification les laisse sans stocks de produits de santé en matière de procréation³⁶⁶.

468. Au milieu des années 90, reconnaissant qu'il fallait adopter une nouvelle stratégie concernant la chaîne logistique et la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation et de planification familiale, des organismes des Nations Unies, des ministères et des donateurs ont systématisé leurs préoccupations communes dans ce domaine. La sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation est assurée lorsque chacun peut obtenir à un prix raisonnable et utiliser des articles de santé procréative de qualité chaque fois qu'il le souhaite. Une série d'initiatives ciblées ont été lancées, dont une initiative d'approvisionnement en 2001, suivie en 2004 par l'établissement et le développement de la coalition pour les produits de santé procréative et la création du Fonds thématique pour la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation du FNUAP, puis par le lancement en 2007 du Programme mondial visant à renforcer la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation³⁶⁷. En outre, la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants³⁶⁸ et l'initiative Family

³⁶⁵ OMS, *mHealth: New Horizons for Health through Mobile Phone Technologies: Second Global Survey on eHealth*, Global Observatory for eHealth series, vol. 3 (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011).

³⁶⁶ FNUAP, *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security: Annual Report* (New York, 2010); disponible en anglais à l'adresse suivante : www.unfpa.org/public/home/publications/pid/6437.

³⁶⁷ J. Solo, « Reproductive health commodity security: leading from behind to forge a global movement » (Reproductive Health Supplies Coalition, 2011); disponible en anglais à l'adresse suivante : www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Access/JulieSolo.pdf.

³⁶⁸ Voir www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities.

Planning 2020³⁶⁹ continueront de s'occuper des questions liées aux produits de santé en matière de procréation de manière coordonnée et cohérente.

469. La sécurité d'approvisionnement en produits de santé a porté essentiellement sur la fourniture des produits, notamment la planification et l'achat, ainsi que sur les infrastructures, y compris les véhicules et la formation et la motivation du personnel. On reconnaît de plus en plus largement qu'il faut stimuler la demande de produits et améliorer les indicateurs y relatifs, mais une stratégie claire reste à établir.

5. Couverture sanitaire universelle

470. On estime que 150 millions de personnes sont dans une situation financière catastrophique et que 100 millions de plus passent au-dessous du seuil de pauvreté chaque année du fait de dépenses de santé. Pire encore, les taux élevés de mortalité maternelle et infantile et les décès et handicaps dus à d'autres causes évitables persistent en raison d'un manque d'accès aux soins de santé³⁷⁰.

471. La couverture sanitaire universelle a bénéficié d'un appui international croissant au cours des dernières années. En 2005, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution encourageant les pays à passer à la couverture sanitaire universelle. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2010* a porté essentiellement sur l'étude de modalités de financement pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et, en 2013, l'accent a été mis sur la recherche dans ce domaine. La couverture sanitaire universelle existe dans la majorité des pays développés (à l'exception, notable, des États-Unis d'Amérique); cependant, pour les pays en développement où la charge de morbidité est importante, assurer le financement durable des systèmes de couverture sanitaire universelle semble constituer une difficulté insurmontable³⁷¹.

472. Compte tenu de l'intérêt naissant de la communauté politique mondiale pour la couverture sanitaire universelle, il est de plus en plus urgent de déterminer les services de santé procréative et sexuelle qui devront être couverts dans des contextes précis. Il faut établir les éléments de base des services essentiels de santé procréative et sexuelle axés sur les droits fondamentaux, en totalité et par étapes, grâce à la mise en place progressive d'une couverture sanitaire universelle, comme il ressort de la réunion d'experts sur la santé des femmes organisée à Mexico en 2013 dans le cadre de la suite à donner au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014.

473. Tout le monde s'accorde à dire que les mécanismes de financement et les services assurés sont les plus efficaces lorsqu'ils sont axés sur la prévention et les soins primaires. Étant donné que l'essentiel des services de santé procréative et sexuelle concerne la prévention et les soins primaires, notamment l'éducation sexuelle, la contraception, les soins prénatals et les accouchements assistés, il y a de bonnes chances pour que l'accès universel aux éléments essentiels de la santé

³⁶⁹ Voir www.familyplanning2020.org/images/content/FP2020_ICFP_Release_13-Nov-2013_FINAL.pdf.

³⁷⁰ K. Xu *et al.*, « Protecting households from catastrophic health spending », *Health Affairs*, vol. 26, n° 4 (2007), p. 972 à 983.

³⁷¹ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle* (Genève, 2013). P. Ingun *et al.*, « The role of information systems in achieving universal health care », Technical Brief Series n° 10 (Organisation mondiale de la Santé, 2010).

procréative et sexuelle soit prévu et encouragé dans le système de couverture sanitaire universelle. Les ONG pourront néanmoins jouer un rôle essentiel pour assurer l'ensemble des services de santé procréative et sexuelle, tels que l'avortement. Il faudra donc veiller à réaliser des évaluations factuelles de l'efficacité, des coûts et de la faisabilité pour tous les aspects des soins de santé procréative et sexuelle, en particulier dans divers contextes³⁷².

474. La mutuelle de santé locale lancée au Rwanda fait partie des exemples réussis de couverture sanitaire universelle dans les pays pauvres³⁷³. L'utilisation de modes de financement ascendants ou descendants adaptés aux besoins particuliers du pays ont conduit à une nette amélioration de la couverture de l'assurance maladie, parallèlement à une réduction de 50 % du taux de mortalité des moins de 5 ans et à une augmentation de l'utilisation des moyens de contraception modernes de 10 % à 45 %³⁷⁴. De même, après la suppression des frais à payer par les usagers, on a constaté une utilisation accrue des services de santé procréative et sexuelle au Burundi, au Ghana, au Nigéria et au Mexique³⁷⁵.

475. Au moment d'établir des régimes de couverture sanitaire universelle, les États devraient veiller à mettre en place des mécanismes permettant de garantir : a) la participation équitable et abordable de tous les bénéficiaires potentiels dans leur pays; b) la prise en compte des services de santé procréative et sexuelle essentiels dans les ensembles de mesures relatives à la couverture sanitaire universelle et la fourniture de soins de santé procréative et sexuelle de portée générale, en particulier en faveur des jeunes et des pauvres; et c) l'équité et l'égalité grâce à la participation de la société civile, de commissions indépendantes et de groupes de défense aux contrôles menés pour s'assurer que les procédures sont autorisées, les prestataires agréés et les remboursements réguliers.

476. Il reste des problèmes à régler, mais le lancement de régimes de couverture sanitaire universelle dans de nouveaux pays a permis de tirer de précieux enseignements : il faut veiller à ce que les ensembles de mesures soient adaptés aux circonstances locales et bénéficient aux pauvres mais tiennent compte de tous; faire très attention à l'origine géographique de la demande; et anticiper les besoins en matière de ressources humaines, d'infrastructures et de besoins de produits et les problèmes d'inégalités entre les sexes et les autres formes de discrimination. On ne saurait trop insister sur la nécessité de prendre en compte, dans la planification de la couverture sanitaire universelle, des données solides sur la dynamique démographique, y compris sur la santé de la population et les facteurs qui limitent l'accès aux soins de santé³⁷⁵.

³⁷² OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle*.

³⁷³ C. Lu *et al.*, « Towards universal health coverage: an evaluation of Rwanda *Mutuelles* in its first eight years », *Plos One*, vol. 7, n° 6 (18 juin 2012). [sic]

³⁷⁴ OMS, *Success Stories, Building from the bottom, steering and planning from the top – Rwanda* (2011).

³⁷⁵ D. Varatharajan, S. D'Almeida et J. Kirigia, « Ghana's approach to social health protection », document de référence n° 2, établi en prévision du *Rapport sur la santé dans le monde 2010* (Organisation mondiale de la Santé, 2010); disponible en anglais à l'adresse suivante : www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/GhanaNo2Final.pdf.

6. Assurance qualité

477. Les liens entre la qualité des services de santé, les taux d'utilisation et la situation sanitaire, ainsi que les avantages économiques de l'amélioration de la qualité des soins sont de mieux en mieux reconnus partout dans le monde³⁷⁶. Si la qualité des soins varie d'une région à l'autre et à l'intérieur d'une même région, les indicateurs relatifs à la santé sexuelle et procréative relevés dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont relativement moins bons et soulignent qu'il est urgent d'améliorer la qualité des soins dans ces régions.

478. Les systèmes d'assurance qualité permettent de mesurer, de suivre, de contrôler, d'optimiser et de modifier, le cas échéant, l'ensemble des composantes du système de santé à tous les niveaux de la prestation de services. L'assurance qualité est aussi un élément essentiel de la stratégie Santé pour tous mise en place par l'OMS. Avant 1994, J. Bruce³⁷⁷ a proposé d'inclure sept critères de qualité dans les programmes de planification familiale, soulignant la nécessité urgente de proposer des conseils et des services centrés sur les bénéficiaires, à l'heure où de nombreux programmes de planification familiale étaient encore essentiellement conçus pour atteindre des objectifs de contraception. Les 20 années qui se sont écoulées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement ont vu la création de nombreux dispositifs, dont beaucoup s'inspirent des propositions de J. Bruce, qui permettent de conceptualiser, de mesurer et de contrôler la qualité des services de santé sexuelle et procréative³⁷⁸. À titre d'exemple, des réseaux de prestataires de soins et de bénéficiaires procèdent, à leur niveau, à des examens par les pairs de structures comparables qui donnent généralement d'excellents résultats à bas coûts et améliorent sensiblement le degré de motivation des agents de santé concernés, un facteur important de la qualité des soins³⁷⁹. Le Programme d'action a, à juste titre, mis l'accent sur l'importance d'un engagement formel de la société civile dans les systèmes de responsabilité effective, y compris en matière d'assurance qualité.

479. L'expérience vécue par la patiente au long de son parcours de soins est un indicateur important de la future utilisation des différents services et influence les habitudes de consultation de ses proches et autres membres de la communauté³⁷⁶. De nombreuses études menées sur les services de santé sexuelle et procréative montrent que les femmes accordent davantage d'importance au fait de se sentir à l'aise et respectées qu'à d'autres aspects de la prise en charge tels que la proximité ou le temps d'attente³⁸⁰. Les caractéristiques propres à chaque bénéficiaire, et notamment leur condition socioéconomique, ont été corrélées à leur degré de satisfaction : une étude effectuée en Argentine a par exemple révélé d'importants

³⁷⁶ OMS, *Quality of Care in the Provision of Sexual and Reproductive Health Services: Evidence from a World Health Organization Research Initiative* (Genève, 2011).

³⁷⁷ J. Bruce, « Fundamental elements of quality of care: a simple framework », *Studies in Family Planning*, vol. 21, n° 2 (1990), p. 61 à 91.

³⁷⁸ A. Germain, « Meeting human rights norms for the quality of sexual and reproductive health information and services », note de synthèse élaborée dans le cadre de la réunion d'un groupe d'experts sur la santé, les droits et l'autonomisation des femmes et déterminants sociaux associés, Mexico, 30 septembre-2 octobre 2013.

³⁷⁹ L. Creel, J. Sass et N. Yinger, « Overview of quality of care in reproductive health: definitions and measurements of quality », *New Perspectives on Quality of Care*, n° 1 (Population Council et Population Reference Bureau, 2002).

³⁸⁰ J. M. Turan *et al.*, « The quality of hospital-based antenatal care in Istanbul », *Studies in Family Planning*, vol. 37, n° 1 (2006), p. 49 à 60.

écarts entre le taux de satisfaction des patients argentins et celui des immigrants, et ce, dans tous les établissements de soins visés par l'enquête³⁸¹.

480. Bien qu'une mauvaise qualité des soins soit souvent associée au manque de moyens des pays les plus pauvres, des études ont montré qu'il était possible de dispenser des soins de grande qualité dans des environnements où les ressources sont limitées. Une étude menée en Indonésie, notamment, attribuait seulement 37 % des décès périnataux au manque de moyens, mais plus de 60 % à la médiocrité de la prise en charge. Une autre étude menée en Jamaïque a montré qu'une amélioration de la prestation de services, sans ressources supplémentaires, était fortement corrélée à des poids de naissance plus élevés³⁸².

481. De nombreuses études soulignent la nécessité de mettre en place des dispositifs d'assurance qualité efficaces et permanents, en particulier là où le manque de moyens, la pénurie d'agents de santé et les limitations infrastructurelles alourdissent encore la charge qui pèse sur les systèmes de santé. En combinant une stratégie d'optimisation des ressources avec un dispositif d'assurance qualité systématique, il est possible d'atteindre des niveaux de performance jamais atteints en termes de qualité des soins et de gestion sanitaire.

482. S'agissant de garantir l'équité et la qualité des services fournis, il ne semble pas y avoir de « formule magique ». Pour parvenir à des améliorations viables et durables, en particulier dans les régions du monde où la situation sanitaire est la plus préoccupante, il est impératif d'investir pour faire évoluer les approches à l'échelle des systèmes de santé nationaux. Ceux-ci doivent être renforcés de manière globale et axés sur le droit de tous à des soins de qualité.

483. Les États doivent donner la plus haute priorité au renforcement de la structure, de l'organisation et de l'administration de leurs systèmes de santé; cela comprend la mise en place et l'entretien des infrastructures nécessaires (routes, réseaux électriques, eau salubre, locaux, matériel et produits) pour garantir à toutes et tous un accès juste et équitable à des soins de santé primaires complets, intégrés et de qualité, y compris en matière de santé sexuelle et procréative, et la proximité de centres relais d'excellence chargés d'orienter les patients vers des niveaux de soins supérieurs; ces aménagements doivent s'inscrire dans l'engagement des États à offrir l'accès universel à des soins de qualité, y compris aux populations rurales et pauvres des régions excentrées, aux peuples autochtones, et à tous ceux qui, aujourd'hui, n'ont toujours pas accès à des soins décentes.

7. Droits et services en matière de santé sexuelle et procréative pour les réfugiés et les personnes déplacées

484. En 1994, la Commission des femmes pour les femmes et enfants réfugiés³⁸³ a publié un rapport qui mettait en évidence l'insuffisance des services de santé sexuelle et procréative mis à disposition des réfugiés et autres victimes de crises.

³⁸¹ M. Cerrutti et B. Freidin, « Analyzing quality of family planning services in Buenos Aires: convergence and discrepancy between users' and experts' views » (rapport non publié, 2004).

³⁸² J. Peabody *et al.*, « Improving the quality of care in developing countries », in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2^e éd., D. T. Jamison *et al.*, éd. (Washington, Banque mondiale, 2006), chap. 70.

³⁸³ Rebaptisée depuis lors « Commission des femmes pour les réfugiés ».

L'année 1994 marque également la reconnaissance des besoins spécifiques des réfugiés et des personnes déplacées en matière de santé procréative par le Programme d'action, ainsi que la création du Groupe de travail interorganisations sur la santé procréative en situation de crise chargé d'améliorer l'accès à des services de santé sexuelle et procréative de qualité pour les personnes affectées par des crises humanitaires, qu'il s'agisse de conflits ou, comme c'est de plus en plus souvent le cas, de catastrophes naturelles³⁸⁴.

485. Une étude réalisée par le Groupe de travail entre 2002 et 2004 a montré que des progrès notables avaient été accomplis en matière de sensibilisation et de promotion de la santé sexuelle et procréative des populations affectées par des situations de conflit, notamment dans les camps de réfugiés où règne une certaine stabilité. Des lacunes majeures ont toutefois été observées, en particulier en matière de violence sexuelle et de prévention et de prise en charge du VIH et du sida; les services de santé sexuelle et procréative proposés aux personnes déplacées étaient eux aussi largement insuffisants.

486. Des outils normalisés fournissent désormais des directives normatives pour l'élaboration de programmes relatifs à la santé sexuelle et procréative dans les situations de crise, parmi lesquels le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire³⁸⁵ et le Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive en situations de crise. Ce dernier a été intégré aux normes de 2004 et 2011 du projet Sphère, qui constituent des normes minimales universelles pour les interventions humanitaires. Le Dispositif minimum d'urgence fait désormais partie des nombreux documents et directives de politique générale de haut niveau concernant les situations de crise³⁸⁶. Son application a été évaluée en 2013 dans le camp de réfugiés de Zaatri et dans la ville d'Irbid (Jordanie), et il est apparu que les services prioritaires de santé procréative étaient bien intégrés à l'intervention d'urgence en République arabe syrienne³⁸⁷.

487. Les besoins n'ont pas diminué. On estime qu'à l'heure actuelle, dans le monde, 44 millions de personnes sont déplacées suite à un conflit et 32 millions suite à une catastrophe naturelle. Plus de la moitié des réfugiés dont s'occupe le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) vivent aujourd'hui en milieu urbain, et non dans des camps; les personnes déplacées, quant à elles, vivent souvent dans des communautés d'accueil ou sont dispersées sur de vastes zones géographiques. Cette évolution de la répartition spatiale des déplacés posant

³⁸⁴ Le Groupe de travail comprend aujourd'hui plus de 450 organismes membres, qui rassemblent environ 1 500 personnes appartenant à des entités des Nations Unies, à des gouvernements, à des organisations non gouvernementales, à des universités ou encore à des organismes donateurs.

³⁸⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et Commission des femmes pour les réfugiés, « Refocusing family planning in refugee settings: findings and recommendations from a multi-country baseline study » (novembre 2011).

³⁸⁶ Dont les *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire* et le *Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire* du Comité permanent interorganisations et le *Guide de responsabilité sectoriel Santé : Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national* (Organisation mondiale de la Santé, 2009).

³⁸⁷ HCR, Groupe de travail interorganisations sur la santé procréative en situation de crise, *Reproductive Health Services for Syrian refugees in Zaatri Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Service Package – 17-22 mars 2013* (2013).

de nouvelles difficultés en matière de services, un examen a récemment été mené afin d'adapter les programmes à venir.

488. L'absence d'intégration et de transversalisation des thèmes de santé sexuelle et procréative dans les interventions d'urgence demeure problématique. Dans les situations d'urgence complexes, la santé sexuelle et procréative est souvent reléguée au second plan et la qualité et la variété des services associés en pâtissent. Si le dernier examen réalisé par le Groupe de travail interorganisations montre que les services de santé sexuelle et procréative sont plus disponibles aujourd'hui qu'il y a 10 ou 20 ans, ceux-ci sont souvent incomplets et seuls certains éléments du Dispositif minimum d'urgence sont généralement mis en place. Les méthodes contraceptives sont insuffisamment et inégalement disponibles : les adolescents et les célibataires n'ont pas accès à la contraception permanente ou à long terme, ni à aucun des services de contraception. Quant aux services de prise en charge de la violence sexiste, des avortements médicalisés, des soins postavortement, des infections sexuellement transmissibles et de la santé sexuelle et procréative des adolescents, ils sont toujours limités.

489. Des efforts doivent être faits à l'échelle mondiale pour garantir que les services de santé sexuelle et procréative fournis aux réfugiés et aux déplacés répondent de manière exhaustive aux insuffisances recensées, et qu'ils prennent en charge la violence sexiste, soient ouverts aux jeunes et aux célibataires et proposent un large éventail de méthodes contraceptives.

490. Il faut rassembler davantage de données. Il est également nécessaire d'améliorer et de renforcer le suivi des programmes afin de mieux documenter les résultats et l'impact des programmes existants. Les conclusions préliminaires d'une récente étude réalisée par Research for Health in Humanitarian Crises, un programme financé par le Ministère britannique du développement international et le Wellcome Trust, indiquent que les données disponibles sur les besoins et les services sanitaires dans les situations de crise sont généralement insuffisantes, y compris en matière de santé sexuelle et procréative.

8. Priorités des gouvernements : santé et droits en matière de sexualité et de procréation

Priorités mondiales en matière de santé sexuelle et procréative	
Services de santé sexuelle et procréative ouverts aux jeunes et aux adolescents	57 % des gouvernements
Santé maternelle et infantile	54 % des gouvernements
Services relatifs au VIH et aux infections sexuellement transmissibles	43 % des gouvernements
Services de planification familiale	36 % des gouvernements
Cancers des organes génitaux	33 % des gouvernements
Priorités mondiales en matière de santé sexuelle et procréative – Afrique	
Santé maternelle et infantile	71 % des gouvernements

Services relatifs au VIH et aux infections sexuellement transmissibles	56 % des gouvernements
Services de santé sexuelle et procréative ouverts aux jeunes et aux adolescents	56 % des gouvernements
Services de planification familiale	46 % des gouvernements
Cancers des organes génitaux	42 % des gouvernements
Priorités mondiales en matière de santé sexuelle et procréative	
– Amérique	
Services de santé sexuelle et procréative ouverts aux jeunes et aux adolescents	74 % des gouvernements
Santé maternelle et infantile	42 % des gouvernements
Services relatifs au VIH et aux infections sexuellement transmissibles	42 % des gouvernements
Favoriser autant que possible l'intégration sociale, l'égalité de l'accès et des droits à la santé sexuelle et procréative	42 % des gouvernements
Services de planification familiale	32 % des gouvernements
Priorités mondiales en matière de santé sexuelle et procréative	
– Asie	
Services de santé sexuelle et procréative ouverts aux jeunes et aux adolescents	56 % des gouvernements
Santé maternelle et infantile	54 % des gouvernements
Services de planification familiale	46 % des gouvernements
Cancers des organes génitaux	37 % des gouvernements
Favoriser autant que possible l'intégration sociale, l'égalité de l'accès et des droits à la santé sexuelle et procréative	27 % des gouvernements
Services relatifs au VIH et aux infections sexuellement transmissibles	27 % des gouvernements
Priorités mondiales en matière de santé sexuelle et procréative	
– Europe	
Services de santé sexuelle et procréative ouverts aux jeunes et aux adolescents	47 % des gouvernements
Favoriser autant que possible l'intégration sociale, l'égalité de l'accès et des droits à la santé sexuelle et procréative	47 % des gouvernements
Santé maternelle et infantile	41 % des gouvernements
Cancers des organes génitaux	34 % des gouvernements
Stérilité	25 % des gouvernements

**Priorités mondiales en matière de santé sexuelle et procréative
– Océanie**

Services de planification familiale	58 % des gouvernements
Services de santé sexuelle et procréative ouverts aux jeunes et aux adolescents	42 % des gouvernements
Violence	33 % des gouvernements
Favoriser autant que possible l'intégration sociale, l'égalité de l'accès et des droits à la santé sexuelle et procréative	33 % des gouvernements
Élaborer des politiques, des lois et des programmes relatifs à la santé sexuelle et procréative	33 % des gouvernements

491. Il est à noter que la priorité la plus fréquemment mentionnée (57 % des gouvernements à l'échelle mondiale) sont les « services de santé sexuelle et procréative ouverts aux jeunes et aux adolescents ». La cohorte actuelle de jeunes dépassant de loin celle des générations précédentes, il est impératif de veiller à la satisfaction de ses besoins, en particulier en matière de santé sexuelle et procréative. La deuxième priorité la plus fréquemment citée, « santé maternelle et infantile », doit principalement sa place aux réponses des pays d'Afrique et d'Asie dans lesquels les taux de mortalité maternelle demeurent très élevés et constituent un problème majeur de santé publique. Il est intéressant de noter que les cancers des organes génitaux (tumeurs malignes du sein et du col de l'utérus, notamment), qui arrivent en cinquième position, ont été plus fréquemment définis comme une priorité dans les pays à revenu élevé non membres de l'OCDE (50 %) et les pays à revenu faible (41 %) que dans ceux appartenant à d'autres groupes de revenu.

492. Si on classe les pays par niveau de revenu, les priorités les plus souvent citées par les gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire (tranche inférieure) sont les services de santé sexuelle et procréative pour les jeunes et les adolescents, la santé maternelle et infantile et la planification familiale, alors que les priorités les plus fréquemment affichées par les pays à revenu élevé membres de l'OCDE sont « l'intégration sociale et l'égalité de l'accès et des droits » et « les services relatifs au VIH et aux infections sexuellement transmissibles », mentionnées par 58 % des gouvernements de ces pays.

493. Les tendances décrites plus haut confirment l'existence de liens indissociables entre santé et richesse. Les pays en développement manquent toujours de certains éléments essentiels à la mise en place de systèmes de santé solides, à défaut desquels les services de base en matière de santé maternelle et infantile ne peuvent être fournis, comme l'illustre la persistance de forts taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles dans ces pays. Les conclusions de l'enquête soulignent que les gouvernements ont pris conscience de la nécessité d'accorder la priorité aux services de santé sexuelle et procréative pour lesquels les besoins sont les plus importants.

Priorités des organisations de la société civile dans le domaine de la santé sexuelle et procréative et des droits associés

Une enquête récente (2013) réalisée dans trois régions sur 198 organisations de la société civile spécialisées dans la santé sexuelle et procréative et dans les droits relatifs à la procréation a montré qu'en Afrique, 26 % de ces organisations plaçaient l'élaboration de programmes, de politiques, de stratégies et de lois, et la création d'institutions, au premier rang des priorités que devront traiter les pouvoirs publics dans les 5 à 10 ans à venir. Dans les Amériques et en Europe, en revanche, c'est la question de l'avortement qui a été le plus fréquemment citée par les organisations de la société civile (29 % et 25 %, respectivement). En Europe, 20 % des organisations interrogées ont placé au premier rang des priorités des pouvoirs publics à court terme les services de santé sexuelle et procréative et l'accompagnement associé destinés spécifiquement aux jeunes et aux adolescents.

H. Santé : les mesures clés à adopter

1. Accélérer les progrès vers l'accès universel à des services de santé sexuelle et procréative de qualité et la réalisation des droits relatifs à la sexualité et à la procréation

494. La proportion de personnes qui n'ont toujours pas accès à des services de santé sexuelle et procréative est alarmante, en particulier chez les pauvres. La croissance économique seule ne suffit pas à garantir une couverture universelle et équitable des services; les pays doivent donc allouer des ressources spécifiques pour garantir à tous l'accès à des soins abordables et de qualité. Une grande importance est accordée, dans les débats actuels, à la couverture sanitaire universelle comme moyen de garantir à tous l'accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières.

495. La première priorité devrait être le renforcement des systèmes de soins de santé primaires, afin que des services de santé sexuelle et procréative intégrés, complets et de qualité, offrant aux patients des orientations adaptées, soient accessibles à tous, en particulier aux populations rurales, isolées et démunies, y compris aux pauvres vivant en milieu urbain. Ces efforts doivent comprendre la mise à disposition d'un large éventail de technologies et de produits, ainsi que le renforcement des systèmes d'information pour la gestion sanitaire.

496. Il faut veiller en particulier à ce que les ressources humaines nécessaires à la mise en place de services de santé sexuelle et procréative complets et de qualité soient disponibles et accessibles, notamment en renforçant les capacités des agents de santé (en particulier celles du personnel de niveau intermédiaire, comme les sages-femmes), en réduisant les inégalités géographiques et en investissant les établissements de formation aux métiers de la santé.

497. La disponibilité et l'accessibilité accrues des ressources humaines doivent être associées à une amélioration de la qualité des services de santé sexuelle et procréative, afin que chacun ait accès à une prise en charge globale et intégrée, que

les droits fondamentaux de tous soient protégés et que le caractère privé et confidentiel des services et des informations relatives aux patients soit garanti.

2. Protéger et faire appliquer le droit des jeunes et des adolescents d'avoir accès à des informations fiables, à une éducation sexuelle complète à la sexualité et à des services qui prennent en charge leur santé tout au long de leur vie, notamment en matière de sexualité et de procréation

498. Le nombre d'infections sexuellement transmissibles et de décès imputables au VIH, au sida ou aux avortements, ainsi que les taux de mortalité maternelle observés chez les jeunes témoignent de l'urgence de remédier à l'inégalité de l'accès à l'information et aux services que subit actuellement la population de jeunes et d'adolescents la plus importante que l'histoire ait jamais connue.

499. Il faut investir davantage dans l'information et les services, afin que ceux-ci soient accessibles et adaptés aux jeunes et aux adolescents. Les procédures de suivi et d'évaluation des programmes doivent explicitement déterminer dans quelle mesure les adolescents en bénéficient et quelles activités bénéficient le plus, à long terme, à la santé et au bien-être des jeunes.

500. Pour améliorer la santé sexuelle et procréative des adolescentes, il est impératif de mettre fin aux inégalités entre hommes et femmes dans l'enseignement, de fixer et de faire respecter un âge légal minimum de 18 ans pour le mariage, d'éliminer les mutilations génitales féminines, l'excision et autres pratiques préjudiciables et de mettre un terme à toutes les formes de violence et discrimination à l'égard des filles. Ces mesures de protection sont essentielles à l'avènement d'une société dans laquelle les filles et les adolescentes puissent développer leurs capacités, poursuivre leurs études et choisir librement de se marier et d'avoir des enfants.

501. Si l'on souhaite améliorer la santé sexuelle et procréative et faire appliquer les droits qui y sont associés, les adolescents et les jeunes, qu'ils soient ou non scolarisés, doivent bénéficier de cours exhaustifs d'éducation sexuelle qui soulignent l'importance de l'égalité des sexes et des droits fondamentaux en abordant notamment les stéréotypes liés à chaque sexe, la notion de pouvoir et les valeurs sociales associées à l'égalité, la non-discrimination et la résolution pacifique des conflits. Ces programmes peuvent par ailleurs inciter les jeunes à adopter des comportements sains qui bénéficient à long terme non seulement aux jeunes mais à la société tout entière.

502. Tous les programmes destinés aux jeunes et aux adolescents, qu'ils soient ou non scolarisés, doivent pouvoir les orienter vers des services de santé sexuelle et procréative de qualité et fiables et des conseillers spécialisés en la matière, ainsi que vers d'autres services de santé, notamment de santé mentale. Les obstacles juridiques, réglementaires et politiques qui entravent l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et procréative doivent être supprimés.

3. Renforcer des services spécifiques de santé sexuelle et procréative

Contraception

503. Pour améliorer la santé procréative et faire respecter les droits en la matière, il est essentiel de garantir la disponibilité et l'accessibilité du plus large éventail de

méthodes contraceptives possible, y compris la contraception d'urgence, et de fournir les conseils et les informations techniques nécessaires, pour répondre aux besoins et aux préférences des individus et des couples tout au long de leur vie. Malgré tout, certains pays ne proposent qu'un choix très limité de méthodes contraceptives ou ne diffusent pas suffisamment les options ou les informations qui permettraient aux gens de faire des choix libres et éclairés, en particulier lorsque les systèmes de santé sont insuffisants, comme c'est le cas en milieu rural. Les décisions concernant la gamme de produits contraceptifs à proposer doivent tenir compte des capacités des prestataires de soins tout en renforçant le système de santé et en aidant les agents de santé à satisfaire les besoins et les préférences de chacun en proposant à tous un éventail de méthodes adaptées à toutes les situations et à tous les âges de la vie.

Avortement

504. L'amélioration de l'accès à l'avortement sécurisé et aux soins de suite a permis de réduire les taux d'avortement et le nombre de décès liés à l'avortement partout dans le monde, bien qu'il existe d'importants écarts entre les régions. Ces progrès sont cependant insuffisants : les taux de mortalité induits par des avortements non médicalisés restent inacceptables en Afrique et en Asie du Sud, où plus de la moitié des décès concernent des femmes de moins de 25 ans. Des mesures doivent être prises d'urgence afin de :

- a) Réduire le nombre de grossesses non désirées en facilitant l'accès à la contraception et en respectant le droit des femmes et des filles de ne pas subir de relations sexuelles imposées ou contraintes, ou toute autre forme de violence sexiste;
- b) Garantir à toute personne souffrant de complications liées à un avortement dangereux l'accès à des soins postavortement de qualité;
- c) Prendre les mesures préconisées dans la publication de l'OMS intitulée *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* pour éliminer les obstacles juridiques à la mise en place de services;
- d) Garantir à toutes les femmes l'accès rapide à des services d'avortement sécurisés et de bonne qualité.

Soins de maternité

505. Quatre-vingt-dix pour cent des décès maternels peuvent être évités; l'élimination de tous les décès évitables requiert la mise en place de systèmes de soins de santé primaires intégrés et fonctionnels à proximité des lieux d'habitation des femmes, de dispositifs efficaces d'orientation de la patiente permettant de traiter les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement et l'existence de services de soins obstétricaux d'urgence (de base et avancés) fonctionnels, qui soient accessibles. Pour rendre les soins de maternité de qualité accessibles et disponibles pour toutes, il est impératif de renforcer les systèmes de santé, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

506. On estime que, pour chaque femme qui décède des suites de complications liées à la grossesse, 20 autres souffrent d'affections graves et souvent permanentes, telles que la fistule obstétricale, le prolapsus utérin, l'incontinence ou l'anémie

sévère. La morbidité maternelle et le taux de létalité doivent être davantage utilisés comme des indicateurs de la qualité des services de santé sexuelle et procréative et des progrès accomplis dans la réalisation du droit des femmes à la santé.

Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH

507. D'après les données recueillies, le nombre annuel de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles a augmenté de 40 % depuis la Conférence internationale sur la population et le développement; toutefois, la surveillance est insuffisante dans bien des pays. Bien qu'elles aient des conséquences graves sur la santé et la fécondité des femmes, augmentent les risques de fausse couche et de faible poids de naissance et puissent entraîner des affections congénitales, ces infections figurent toujours parmi les pathologies sexuelles et procréatives les moins bien suivies, diagnostiquées et traitées dans le monde. Il est impératif d'accroître les efforts à l'échelle mondiale en faveur du renforcement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles et de l'amélioration de l'accès de tous, et en particulier des jeunes, à la prévention, au diagnostic et au traitement de ces infections.

508. Des investissements durables sont également nécessaires en vue de garantir l'accès universel à la prévention, au traitement et la prise en charge du VIH et d'accélérer la pleine intégration des services de prise en charge du VIH et des autres services de santé sexuelle et procréative de manière à renforcer les systèmes de santé dans leur globalité. Il est par ailleurs essentiel d'examiner les problèmes structurels qui contribuent potentiellement à la persistance du VIH en Afrique australe.

Maladies non transmissibles, y compris cancers des organes génitaux

509. La prévalence des cancers de l'appareil génital et la mortalité et la morbidité associées mettent également en évidence l'insuffisance et l'iniquité de l'accès à l'information, à l'éducation et aux services en matière de santé sexuelle et procréative.

510. Chaque année, plus de 500 000 femmes développent un cancer du col de l'utérus, et plus de la moitié d'entre elles en meurent, principalement dans les pays en développement. Ce type de cancer peut être évité grâce au dépistage et au vaccin contre le papillomavirus humain. Bien que le nombre de cancers du sein soit moins élevé dans les pays en développement qu'ailleurs, les taux de mortalité y sont supérieurs, du fait du manque d'accès au dépistage et aux traitements.

511. Partout dans le monde, à l'exception de l'Afrique qui supporte le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, le nombre de décès dus à des maladies non transmissibles est supérieur au nombre total de décès dus à des pathologies obstétricales, périnatales, transmissibles et nutritionnelles; en outre, les décès dus à des maladies non transmissibles surviennent plus précocement dans les pays en développement qu'ailleurs. La plupart des pathologies non transmissibles et des décès associés sont imputables aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, au diabète, à la dépression et aux affections respiratoires chroniques. L'évolution de la charge de morbidité est le reflet de changements notables intervenus dans la consommation de tabac et d'alcool, d'une activité physique insuffisante et d'un régime alimentaire trop riche (obésité).

512. Il est impératif de remédier au nombre croissant de cancers des organes génitaux (sein, col de l'utérus et prostate notamment) en investissant dans des stratégies de prévention incluant le vaccin contre le papillomavirus humain et le dépistage systématique, dans la prise en charge précoce au niveau des soins primaires et dans des dispositifs fiables d'orientation du patient vers les niveaux de soins supérieurs.

513. Il faut également réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles en promouvant les comportements et les modes de vie sains, en particulier auprès des enfants, des adolescents et des jeunes.

IV. Lieu de vie et mobilité

« [Les êtres humains] ont droit à un niveau de vie suffisant pour eux-mêmes et leur famille, y compris une alimentation, des vêtements, un logement, un approvisionnement en eau et un système d'assainissement adéquats. »
(Programme d'action, principe 2)

« Les pays devraient garantir à tous les migrants la jouissance de tous les droits fondamentaux de la personne humaine énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme. »
(Programme d'action, principe 12)

« Les gouvernements devraient améliorer la gestion et la prestation de services aux agglomérations urbaines en développement croissant et établir des textes législatifs et administratifs d'application, et fournir des ressources financières adéquates afin de répondre aux besoins de tous les citoyens, y compris les pauvres des zones urbaines, les migrants internes, les personnes âgées et les handicapés. »
(Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action, par. 31)

514. L'importance du lieu de vie pour la sécurité humaine coïncide de manière saisissante avec la relation très humaine que nous entretenons avec la migration. Nous ne sommes ni migrants ni sédentaires, nous ne changeons pas, par habitude ou par instinct, de lieu de vie selon les saisons, mais nous disposons de cette faculté spécifiquement humaine de combiner un attachement profond à notre lieu de vie et la volonté de chercher de nouveaux lieux plus favorables pour nous y installer. Nos politiques publiques doivent donc être compatibles avec ces deux besoins humains : lieu de vie sûr et mobilité.

515. La notion de lieu de vie a des dimensions à la fois sociales et spatiales³⁸⁸. Elle comprend la famille, le foyer, la communauté, qui constituent le tissu social qui nous relie les uns aux autres, mais aussi le village, la municipalité, l'État et le pays que nous considérons comme nôtres, et nous intègre ainsi dans une structure politique et un environnement communs.

516. Un lieu de vie sûr est essentiel pour le développement humain, tout comme la sécurité humaine – le fait de vivre à l'abri de la faim, de la peur, de la violence et de la discrimination –, est une condition préalable pour favoriser le développement des

³⁸⁸ T. F. Gieryn, « A space for place in sociology », *Annual Review of Sociology*, vol. 26 (2000), p. 463 à 496.

enfants et stimuler la créativité de toutes les personnes. Les principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme protègent les droits relatifs à la sécurité humaine, notamment « le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant [...] y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à l'amélioration constante de ses conditions d'existence » – mais aussi les droits relatifs à la mobilité, notamment le droit d'une personne de « circuler librement, [de] choisir librement sa résidence » et de « quitter n'importe quel pays »³⁸⁹.

517. Un nombre croissant de personnes dans le monde se déplacent à l'intérieur ou à l'extérieur des frontières de leurs pays. Il est essentiel que ces migrants aient accès à un lieu sûr, d'où l'importance d'accorder l'attention voulue à la planification des villes en expansion rapide afin qu'elles puissent accueillir tant les migrants ruraux que les citoyens pauvres et répondre à leurs besoins.

518. Néanmoins, vu le nombre de personnes dans le monde qui n'ont pas de logement sûr et stable au quotidien, il est plus qu'urgent d'attirer davantage l'attention de la communauté internationale sur la question de la sécurité humaine. À la fin de 2012, on recensait au moins 15,4 millions de réfugiés³⁹⁰, 28,8 millions de déplacés³⁹¹, environ 863 millions de personnes vivant dans des taudis³⁹², et un nombre considérable mais inconnu de sans-abri. Pour faire face à ces défis, les gouvernements devraient établir des partenariats de coopération entre eux pour promouvoir des mécanismes participatifs d'aménagement du territoire, assurer une continuité entre les systèmes de santé urbains et ruraux, tout en répondant à la nécessité de fournir des logements sûrs.

519. Cette section examine l'évolution de la structure des ménages, le premier lieu de vie de tout individu. Elle fait une large place à la mobilité interne et internationale, qui détermine les perspectives d'avenir des populations, ainsi qu'à l'urbanisation, qui constitue la principale transition spatiale actuellement à l'œuvre dans une grande partie du monde. Elle met l'accent sur les menaces les plus pressantes qui pèsent sur le lieu de vie, notamment l'absence de domicile fixe, les déplacements et l'absence d'accès à la terre.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 19

Liberté de circulation

Dispositions non contraignantes. L'observation générale n° 27 relative à la liberté de circulation (1999) adoptée par le Comité des droits de l'homme dispose que « la liberté de circulation est une condition indispensable au libre développement de l'individu ». Elle précise les

³⁸⁹ Voir l'article 11 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et l'article 12 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (annexes de la résolution 2200 A (XXI) de l'Assemblée générale).

³⁹⁰ HCR, « Displacement, the new 21st century challenge », *Global Trends 2012* (Genève, 2013).

³⁹¹ Observatoire des situations de déplacement interne et Conseil norvégien pour les réfugiés, *Global Overview 2012: People Internally Displaced by Conflict and Violence* (Genève, 2013).

³⁹² Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), *State of the World's Cities 2012/2013: Prosperity of Cities* (Nairobi, 2012).

droits liés à la liberté de circulation, à savoir le droit de choisir librement sa résidence, la liberté de quitter tout pays, y compris le sien, le droit d'entrer dans son propre pays et les cas exceptionnels dans lesquels l'État peut restreindre l'exercice de ces droits, en notant que l'« imposition des restrictions autorisées en vertu du paragraphe 3 de l'article 12 [du Pacte international relatif aux droits civils et politiques] doit être compatible avec le respect des autres droits garantis dans le Pacte et avec les principes fondamentaux de l'égalité et de la non-discrimination ».

A. Évolution de la structure des ménages

520. Dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, les participants à la Conférence ont invité les États à formuler des politiques pour renforcer l'appui social et économique fourni aux familles, prendre acte de l'augmentation des coûts de l'éducation des enfants et apporter une assistance aux ménages monoparentaux, qui sont de plus en plus nombreux. Ils ont également constaté que la famille pouvait prendre plusieurs formes. Néanmoins, ils n'ont guère fait état des tendances en matière de structures familiales ou domestiques qui prévalaient au moment de la Conférence, à l'exception de l'augmentation constatée du nombre de familles monoparentales. Ils n'ont pas anticipé l'instabilité croissante des unions matrimoniales dans de nombreuses sociétés, ou l'hétérogénéité accrue des structures domestiques et des types de foyer, qui comprennent notamment les ménages composés d'une seule personne, les ménages monoparentaux et les ménages dirigés par des enfants ou des grands-parents et qui concernent beaucoup de familles de nos jours.

521. Les principaux objectifs du Programme d'action, à savoir faire en sorte que les familles disposent d'un logement sûr et que les parents soient en mesure d'accorder l'attention voulue au bien-être de leur famille, notamment de leurs enfants, doivent par conséquent être réaffirmés en 2014. En effet, les structures des ménages sont de plus en plus diverses, un nombre croissant de personnes vivent seules et les enfants du monde entier sont de plus en plus susceptibles d'être élevés par un parent seul³⁹³.

1. Augmentation du nombre de ménages composés d'une seule personne

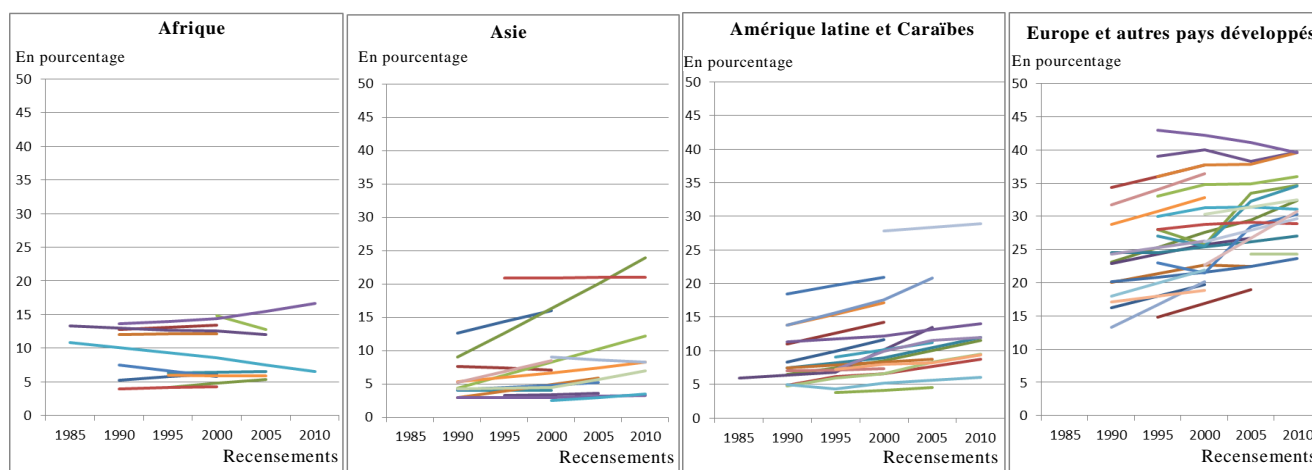
522. Au cours des deux décennies écoulées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, plusieurs tendances sociales convergentes telles que l'augmentation de l'âge au mariage, des taux de divorce et de la proportion des personnes qui ne se marient jamais ainsi que les innovations médicales ont abouti à une hausse du nombre de ménages composés d'une seule personne, en particulier dans les pays européens et d'autres pays développés³⁹⁴, dans de nombreux pays

³⁹³ OCDE, *The Future of Families to 2030: A Synthesis Report* (Paris, OECD Publishing, 2011); National Health and Family Planning Commission of China, « The People's Republic of China country report on population and development » (septembre 2013); J. C. Olmstead, « Norms, economic conditions and household formation: a case study of the Arab world », *The History of the Family*, vol. 16, n° 4 (2011), p. 401 à 415; A. Esteve *et al.*, « The "Second Demographic Transition" features in Latin America: the 2010 update » (2012).

³⁹⁴ OCDE, *The Future of Families to 2030: A Synthesis Report*.

d'Amérique latine et des Caraïbes et dans certains pays d'Asie, notamment la République de Corée, les Philippines, Singapour, l'Indonésie, la Thaïlande et le Viet Nam (voir fig. 45). Rien ne semble indiquer une augmentation mesurable du nombre de ces ménages dans les pays d'Afrique, en dehors du Kenya. La hausse du nombre de ménages composés d'une seule personne a de profondes répercussions sur les modes de consommation, le logement, la prise en charge à long terme des personnes âgées et la solidarité intergénérationnelle et, par conséquent, sur les attentes de la population envers l'État.

Figure 44
Évolution de la proportion de ménages composés d'une seule personne, selon la région



Source : Organisation des Nations Unies, *Annuaire démographique*, tableau 2, Ménages selon le type de ménage, l'âge et le sexe du chef de ménage ou autre membre de référence : 1995-2013, disponible à l'adresse http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb_Household/dyb_household.htm (lien vérifié le 26 septembre 2013); Division de statistique, special data request/interagency communication, juin 2013; Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 (base de données lisible par machine), Université du Minnesota, 2013 (données récupérées le 23 septembre 2013); Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean (Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (Argentine) et Banque mondiale), 2013, tableau, Household structure, in « Statistics by gender », disponible à l'adresse <http://sedlac.econo.unlp.edu.ar/eng/statistics-by-gender.php>; Eurostat, 2013, Base de données statistiques sur le revenu et les conditions de vie, tableau, Revenu et conditions de vie/ménages privés/distribution des ménages selon le type de ménage, 1997-2001 et 2003-2011, disponible à l'adresse <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>.

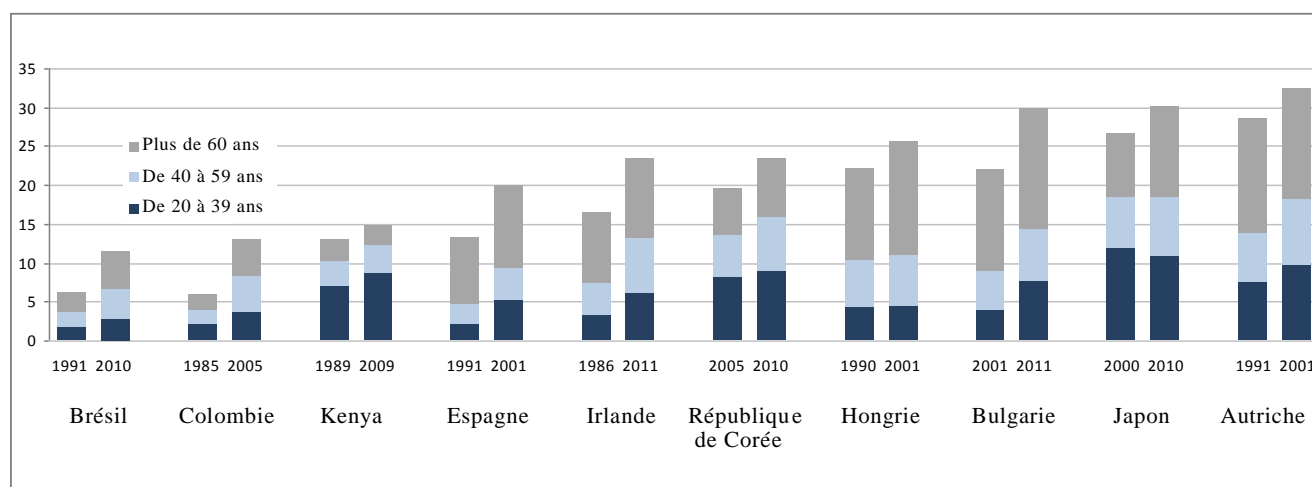
Note : Les données issues des recensements sont organisées par périodes axées sur les cycles de recensements (plus ou moins deux ans autour de 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 et 2010), et les données issues d'enquêtes sont utilisées pour calculer des moyennes pour chaque période.

523. La hausse du nombre de ménages composés d'une seule personne reflète les changements sociaux qui se produisent tout au long du cycle de vie, chez les jeunes adultes comme chez les personnes âgées, et qui déterminent cette hausse, plus ou moins forte selon les régions. La figure 46 montre qu'en Espagne, en Hongrie et en Bulgarie, sur la totalité des ménages composés d'une seule personne, la proportion des personnes âgées (de plus de 60 ans) est relativement plus grande, ce qui peut être un signe de bonne santé et d'indépendance à long terme mais aussi que des services d'assistance à la vie quotidienne seront nécessaires à l'avenir. En Autriche, au Japon, au Kenya et en République de Corée, au contraire, sur la totalité des

ménages composés d'une seule personne, la proportion des personnes de 20 à 39 ans est relativement plus grande, ce qui traduit un report de l'âge au mariage ou un célibat plus long ainsi qu'une demande accrue de logements individuels, de loisirs et de certains biens de consommation.

Figure 45

Évolution de la proportion de ménages composés d'une seule personne, selon la catégorie d'âge



Source : Organisation des Nations Unies, *Annuaire démographique*, tableau 2, Ménages selon le type de ménage, l'âge et le sexe du chef de ménage ou autre membre de référence : 1995-2013, disponible à l'adresse http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb_Household/dyb_household.htm (lien vérifié le 26 septembre 2013); Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies, special data request/interagency communication, juin 2013; Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 (base de données lisible par machine), Université du Minnesota, 2013 (données récupérées le 23 septembre 2013).

524. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vivre dans un ménage composé d'une seule personne en Europe et dans d'autres pays développés, mais c'est l'inverse dans les pays d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes. Les femmes représentent la majorité des personnes âgées ou veuves qui vivent dans un ménage de ce type. En revanche, dans la plupart des pays, les hommes représentent la majorité des personnes qui n'ont jamais été mariées et qui vivent seules. Les femmes restent sous-représentées parmi les jeunes personnes qui vivent seules, en particulier dans les régions moins développées. Seule une légère hausse de leur proportion a été constatée dans certains pays des régions développées ou moins développées.

525. Vingt et un pays disposent de données sur les ménages composés d'une seule personne ventilées selon le lieu de résidence (urbain/rural) et l'âge de cette personne. Dans les sept pays africains considérés, les ménages composés d'une seule personne sont plus courants dans les zones urbaines, en particulier ceux composés d'un jeune adulte (entre 20 et 39 ans). Dans les pays d'Amérique latine, d'Asie et dans les trois pays européens, la prédominance des ménages composés d'une seule personne dans les zones rurales ou urbaines est moins tranchée, mais, tout comme en Afrique, les ménages composés d'un seul jeune adulte sont plus fréquents dans les zones urbaines. L'Argentine est le seul pays où les jeunes adultes qui vivent seuls sont tout autant susceptibles de vivre dans une zone urbaine que dans une zone rurale. À l'inverse, les ménages composés d'une seule personne plus

âgée sont plus courants dans les zones rurales que dans les zones urbaines dans la majorité des pays.

2. Report de l'âge au mariage

526. Chez les jeunes, la hausse du nombre de ménages composés d'une seule personne traduit en partie l'augmentation mondiale continue de l'âge au premier mariage (voir fig. 47). L'âge moyen des célibataires au mariage pour les femmes et les hommes a augmenté dans toutes les régions au cours des 50 dernières années, mais cette hausse est plus marquée dans les régions développées³⁹⁵. Lorsqu'elle est combinée avec une cohorte particulièrement vaste de jeunes (15-24 ans), comme c'est le cas en Asie et en Amérique (où ils représentent respectivement 18,3 % et 18,0 % de la population totale)³⁹⁶, cette hausse contribue à une augmentation générale du nombre de ménages composés d'une seule personne au sein de la population des jeunes. S'il est vrai qu'en Europe, les cohortes de jeunes représentent une moindre proportion de la population totale (12,8 % en 2010)³⁹⁶, on a constaté là aussi que la probabilité qu'ils constituent des ménages indépendants ou des colocations avant le mariage³⁹⁷ a sensiblement augmenté, même s'ils sont nombreux à rester au domicile de leurs parents³⁹⁸.

527. Dans les pays moins développés, les cohortes de jeunes adultes (20-39 ans) représentent la majorité des ménages composés d'une seule personne. En réalité, la légère hausse de la proportion de ces ménages qui a été constatée au Kenya est due à une augmentation de leur nombre chez les jeunes adultes. Mais cette hausse généralisée traduit également au moins trois autres tendances sociales : la diminution de la proportion de personnes qui ont été mariées au moins une fois, l'augmentation du nombre de divorces dans toutes les régions et l'accroissement de l'espérance de vie, qui augmente la probabilité que les personnes âgées, et les femmes âgées en particulier, vivent seules pendant plus longtemps, que ce soit par suite d'un divorce ou d'un veuvage.

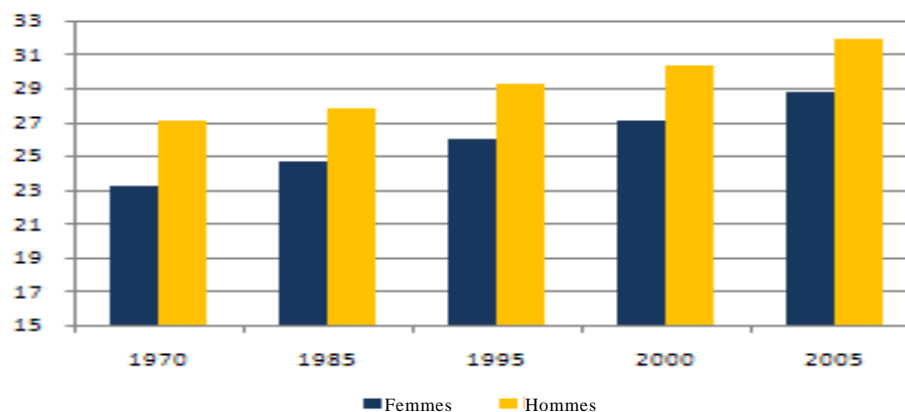
³⁹⁵ *World Fertility Report 2009* (ST/ESA/SER.A/304).

³⁹⁶ *World Population Prospects: The 2012 Revision* (voir note de base de page 336).

³⁹⁷ S. Heath, « Young, free and single? The rise of independent living », in *Handbook of Youth and Young Adulthood: New Perspectives and Agendas*, A. Furlong, éd. (Milton Park, Abingdon, Oxon, Routledge, 2009).

³⁹⁸ M. Iacovou, « Leaving home: independence, togetherness and income in Europe », rapport d'expert n° 2011/10 établi en vue de la réunion d'experts sur les adolescents, la jeunesse et le développement, New York, 21 et 22 juillet 2011; base de données d'Eurostat, données téléchargées le 11 décembre 2013.

Figure 46
 Âge moyen des célibataires au mariage selon le sexe, 1970-2005



Source : Organisation des Nations Unies, World Marriage Data 2012 (POP/DB/Marr/Rev2012), disponible à l'adresse www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/marriage/wmd2012/MainFrame.html.

3. Augmentation de la proportion de la population qui ne se marie jamais

528. Une hausse de la proportion de personnes qui ne se marient jamais a toujours été observée dans les cohortes qui atteignaient l'âge de se marier en période de guerre, en raison de l'insuffisance du nombre de partenaires potentiels³⁹⁹. Si on considère exclusivement la proportion de femmes âgées de 45 à 49 ans qui ne se sont jamais mariées, les tendances révélées par les recensements des 40 dernières années suggèrent une augmentation persistante dans une majorité de pays d'Europe, d'Afrique, d'Océanie et des Amériques⁴⁰⁰, dont la plupart n'ont pas connu de guerre ou de conflit prolongé ces dernières années. Ce n'est qu'en Asie que le taux de femmes de cet âge qui ne se sont jamais mariées reste uniformément et durablement faible. Les statistiques sur le mariage peuvent traduire l'augmentation concurrente du nombre d'unions moins formelles telles que la cohabitation, qui ressemble beaucoup au mariage (notamment parce qu'elle offre une relation stable et la possibilité de fonder une famille), ce qui suggère que les modifications du tissu social seront plus importantes à l'avenir qu'elles ne le sont actuellement. Ces évolutions sont néanmoins notables en ce qu'elles contribuent en partie à intensifier l'augmentation du nombre de ménages composés d'une seule personne.

529. En Afrique, une analyse de neuf pays fondée sur les données conjoncturelles issues des recensements montre que le pourcentage de femmes jamais mariées âgées de 45 à 49 ans reste faible (inférieur à 10 %), mais qu'il a sensiblement augmenté depuis 20 ans dans six pays: le Lesotho, le Libéria, la Libye, le Mozambique, le

³⁹⁹ R. Abramitzky, A. Delavande et L. Vasconcelos, « Marrying up: the role of sex ratio in assortative matching », *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 3, n° 3 (2011), p. 124 à 157; E. Brainerd, « Uncounted costs of World War II: the effect of changing sex ratios on marriage and fertility of Russian women » (octobre 2007), disponible à l'adresse <http://web.williams.edu/Economics/faculty/brainerd-rfwomen.pdf>.

⁴⁰⁰ FNUAP, secondary analysis of *World Marriage Data 2012* (www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/MainFrame.html).

Niger et le Soudan, mais pas dans les trois autres : le Burkina Faso, l'Égypte et l'Éthiopie⁴⁰¹.

530. Dans les Amériques, ce pourcentage est supérieur à 10 % dans l'ensemble des 12 pays pour lesquels on dispose de données, même s'il est resté constant dans la plupart des pays depuis 20 ou 30 ans.

531. En Asie, il est généralement moins élevé (environ 5 %), à l'exception de certains pays comme le Koweït, le Qatar et Singapour, dans lesquels il est supérieur à 10 % et a connu une forte croissance depuis 20 ans.

532. Parmi les 25 pays européens pour lesquels on dispose de données conjoncturelles, ce pourcentage avoisine ou dépasse les 20 % en Allemagne, au Danemark, en Finlande, en France, en Irlande, en Norvège, aux Pays-Bas et en Suède, et augmente régulièrement depuis les années 80 ou 90. Il augmente depuis 20 ans en Autriche, en Belgique, en Islande, en Lettonie et en Suisse et est aujourd'hui compris entre 10 % et 20 %. Il varie entre 5 % et 10 % en Albanie, au Bélarus, dans la Fédération de Russie et en Hongrie et y est resté relativement constant au cours des trois dernières décennies.

533. Enfin, en Océanie (Australie, Nouvelle-Zélande, Palaos et Tonga), il a rapidement augmenté au cours des 30 dernières années et s'élève aujourd'hui à 10 % environ.

4. Augmentation du nombre de divorces

534. La proportion de personnes divorcées ou séparées a également augmenté depuis 20 ans⁴⁰¹, et cette hausse s'observe dans toutes les régions à des degrés divers. Le pourcentage le plus élevé de femmes et d'hommes âgés de 45 à 49 ans qui sont actuellement divorcés ou séparés s'observe dans les pays européens et dans d'autres pays à revenus élevés, et c'est au cours des 20 dernières années que la hausse a été la plus marquée. La proportion de pays dans lesquels ce taux est au moins égal à 10 % de la population est de 67 % en Europe (29 pays sur 43), 45 % dans les Amériques (19 pays sur 42) 41 % en Afrique (19 pays sur 46) et seulement 11 % en Asie (5 pays sur 43). Même dans les nombreux pays où ce phénomène est peu répandu (moins de 5 %), on a récemment constaté une forte augmentation. Par exemple, actuellement, seuls 2,1 % des 45 à 49 ans sont divorcés ou séparés en Chine, chiffre qui a toutefois quintuplé depuis 20 ans. Des hausses similaires observées en Europe orientale et en Asie du Sud suggèrent qu'un assouplissement relativement récent des restrictions historiques (juridiques ou sociales) applicables au divorce a entraîné depuis 10 ou 20 ans une hausse rapide de ces taux, qui étaient nuls ou proches de zéro.

535. En résumé, la hausse du nombre de ménages composés d'une seule personne qui a été observée à l'échelle mondiale traduit de nombreux changements sociaux, notamment le report de l'âge au mariage, le célibat, le divorce et le veuvage. Dans l'ensemble, pour une bonne part des pays étudiés (23 pays sur les 52 pour lesquels on dispose de données, situés dans des régions développées et moins développées), l'augmentation de la proportion de ces ménages était due à la hausse du nombre de personnes qui ne se marient jamais, qu'elles soient jeunes ou âgées. Les pays dans lesquels cette augmentation était due à la hausse du nombre de divorces ou de séparations (14 pays, situés pour la plupart dans des régions développées) ou de l'accroissement du veuvage (7 pays, donc 5 sont situés en Amérique latine et en

⁴⁰¹ *World Marriage Data 2012.*

Asie) étaient bien moins nombreux. On observe une très faible proportion de ménages composés d'une seule personne mariée ou vivant en union libre (ce qui suggère une séparation prolongée, sans doute liée au phénomène des travailleurs migrants), qui a néanmoins augmenté au Sénégal, en Colombie, au Chili, dans l'État plurinational de Bolivie, en République de Corée, en Bulgarie et en Suisse.

5. Ménages monoparentaux

536. Les parents isolés ayant des enfants représentent une part importante de l'ensemble des ménages dans des pays de toutes les régions. La prévalence la plus élevée s'observe en Amérique latine et dans les Caraïbes. Parmi les pays pour lesquels on dispose de données, le pourcentage des ménages composés de parents isolés ayant des enfants est supérieur à 10 % dans 7 pays sur 12 en Amérique latine et dans les Caraïbes, dans 5 pays sur 17 en Europe et dans 3 pays sur 11 en Afrique. Néanmoins, ces pourcentages sont probablement sous-estimés puisqu'ils ne tiennent pas compte des familles monoparentales qui cohabitent avec des membres de leur famille ou des proches au sein de ménages non nucléaires (c'est-à-dire dans des ménages élargis ou complexes).

537. L'évolution de la proportion de ménages monoparentaux est contrastée. En Amérique latine et dans les Caraïbes, pratiquement tous les pays ont connu une augmentation de cette proportion, et ceux qui ont connu les hausses les plus fortes sont la Colombie, l'Équateur et El Salvador. De telles augmentations ont également été observées dans certains pays européens (la Fédération de Russie et l'Irlande) et africains (le Cameroun, le Rwanda et la République-Unie de Tanzanie). À l'inverse, une diminution de cette proportion a été observée dans certains pays situés dans différentes régions, les diminutions les plus fortes étant constatées en Afrique du Sud, au Cambodge, au Malawi, en République tchèque et au Viet Nam.

538. Les données les plus récentes montrent que la majorité des parents isolés qui vivent avec leurs enfants sont des femmes : cette proportion varie entre un peu moins de 75 % aux Philippines (2000), aux Bermudes (2010), en République de Corée (2010), en Turquie (2000) et au Japon (2010) et plus de 90 % au Rwanda (2002) et au Malawi (2008)⁴⁰².

539. La proportion de ménages monoparentaux est plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales dans environ 50 % des pays pour lesquels on dispose de données et qui sont situés pour la plupart en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Europe. Elle est plus élevée dans les zones rurales pour environ 20 % des pays considérés, dont la plupart sont situés en Afrique subsaharienne⁴⁰². La hausse de la proportion de ménages monoparentaux observée dans certains pays est due à des changements survenus dans les zones urbaines comme rurales, mais principalement dans les zones urbaines.

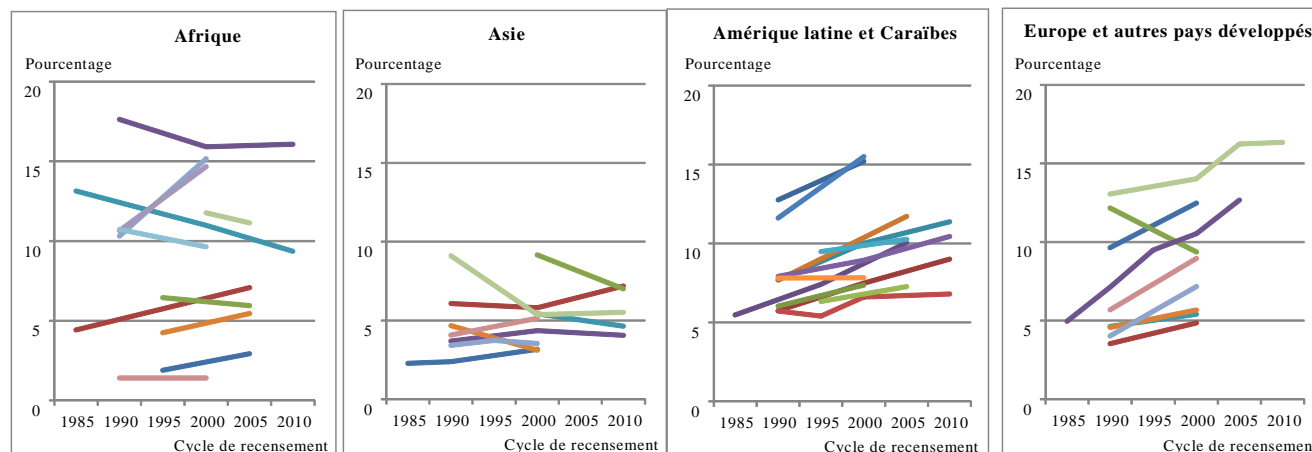
540. Les enfants qui vivent dans des ménages monoparentaux sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et d'avoir un accès limité aux services de base en matière d'éducation et de santé. Ces 20 dernières années, la proportion d'enfants de 0 à 14 ans qui vivent dans une famille monoparentale a augmenté dans la majorité des pays d'Europe et dans d'autres régions développées ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes (voir fig. 47). Les pays qui connaissent actuellement les pourcentages les plus élevés (plus de 10 %) sont l'Autriche, l'Irlande, les États-Unis d'Amérique, l'État plurinational de Bolivie, la Colombie, l'Équateur, El Salvador, la

⁴⁰² FNUAP, Integrated Public Use of Microdata Series et Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de statistique.

Jamaïque, le Panama et le Pérou. En Afrique, l'évolution de ce phénomène est contrastée. Ainsi, au Rwanda et en République-Unie de Tanzanie, la proportion d'enfants vivant dans une famille monoparentale a augmenté pour atteindre environ 15 %. À l'inverse, cette proportion a diminué mais reste élevée au Kenya (16 %) et au Malawi (9 %). C'est dans les pays d'Asie qu'elle a le moins évolué et qu'elle demeure la plus faible.

Figure 47

Évolution de la proportion d'enfants (0-14 ans) vivant dans une famille monoparentale, par région



Source : Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 [Base de données lisible par machine], Université du Minnesota, 2013 (lien vérifié le 23 septembre 2013).

Note : Les données utilisées sont issues de recensements et sont organisées par périodes axées sur les cycles de recensement (plus ou moins deux ans autour de 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 et 2010).

541. Comme le monde s'urbanise de plus en plus et que le pourcentage de personnes âgées augmente dans la population mondiale, la hausse proportionnelle du nombre de ménages composés d'une seule personne va probablement se poursuivre. De la même manière, comme le taux de divorces tend à augmenter dans plusieurs pays dont le poids démographique est important (Inde, Chine) et que l'acceptation sociale des naissances hors mariage semble également croissante, il y a peu de chances que la proportion de familles monoparentales diminue à l'avenir.

542. En s'appuyant notamment sur les municipalités, les États devraient tenir compte de la diversité croissante des structures domestiques et des types de foyer et de la nécessité qui en découle, pour réduire l'isolement social, de créer des logements et des espaces sociaux communs pour les ménages composés d'une seule personne qui réunissent les jeunes et les personnes âgées.

543. L'enquête mondiale a montré qu'au cours des cinq dernières années, environ 80 % des pays avaient pris en compte trois volets des systèmes de protection sociale qui ont une incidence sur le bien-être des familles et des ménages : 85 % des pays ont redoublé d'efforts pour fournir des services de santé, d'éducation et de protection sociale, 84 % ont apporté soutien et assistance aux familles vulnérables et 82 % ont fourni une assistance efficace aux familles et aux individus. Ces proportions varient selon les régions et les revenus. De la même manière, au cours des cinq dernières années, 79 % des gouvernements ont apporté une assistance aux

familles qui ont la charge de personnes handicapées ou de personnes vivant avec le VIH; mais ce pourcentage est plus faible en Océanie (33 %).

544. Néanmoins, l'enquête mondiale a également indiqué que seuls 61 % des gouvernements avaient mis en place des mécanismes de protection financière et sociale destinés aux familles monoparentales au cours des cinq dernières années, malgré la hausse de la proportion de ces ménages.

B. Migrations internes et urbanisation

1. Migrations internes

545. Qu'ils changent de lieu de résidence dans leur pays ou en se rendant à l'étranger, de façon permanente, temporaire ou périodique, les motifs des migrants restent les mêmes : améliorer leur bien-être et leurs conditions de vie, chercher un emploi, créer ou entretenir une famille. Cette forme de mobilité et la sécurité des intéressés pendant le déplacement sont d'importance essentielle pour l'obtention effective de meilleures qualifications et de meilleures conditions d'emploi et d'existence.

546. Il est très difficile d'obtenir des estimations de l'ampleur de ces migrations internes, mais les travaux indiquent que 740 millions de personnes, dans le monde, vivent dans le même pays mais en dehors de la région où elles sont nées⁴⁰³, chiffre qui est bien plus élevé que celui des migrants internationaux (232 millions⁴⁰⁴), alors même que c'est l'aspect international du phénomène migratoire qui retient le plus souvent l'attention.

547. De plus en plus, les femmes migrent seules ou comme chef de ménage et principal gagne-pain⁴⁰⁵. De plus, comme il faut tout un ensemble de ressources quand on envisage d'émigrer, les migrants ne viennent généralement pas des strates les plus pauvres de la société rurale⁴⁰⁶, sauf quand la migration est le résultat de facteurs de rejet tels qu'une famine, une guerre ou une catastrophe naturelle.

548. Entre la migration volontaire et les déplacements forcés, toutes les situations intermédiaires peuvent se présenter. L'histoire des crises environnementales graves montre que les migrations qu'elles ont déclenchées sont souvent de courte durée et locales⁴⁰⁷, alors que le déplacement forcé dû à une crise politique ou à une guerre est

⁴⁰³ M. Bell et S. Muhidin, *Cross-National Comparison of Internal Migration*, document de recherche sur le développement humain n° 2009/30 (Programme des Nations Unies pour le développement, 2009).

⁴⁰⁴ Nations Unies, « The number of international migrants worldwide reaches 232 million », *Population Facts*, n° 2013/2 (septembre 2013).

⁴⁰⁵ *L'état de la population mondiale, 2007 : les promesses de la croissance urbaine* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.07.III.H.1); C. S. Camlin, R. C. Snow et V. Hosegood, « Gendered patterns of migration in rural South Africa », *Population, Space and Place* (30 mai 2013).

⁴⁰⁶ Foresight, *Migration and Global Environmental Change: Future Challenges and Opportunities – Final Project Report* (Londres, Government Office for Science, 2011).

⁴⁰⁷ C. Tacoli, « Crisis or adaptation? Migration and climate change in a context of high mobility », in *Population Dynamics and Climate Change*, J. M. Guzmán *et al.*, éd. (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.09.III.H.4).

souvent prolongé, transnational et même permanent⁴⁰⁸. Les mouvements migratoires de courte durée, qu'ils soient volontaires ou non, exigent des ressources, si bien que les pauvres risquent de se retrouver sans ressources pour déménager, dans des conditions de déplacement forcé ou piégés dans des camps de réfugiés, sans ressources pour rentrer dans leur pays. **Les États devraient soutenir le droit des personnes de déménager dans leur propre pays, pour améliorer leurs conditions de vie, s'adapter aux changements des conditions sociales, économiques, politiques et environnementales et éviter un déplacement forcé, et ils devraient promouvoir, protéger tous les migrants internes et leur offrir d'égales possibilités et un accès à la protection sociale.**

549. La tendance la plus importante dans le phénomène migratoire est l'urbanisation, qui est le résultat de mouvements pendulaires ou permanents des zones rurales vers la ville, petite ou grande. En fait, on peut s'attendre à ce que les zones urbaines absorbent la totalité de l'accroissement de la population au cours des 40 prochaines années (voir tableau 3), ce qui en ferait la tendance de démographie spatiale la plus importante au cours des prochaines décennies. Avec l'exode rural, l'accroissement naturel (c'est-à-dire la différence entre le nombre de naissances et de décès) dans les zones urbaines est la principale source de croissance urbaine⁴⁰⁹. La contribution relative de chacun de ces facteurs varie considérablement avec le temps et l'espace, en raison des niveaux variables des taux de fécondité et des taux d'urbanisation. Le facteur qui unit ces deux phénomènes est que la poursuite de l'urbanisation est associée à une augmentation de la contribution relative de l'accroissement naturel à la croissance urbaine, puisque l'urbanisation réduit le nombre de ruraux tentés par l'exode rural tout en accroissant la proportion d'enfants nés dans les villes – alors même que les taux de fécondité dans les villes sont partout moins élevés que dans les campagnes.

2. L'échelle et le rythme de l'urbanisation

550. En 2008, pour la première fois dans l'histoire, plus de la moitié de la population mondiale vivait dans les villes. Entre 1990 et 2010, 90 % de l'accroissement de la population urbaine s'est produit dans les pays en développement, où le taux d'urbanisation est passé de 35 % à 46 %. Pendant cette période, dans les pays les moins avancés, la population urbaine a plus que doublé, passant de 107 millions à 234 millions. Ce sont les pays développés qui ont achevé le plus tôt cette transition, mais l'Amérique latine a également connu une transition urbaine particulièrement rapide et précoce⁴¹⁰.

551. Entre 2011 et 2050, la population urbaine dans le monde passerait de 3,63 milliards à 6,25 milliards, soit une augmentation de 2,6 milliards (voir tableau 3). Cependant, si cette augmentation est énorme, en fait elle se ralentit. Entre 1950 et 2011, la population urbaine mondiale augmentait au rythme de 2,6 % par an et a pratiquement quintuplé. Par contraste, entre 2011 et 2030, le taux annuel serait de 1,7 %⁴¹⁰.

⁴⁰⁸ Comité international de la Croix-Rouge (CIRC), *Le déplacement interne dans les conflits armés : faire face aux défis* (Genève, 2009).

⁴⁰⁹ Le reclassement de certaines zones rurales en zones urbaines et les modifications apportées à la définition de zones urbaines expliquent aussi peut-être une petite proportion, variable, de l'accroissement de la population urbaine.

⁴¹⁰ *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision* (ST/ESA/SER.A/322).

Tableau 3
Tendances et projections de la population urbaine et rurale selon le niveau de développement, 1950-2050

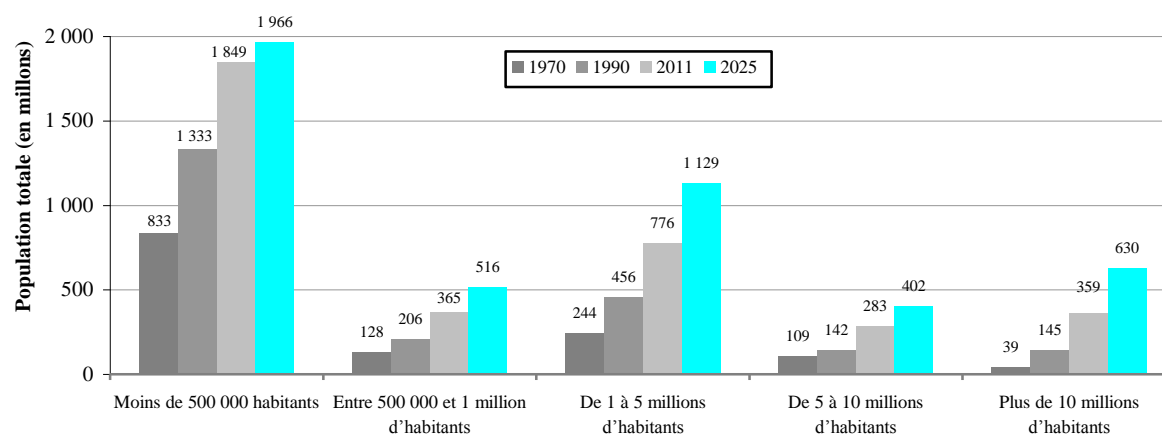
Niveau de développement	Population (milliards)					Taux annuel de variation moyen (en pourcentage)			
	1950	1970	2011	2030	2050	1950-1970	1970-2011	2011-2030	2030-2050
Population totale									
Monde entier	2,53	3,7	6,97	8,32	9,31	1,89	1,55	0,93	0,56
Pays développés	0,81	1,01	1,24	1,3	1,31	1,08	0,51	0,23	0,06
Pays moins développés	1,72	2,69	5,73	7,03	7,99	2,23	1,85	1,07	0,65
Population urbaine									
Monde entier	0,75	1,35	3,63	4,98	6,25	2,98	2,41	1,66	1,13
Pays développés	0,44	0,67	0,96	1,06	1,13	2,09	0,89	0,52	0,29
Pays moins développés	0,3	0,68	2,67	3,92	5,12	4,04	3,33	2,02	1,34
Population rurale									
Monde entier	1,79	2,34	3,34	3,34	3,05	1,36	0,87	-0,01	-0,44
Pays développés	0,37	0,34	0,28	0,23	0,18	-0,48	-0,48	-0,92	-1,14
Pays moins développés	1,42	2,01	3,07	3,11	2,87	1,74	1,03	0,07	-0,4

Source : *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision* (ST/ESA/SER.A/322), tableau 1, à consulter à l'adresse suivante : http://esa.un.org/unup/pdf/FINAL-FINAL_REPORT%20WUP2011_Annexestables_01Aug2012_Final.pdf.

552. Pendant ce temps, la population rurale commencerait à diminuer dans 10 ans environ, et le monde compterait 300 millions de ruraux de moins en 2050. L'essentiel de l'augmentation prévue de la population urbaine sera concentré dans les villes des pays moins développés : ainsi la population urbaine asiatique augmenterait de 1,4 milliard, elle augmenterait de 900 millions en Afrique et de 200 millions en Amérique latine et dans les Caraïbes. Cette augmentation massive du nombre de nouveaux citadins au cours des prochaines décennies est sans exemple dans l'histoire et ouvre une période de perspectives et de difficultés sans précédent qui appelle des réponses nouvelles et audacieuses⁴¹⁰.

553. Les 3,6 milliards de citadins se répartissent inégalement, à ce jour, selon la taille des villes. Comme le montre la figure 49, plus de la moitié de ces 3,6 milliards de citadins (51 %) vivent encore dans des villes de moins d'un demi-million d'habitants. À ce jour, la croissance absolue de la population de ces villes moyennes est considérablement plus forte que celle des très grandes villes.

Figure 48
Répartition de la population urbaine selon la taille de la ville, 1970-2025



Source : Nations Unies, *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision* (ST/ESA/SER.A/322), fig. 2, à consulter à l'adresse suivante : http://esa.un.org/unup/pdf/FINAL-FINAL_REPORT%20WUP2011_Annexestables_01Aug2012_Final.pdf.

554. En 2011, il existait dans le monde 23 mégapoles, c'est-à-dire des villes d'au moins 10 millions d'habitants. Malgré leur grande visibilité et leur dynamisme, les mégapoles représentent une proportion faible, mais en augmentation, de la population urbaine mondiale : 9,9 % seulement en 2011 mais ce chiffre atteindrait 13,6 % en 2025. En outre, la croissance de la population de ces mégapoles est très variable, puisqu'elle est très forte en Afrique et en Asie du Sud (par exemple à Lagos, Dhaka et Karachi) et plus lente en Amérique latine.

3. La ville et l'égalité des chances

555. Le Programme d'action reconnaît le rôle des villes dans le développement économique et social; c'est ce que font aussi la plupart des candidats à l'exode rural, qui cherchent de nouvelles perspectives. Les jeunes représentent une forte proportion de la croissance urbaine. Les recherches faites sur l'urbanisation en Chine et au Bangladesh⁴¹¹ mettent en évidence l'attrait de la vie dans les villes aux yeux des jeunes, en particulier les jeunes femmes, pour qui le passage de la campagne à la ville ouvre des possibilités d'échapper au patriarcat traditionnel et de goûter à de nouvelles libertés⁴¹². Même quand le logement et l'emploi qu'elles trouvent en ville ne répondent pas à leurs attentes, et alors même qu'elles regagneront leur village pour se marier, beaucoup de ces jeunes femmes parlent de

⁴¹¹ A. M. Gaetano et T. Jacka T., éd., *On the Move: Women in Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (New York, Columbia University Press, 2004) (voir aussi la note 331), N. Kabeer, « Women, wages and intra-household power relations in urban Bangladesh », *Development and Change*, vol. 28, n° 2 (2002), p. 261 à 302.

⁴¹² Kabeer, « Women, wages and intra-household power relations in urban Bangladesh ».

leur expérience de travail dans la ville comme d'une période précieuse de liberté et d'autonomie⁴¹³.

556. On observe une forte corrélation entre le niveau d'urbanisation et la croissance économique⁴¹⁴. Alors que dans certains pays, la pauvreté urbaine augmente, en particulier avec l'arrivée des ruraux dans la ville, la pauvreté rurale demeure partout plus fréquente⁴¹⁵. Les villes, petites et grandes, sont responsables de plus de 80 % du produit national brut dans le monde, grâce à l'avantage de proximité, à la concentration de population, aux économies d'échelle et à un meilleur accès aux services et à l'informatique, ce qui crée des possibilités d'activité et d'entreprise. Les villes assurent également les transports, le commerce et la circulation de l'information entre les marchés ruraux, régionaux et mondiaux. En outre, la concentration de la population aide à réduire la demande d'énergie par habitant et facilite et rend moins coûteuse la fourniture par l'État des services de soins de santé essentiels, des prestations sociales et de l'enseignement public⁴¹⁶.

557. L'habitant de la ville jouit d'une plus grande autonomie, peut mieux participer à la vie sociale et politique de son pays et voit s'ouvrir à lui de nouvelles voies d'émancipation, comme en témoignent l'essor des mouvements féministes, des groupes de jeunes, des associations politiques et locales et des organisations de défense des citoyens pauvres dans les villes des pays en développement⁴¹⁷.

558. Les conditions de vie dans les villes – l'accès plus large à l'éducation, les aspirations plus ambitieuses pour les enfants du ménage, l'étrécissement du logement et d'autres facteurs favorisant la formation de familles moins nombreuses – contribuent à une baisse de la fécondité souhaitée. Parallèlement à un accès plus large aux soins de santé de la sexualité et de la procréation, le résultat a été une réduction appréciable de la fécondité, qui a modifié la trajectoire de croissance de la population totale dans tous les pays qui font leur transition urbaine⁴¹⁸.

⁴¹³ L. Beynon, « Dilemmas of the heart : rural working women and their hopes for the future », in *On the Move: Women in Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (voir note 411).

⁴¹⁴ ONU-Habitat, *State of the World's Cities 2010/2011: Bridging the Urban Divide* (London, Earthscan, 2010).

⁴¹⁵ M. Ravallion, S. Chen et P. Sangraula, « New evidence on the urbanization of global poverty », document de recherche n° 4199 (Washington, Banque mondiale, 2007).

⁴¹⁶ Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE). *Vers une économie verte : trajectoire de développement durable et d'élimination de la pauvreté – synthèse à l'intention des dirigeants* (Nairobi, 2011); United States Agency for International Development, *Sustainable Service Delivery in an Increasingly Urbanized World* (Washington, octobre 2013), disponible sur : [www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/USAIDSustainable UrbanServices Policy.pdf](http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/USAIDSustainable%20UrbanServices%20Policy.pdf).

⁴¹⁷ L. Mora, « Women's empowerment and gender equality in urban settings: new vulnerabilities and opportunities », in *The New Global Frontier: Urbanization, Poverty and Environment in the 21st Century*, G. Martine et al., eds. (Londres, Earthscan, 2008).

⁴¹⁸ M. White et al., « Urbanization and fertility : an event-history analysis of coastal Ghana », *Demography*, vol. 45, no 4 (2008), p. 803 à 816; S. Goldstein et A. Goldstein, *Migration and fertility in Peninsular Malaysia: An analysis Using Life History Data*, Rand Note, n° N-1860-AID, (Santa Monica, 1983); M. Brouckerhoff, « Migration and the fertility transition in African cities », in *Migration Urbanization, and Development : New Directions and Issues*, R. E. Bilborrow, éd. (Norwell, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1998), p. 357 à 390; D. Shapiro et B. O. Tambashe. « Fertility transition in urban and rural sub-Saharan africa : preliminary evidence of a three-stage process », *Journal of African Policy Studies*, vol. 8, n° 2 et 3 (2002), p. 103 à 127.

559. Les formes de la croissance urbaine retiennent sur la durabilité dans toutes ses dimensions. La montée de l'inégalité urbaine accroît l'exclusion sociale et la marginalisation dans les villes et aggrave l'étalement urbain. Alors que l'infrastructure de transports en commun est médiocre, l'étalement urbain compromet l'efficacité de l'utilisation des ressources, propre à la vie citadine, et aggrave la marginalisation des pauvres, refoulés vers les quartiers périphériques ou éloignés et qui habitent dans des établissements spontanés où la densité est extrêmement forte et où les espaces verts et autres espaces publics sont très rares⁴¹⁹. Les femmes les plus pauvres bien souvent n'ont pas accès aux services et vivent parfois dans de véritables enclaves culturelles, au cœur même de la ville, dans lesquelles elles poursuivent leurs vies de femme mariée vouée à la procréation, et les taux de fécondité y sont alors plus proches de ceux des femmes rurales⁴²⁰. La façon dont l'urbanisation répond aux besoins et aux aspirations de l'ensemble des nouveaux citadins, en particulier les pauvres, dépend donc fortement des choix que font les gouvernements s'agissant de l'accroissement de la population urbaine, du régime foncier, du logement et de l'équipement.

560. Alors qu'en 1994 les gouvernements reconnaissent l'importance de l'urbanisation et des villes, la moitié d'entre eux considéraient la distribution spatiale des villes dans leurs pays comme non satisfaisante et devant être modifiée, en particulier pour répondre à l'urbanisation trop rapide et à une concentration excessive de la population dans les très grandes villes. Beaucoup de gouvernements continuent à avoir à ce jour les mêmes préoccupations⁴²¹.

561. Dans l'enquête mondiale, quand les gouvernements ont été invités à décrire les problèmes d'urbanisation avec lesquels ils sont aux prises, du point de vue des politiques, du budget et de la mise en œuvre, au cours des cinq dernières années, ils ont répondu en majorité que la question prioritaire était la décentralisation (74 %). Cette question revêt une pertinence particulière pour les pays africains, dont 85 % se sont engagés à appliquer des politiques de décentralisation; viennent ensuite les pays d'Amérique (73 %) et les pays d'Asie (9 %). La décentralisation comporte des aspects spatiaux, financiers et administratifs. Chacun de ces aspects se présente dans un contexte particulier, mais les deux derniers sont généralement considérés comme les deux aspects essentiels d'une bonne gouvernance. Dans beaucoup de villes, la décentralisation des décisions et des opérations budgétaires peut beaucoup aider à résoudre les dysfonctionnements urbains et à donner aux habitants des villes le moyen de se faire entendre dans les assemblées locales. Cependant, la décentralisation peut également imposer aux administrations des responsabilités supplémentaires dans les villes secondaires et tertiaires, où habitent la majorité des citadins, et qui, pourtant, manquent souvent des capacités, des ressources et d'une assiette fiscale locale équivalant à celle des villes primaires ou des mégapoles. Les gouvernements ont bien repéré ce problème dans leur réponse à l'enquête mondiale,

⁴¹⁹ ONU-Habitat, « The relevance of street patterns and public space in urban areas », document de travail (avril 2013).

⁴²⁰ *État de la population mondiale 2007 : les promesses de la croissance urbaine* (voir note 405); C. Tacoli, *Urbanization, Gender and Urban Poverty: Paid work and Unpaid Carework in the City*, Urbanization and Emerging Population Issues, document de travail n° 7 (Institut international pour l'environnement et le développement et Fonds des Nations Unies pour la population, 2012).

⁴²¹ *World Population Policies 2011* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.13.XIII.2), tableau VI-3, p. 98 et 99.

puisque 71 % d'entre eux ont signalé avoir dû examiner la question de la croissance de la population des petites villes et des villes moyennes.

562. Parmi les pays les plus fortement urbanisés, nombreux sont ceux qui étaient beaucoup plus susceptibles d'examiner les problèmes de « foncier, logement, services et moyens d'existence des citoyens pauvres » (71 %) et qui ont signalé avoir dû s'occuper de « la gestion de l'environnement des agglomérations urbaines » (67 % des gouvernements) au cours des cinq dernières années. Ces problèmes se posent également, mais à 40 % seulement des pays moins urbanisés, alors même que beaucoup d'entre eux s'urbanisent actuellement très vite (de 2 % ou plus par an).

563. « La planification active de la croissance de la population urbaine » est une question qui a été abordée par plus de la moitié des pays (57,8 %), cette proportion étant plus forte encore dans les pays moins urbanisés mais à croissance démographique rapide. Ce chiffre contraste avec d'autres données qui montrent au contraire une augmentation régulière du nombre de pays en développement qui tentent de réduire la croissance urbaine. Il contraste également avec la question de « l'intégration des migrants ayant quitté la campagne pour la ville », que 23 % de pays seulement signalent. L'intérêt porté à ce problème est critique, étant donné que c'est la mauvaise intégration des migrants dans la ville qui est citée comme l'une des principales causes de la prolifération des taudis.

4. Le problème des taudis

564. Alors que la croissance urbaine est très générale, beaucoup de gouvernements ont beaucoup de mal à résoudre les graves problèmes de la gestion urbaine, en particulier les lacunes dans la fourniture des services publics, l'encombrement de la circulation, la mauvaise gestion des terrains et l'étalement urbain, ainsi que la dégradation de l'environnement. Ces problèmes peuvent affecter tous les habitants d'une ville, mais ils frappent surtout les citoyens pauvres, qui ont d'énormes difficultés à se loger et à conserver leur logement, à trouver un emploi et à profiter des ressources publiques pour améliorer leur qualité de vie, comme le reconnaissait la Commission de la population et du développement à sa quarante-sixième session en 2013 quand elle a adopté la résolution 2013/1 sur les nouvelles tendances des migrations et leurs aspects démographiques.

565. On estime que, dans le monde, le nombre d'habitants de taudis est passé de plus de 650 millions en 1990 à environ 820 millions en 2010⁴²². Près de 62% des citoyens, en Afrique subsaharienne, vivaient en 2010 dans des logements classés comme taudis, plus que dans toute autre région du monde.

566. Mais il ne faut pas confondre la prolifération des taudis avec l'urbanisation, car les deux phénomènes sont distincts. La plupart des faits recueillis donnent à penser que l'urbanisation, dans le monde, est une tendance inévitable, mais qu'elle se poursuit à un rythme différent selon l'endroit. Les populations de taudis, en revanche, ont diminué en proportion de la population urbaine totale, même en Afrique subsaharienne où 70 % de la population urbaine, en 1990, vivaient dans des habitations désignées comme des taudis. La prolifération des taudis est, dans une large mesure, le résultat des décisions prises par les pouvoirs publics de limiter

⁴²² Estimation effectuée par ONU-Habitat en 2012. Les chiffres comprennent les ménages dont le logement n'a pas l'eau courante, pas de sanitaire, une surface insuffisante avec plus de trois personnes par pièce, ou n'est pas construit en dur.

l'accès des pauvres à la ville, en restreignant la fourniture de services publics dans les établissements spontanés ou par des expulsions forcées et une réinstallation des citadins pauvres dans des quartiers périphériques sous-desservis.

567. La vulnérabilité des citoyens, en particulier des femmes, reflète actuellement l'absence d'une planification novatrice et active de la fourniture de logements sûrs, de services de soins de santé adéquats, de moyens de transport fiables pour se rendre dans le centre économique de la ville, de moyens de se protéger de la violence et de systèmes collectifs de protection sociale. **Les États et les municipalités devraient chercher à répondre aux besoins de logements publics, construire des habitations à bon marché et développer l'infrastructure en priorité, pour améliorer les zones de taudis et régénérer les zones urbaines; ils devraient s'engager à améliorer la qualité des établissements humains de façon que leurs habitants aient accès aux services essentiels, au logement, à l'eau, à l'assainissement et aux moyens de transport, l'accent devant être mis sur la sécurité et la sûreté, en particulier pour prévenir la violence sexiste.**

568. Pourtant, malgré les nombreuses tensions qui existent dans les quartiers de taudis, et notamment une violence accrue et les risques propres aux établissements urbains spontanés⁴²³, les villes continuent à attirer la population rurale – notamment les jeunes adultes – dans les pays en développement, car ils sont à la recherche de meilleures possibilités d'activité économique et d'une plus grande liberté dans la vie sociale. C'est pourquoi, malgré des politiques anti-urbaines et alors que l'on cherche souvent à réduire les taux d'accroissement de la population urbaine dans le monde, l'urbanisation se poursuit.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 20

Eau et assainissement

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes.

Dans sa résolution 64/292 sur le droit de l'homme à l'eau et à l'assainissement (2010), l'Assemblée générale a reconnu que « le droit à l'eau potable et à l'assainissement est un droit de l'homme, essentiel à la pleine jouissance de la vie et à l'exercice de tous les droits de l'homme ». Par la suite, le Conseil des droits de l'homme, dans sa résolution 15/9 sur les droits de l'homme et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement (2010), a affirmé que le droit à l'eau et à l'assainissement découlait du droit à un niveau de vie adéquat.

Dispositions non contraignantes. Dans son observation générale n° 15 (2002), le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a expliqué que le droit à l'eau découlait implicitement des articles 11 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui proclament le droit à un niveau de vie adéquat et le droit à la santé. Les

⁴²³ R. Muggah, *Researching the Urban Dilemma: Urbanization, Poverty and Violence* (Ottawa, International Development Research Centre, 2012).

projets de directives pour la réalisation du droit à l'eau potable et à l'assainissement, de 2005, visent à aider les responsables gouvernementaux, les organismes internationaux et les membres de la société civile à travailler ensemble dans le secteur de l'eau et de l'assainissement pour permettre l'exercice du droit à l'eau potable et à l'assainissement.

5. L'importance des liens entre milieu urbain et milieu rural : le renforcement du système de santé

569. Aux niveaux de revenu les plus faibles, les indicateurs de santé des citadins pauvres sont souvent du même ordre, ou encore plus mauvais, que ceux des ruraux pauvres – bien au-dessous de ce qu'ils sont pour les citadins qui sont à l'aise. Un examen des soins de santé maternelle dispensés en milieu rural et en milieu urbain dans 23 pays africains au cours des années 90 a constaté que si, en moyenne, l'habitante des villes recevait des soins prénatals et durant l'accouchement meilleurs que les habitantes des campagnes, le handicap des habitants pauvres des villes est plus évident dans les pays où les soins de santé maternelle sont relativement meilleurs⁴²⁴. En bref, là où le secteur de la santé publique est le moins efficace, les soins dispensés en milieu rural et en milieu urbain en sont affectés à un même degré. Mais quand on a pu trouver des ressources pour améliorer les soins, ce sont les classes moyennes et supérieures des villes qui en ont profité le plus.

570. Les citadins pauvres cherchant à se faire soigner trouvent généralement des centres de soins surchargés, le personnel des professions de santé étant souvent surmené. Avec l'essor des prestataires de soins privés non réglementés dans les villes, les citadins pauvres peuvent avoir à payer pour des soins qui seraient dispensés gratuitement dans les dispensaires des zones rurales. Pour les habitants des taudis, se faire soigner nécessite souvent de longs déplacements, qui les obligent à sortir du quartier de taudis où ils habitent, et le transport et les frais peuvent souvent les dissuader de consulter. Les citadins pauvres reçoivent également des soins de qualité plus médiocre, dans les établissements aussi bien publics que privés, que les citadins plus riches. Les citadins pauvres vivent dans des conditions insalubres, souvent dangereuses, qui peuvent expliquer leur mauvaise santé. Enfin, l'avantage sanitaire urbain peut masquer des disparités entre les quartiers pauvres et les quartiers riches des villes⁴²⁵.

⁴²⁴ M. Magadi, E. Zulu et M. Brockhoff, « The inequality of maternal health care in urban sub-Saharan Africa in the 1990s », *Population Studies*, vol. 57, n° 3 (2003), p. 347 à 366.

⁴²⁵ Z. Matthews *et al.*, « Examining the “urban advantage” in maternal health care in developing countries », *PLoS Medicine*, vol. 7, n° 9 (2010); J. C. Fotso, A. Ezeh et R. Oronie, « Provision and use of maternal health services among urban poor women in Kenya: what do we know and what can we do? », *Journal of Urban Health*, vol. 85, n° 3 (2008), p. 428 à 442; M. R. Montgomery, « Urban poverty and health in developing countries », *Population Bulletin*, vol. 64, n° 2 (2009); J. C. Fotso *et al.*, « What does access to maternal care mean among the urban poor? Factors associated with use of appropriate maternal health services in the slum settlements of Nairobi, Kenya », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 13, n° 1 (2009), p. 130 à 137; V. N. Salgado de Snyder *et al.*, « Social conditions and urban health inequalities: realities, challenges and opportunities to transform the urban landscape through research and action », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 88, n° 6 (2011); K. Ghei *et al.*, « Association between child immunization and availability of health

571. Dans la plupart des pays, les médecins et les soignants sont déjà concentrés dans les zones urbaines⁴²⁶, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'ils s'y occupent des pauvres⁴²⁷. Pour éviter de négliger les zones rurales, il faut innover pour s'assurer que les investissements en milieu urbain profitent également aux zones rurales, en assurant par exemple une relève des professions de santé, en utilisant des techniques de téléphonie mobile et autres moyens d'assurer, dans le système de soins, la liaison entre le milieu rural et le milieu urbain⁴²⁸. Ces innovations doivent également sortir des frontières traditionnelles du système de soins de santé pour développer les moyens de transport, les ressources et les liens financiers entre milieu rural et milieu urbain afin de faciliter leurs relations et réduire les disparités géographiques. Une des principales difficultés que l'on rencontrera au cours des décennies à venir résidera dans la création et l'évaluation de ces structures novatrices dans les systèmes de soins pour répondre à l'augmentation de la population urbaine d'une façon qui encourage également des investissements dans la prestation des soins de santé en milieu rural.

572. Les États devraient promouvoir un modèle de développement qui facilite les liens entre le milieu urbain et le milieu rural étant donné leur interdépendance économique, sociale et environnementale, notamment en développant et répartissant de façon équitable, sur le territoire, des centres d'excellence, assortis de centres satellites, dans le secteur de la santé, mais aussi l'éducation, les entreprises, les transports et communications afin d'encourager la mobilité, élargir les possibilités et améliorer la croissance économique au profit tout à la fois de ceux qui habitent les villes, les petites agglomérations et les zones rurales.

573. Comme on s'attend à une forte augmentation de la population urbaine au cours des décennies qui viennent et comme on attend surtout de la ville qu'elle contribue à la réduction de la pauvreté, à la croissance économique et à la durabilité

infrastructure in slums in India », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 164, n° 3 (2010), p. 243 à 249; L. Hulton, Z. Matthews et R. W. Stones, « Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India », *Social Science and Medicine*, vol. 64, n° 10 (2007), p. 2083 à 2095; J. Das et J. Hammer, « Money for nothing: the dire straits of medical practice in Delhi, India », *Journal of Development Economics*, vol. 83, n° 1 (2007), p. 1 à 36; J. Das et J. Hammer, « Location, location, location: residence, wealth and the quality of medical care in Delhi, India », *Health Affairs*, vol. 26, n° 3 (2007), p. 338 à 351; J. C. Fotso, « Child health inequities in developing countries: differences across urban and rural areas », *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, n° 9 (2006).

⁴²⁶ L. Chen *et al.*, « Human resources for health: overcoming the crisis », *The Lancet*, vol. 364 n° 9449 (2004), p. 1984 à 1990; OMS « Achieving the health related MDGs: it takes a workforce » (www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/index.html); G. Dussault et M. C. Franceschini, « Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce », *Human Resources for Health*, vol. 4, n° 2 (2006).

⁴²⁷ Matthews *et al.*, « Examining the “urban advantage” in maternal health care in developing countries »; Montgomery, « Urban poverty and health in developing countries » (voir note 425 ci-dessus).

⁴²⁸ V. Govindarajan et R. Ramamurti, « Delivering world-class health care, affordably », *Harvard Business Review*, novembre 2013; S. B. Syed *et al.*, « Developed-developing country partnerships: benefits to developed country? », *Globalization and Health*, vol. 8, 2012; J. A. Effken et P. Abbott, « Health IT-enabled care for underserved rural populations: the role of nursing », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 16, n° 4 (2009), p. 439 à 445.

environnementale, il faut de plus en plus que les urbanistes soient plus nombreux à s'intéresser à plusieurs secteurs à la fois aux niveaux national et mondial.

574. Il est essentiel d'assurer aux citoyens pauvres des logements à bon marché, sur des terrains disponibles et d'un coût abordable devant cette croissance rapide de la population urbaine; étant donné que de plus en plus de gens viennent habiter en ville, le manque de terrains à bâtir et l'inégalité dans leur répartition tendent à élever rapidement le coût de la vie, les élites s'emparant des terrains les plus accessibles et les plus attrayants⁴²⁹.

575. La principale difficulté de la politique de la ville face à l'urbanisation n'est pas de modifier sa trajectoire mais de repérer des moyens d'étendre les avantages potentiels de la vie urbaine à tous les habitants présents et futurs des villes tout en préservant les liens entre milieu rural et urbain.

Étude de cas : une urbanisation viable à terme

Équateur

Accorder aux citoyens pauvres l'accès aux terrains à bâtir, face à l'expansion urbaine⁴³⁰

Les villes, en Équateur, connaissent elles aussi une forte expansion et s'il existe actuellement des terrains non viabilisés qui pourraient être bâtis, il y a en revanche une grave pénurie de terrains viabilisés où l'on puisse construire des logements à bon marché de type moderne. Cela a entraîné une subdivision toujours plus poussée des parcelles et leur vente dans le secteur spontané de l'économie – soit par des occupations sauvages de terrains soit par des subdivisions non autorisées des parcelles –, ce qui n'est pas conforme à la réglementation d'affectation des sols. Comparé à d'autres pays, en Équateur, une très forte proportion des ménages citoyens vivent sans titres dans des zones non autorisées.

Pour que les terrains à bâtir restent abordables pour les citoyens pauvres, les municipalités doivent s'assurer d'une offre suffisante de terrains à bâtir d'accès facile au cours des prochaines années de façon à juguler la spéculation foncière.

À cette fin, sept municipalités de villes de taille moyenne en forte croissance, en Équateur, ont commencé à délimiter de nouveaux quartiers sur la base de projections préliminaires de la population et des zones à construire, en prévoyant des réseaux d'artères principales dans les quartiers nouveaux, et ces municipalités s'emploient à préciser les moyens juridiques d'acquiescer le droit de passage pour la construction de ces artères et procèdent à une estimation des budgets nécessaires. Cette stratégie, si elle est rapidement appliquée, nécessitera des investissements relativement modestes et elle devrait donner de bons

⁴²⁹ ONU-Habitat, « Le foncier dans le contexte de l'urbanisation durable », aide-mémoire établi pour la troisième Conférence ministérielle africaine sur le logement et le développement urbain, Bamako, 22-24 novembre 2010.

⁴³⁰ D'après S. Angel « Preparing for urban expansion: a proposed strategy for intermediate cities in Ecuador » dans *The New Global Frontier: Urbanization, Poverty and Environment in the 21st Century*. G. Martine *et al.*, éd. (Londres, Earthscan, 2008).

résultats sur les plans économique, social, démographique et environnemental.

Mettre à profit l'urbanisation⁴³¹

Première étape : accepter que l'urbanisation fait partie intégrante du développement

- Une politique s'opposant à la croissance urbaine n'a pratiquement pas d'effets sur son ralentissement; par contre, elle risque d'empiéter sur les droits de l'individu et peut même aggraver la pauvreté urbaine et rurale. L'exode rural est un choix rationnel : il s'agit pour l'intéressé d'améliorer ses conditions de vie et de réduire sa vulnérabilité.
- Une fois que les responsables politiques ont accepté que la croissance urbaine est un phénomène inévitable, ils peuvent chercher à améliorer leur ville et les conditions de vie de ses habitants présents et futurs.

Deuxième étape : planifier la croissance urbaine dans le cadre du réseau de liens entre milieu rural et milieu urbain

- Les principaux problèmes qui se posent dans les villes, dans le monde entier, le transport, l'environnement, l'adduction d'eau, l'assainissement et l'énergie notamment, appellent tous une démarche régionale coordonnée, interdisciplinaire, incluant à la fois les zones périurbaines et les zones rurales. Développement urbain et développement rural ne sont pas contradictoires mais se renforcent mutuellement, en particulier parce que beaucoup de citadins ont encore des attaches rurales.

Troisième étape : promouvoir une utilisation écologiquement rationnelle de l'espace

- Travailler dans la transparence avec les populations et avec le secteur privé pour dégager une conception participative des formes et du lieu de la croissance urbaine souhaitable.
- Promouvoir une croissance urbaine tenant systématiquement compte de l'environnement.
- Réduire au minimum l'étendue et l'impact de la dégradation urbaine par des mesures cherchant à limiter l'étalement urbain.
- Préserver des terrains pour des utilisations publiques.
- Favoriser des moyens de transport en commun qui économisent l'énergie et sont bien intégrés.
- Favoriser une densification de la ville et veiller à l'efficacité des liens entre agglomérations.

⁴³¹ *État de la population mondiale 2007: libérer le potentiel de la croissance urbaine* (voir note 405 plus haut).

Quatrième étape : promouvoir l'utilisation sociale de l'espace urbain

- Améliorer sur place les zones de taudis en favorisant des constructions mixtes et des solutions au problème du logement qui prévoient une augmentation de la surface du logement à mesure que le ménage s'agrandit.
- Améliorer le fonctionnement des marchés fonciers et réinvestir les impôts perçus sur les gains en capital pour éviter la spéculation foncière et créer des réserves de terrains pour l'avenir.
- Développer le soutien aux services fonciers, au logement et aux services publics pour les citoyens pauvres; assurer leur intégration et leur accès à la dignité et à des moyens d'existence suffisants est essentiel pour que le succès de la ville ne se démente pas à l'avenir.

6. Priorités des gouvernements : exode rural et urbanisation

Améliorer la qualité de la vie urbaine	51 % des gouvernements
Développer des programmes, politiques, législations et institutions d'aménagement urbain	48 % des gouvernements
Développer et promouvoir des villes petites et moyennes	32 % des gouvernements
Protection sociale	32 % des gouvernements
Gestion de l'environnement	23 % des gouvernements

576. Les priorités d'un pays concernant la distribution spatiale de la population, sa mobilité interne et l'urbanisation peuvent s'interpréter en fonction de deux aspects d'importance critique correspondant à la nature de la croissance urbaine et à ses rapports avec le développement urbain et rural. La première dimension revient à savoir si les gouvernements privilégient l'amélioration des grosses villes, des villes petites et moyennes ou des zones rurales. Ainsi, les gouvernements qui ont répondu à l'enquête mondiale ont plus souvent donné la priorité à « l'amélioration de la qualité de la vie urbaine » (51 % des gouvernements ont indiqué que c'était l'une de leurs cinq premières priorités), et moins nombreux ont été ceux qui mentionnent « vouloir développer et promouvoir les villes moyennes » (32 %) ou le développement rural⁴³² (16 %). Près de 30 % des pays d'Asie ont ainsi indiqué que le développement rural était une priorité, mais seulement 2 des 30 gouvernements

⁴³² Il s'agit de toutes les priorités relatives au développement rural, notamment l'élimination des disparités entre zones rurales et urbaines, mais à l'exclusion des gouvernements qui ont déclaré l'intention de maintenir la population dans des zones rurales.

des pays d'Amérique (où la transition urbaine est pratiquement achevée) ont fait de même.

577. Le deuxième aspect concerne la question de savoir si les gouvernements donnent la priorité à la reconnaissance de « la dynamique démographique de l'urbanisation » – l'accroissement de la population urbaine, son étalement ou sa concentration, l'exode rural (14 % des gouvernements) – ou s'ils donnent au contraire la priorité aux « efforts faits pour influencer la distribution spatiale de la population et retarder l'urbanisation » (21 % des gouvernements). Une proportion plus grande de gouvernements africains (27 %) et asiatiques (29 %) où l'urbanisation rapide a lieu actuellement ont donné la priorité à ce second aspect.

578. Les gouvernements donnent systématiquement la priorité au « développement des politiques, programmes et stratégies d'urbanisme et à la création d'une législation et d'institutions de politiques urbaines » associés à l'urbanisation (48 %) ainsi qu'à la protection sociale » (32 %) et à la « gestion de l'environnement » (23 %). Les gouvernements des pays d'Asie sont ceux qui sont le plus préoccupés par la gestion de l'environnement dans les zones urbaines, 34 % y voyant une priorité. La protection sociale vient au troisième rang de priorité dans les pays d'Amérique, 40 % des gouvernements retenant cet impératif.

579. Les États devraient mettre à profit les possibilités qu'offre l'urbanisation pour le développement durable et mener une planification participative active pour valoriser les avantages d'une densification de la population des villes, reconnaissant l'impact appréciable de l'exode rural sur la distribution et la concentration de la population dans les villes, notamment sous forme d'une utilisation plus efficace de l'énergie dans le transport et le logement, ainsi que d'un abaissement du coût par habitant de la fourniture des soins de santé, des communications et des autres services publics de base.

C. Migrations internationales

580. Selon les estimations, le nombre total de migrants internationaux⁴³³ dans le monde est passé de 154 millions en 1990 à 232 millions en 2013, et il devrait continuer d'augmenter dans un avenir prévisible. Bien que cela représente une augmentation en chiffres absolus, la proportion de migrants internationaux dans la population mondiale n'a guère changé pendant cette même période (passant de 2,9 % en 1990 à 3,2 % en 2013). La part du nombre total de migrants internationaux résidant dans les pays développés est passée de 53 % en 1990 à 59 % en 2013, année pour laquelle ils représentaient 10,8 % de la population totale de ces pays, contre 1,6 % de la population totale des pays en développement⁴³⁴.

⁴³³ La population de migrants internationaux est définie ici comme l'estimation à mi-année du nombre de personnes vivant ailleurs que dans leur pays ou leur région de naissance, ou, à défaut, le nombre de personnes de nationalité étrangère. La plupart des statistiques utilisées pour calculer le nombre de migrants internationaux proviennent de recensements de population, de registres de population et d'enquêtes témoins nationales auprès des ménages. Les estimations de la population des migrants ont été établies par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU.

⁴³⁴ Nations Unies, « Le nombre de migrants internationaux dans le monde a atteint 232 millions » (voir note 404 ci-dessus).

581. Les migrations internationales sont aujourd'hui beaucoup plus complexes et variées qu'autrefois, en raison non seulement du nombre de migrants, mais aussi de la mondialisation des flux migratoires. La croissance et la diversification des mouvements migratoires ont fait qu'un nombre croissant de pays sont touchés par les migrations et que la plupart sont à la fois des pays d'origine, de destination et de transit. En 2010, sur les 43 pays accueillant un million d'immigrants ou plus, 24 étaient aussi le pays d'origine de plus d'un million d'émigrés. Les pays qui ont enregistré la plus forte hausse de l'immigration entre 1990 et 2010 (la Malaisie, le Nigéria et la Thaïlande, par exemple) ont aussi vu le nombre de leurs citoyens vivant à l'étranger monter en flèche⁴³⁵.

582. En outre, la composition de la population de migrants évolue à plusieurs égards. Les migrants actuels viennent de milieux culturels, économiques et sociaux de plus en plus divers. Les femmes représentent près de la moitié (48 %) des migrants internationaux – 52 % dans les pays développés et 43 % dans les pays en développement. Comme elles vivent généralement plus longtemps que les hommes, elles tendent à être surreprésentées parmi les migrants âgés. Dans les grands programmes de travailleurs migrants temporaires déployés en Europe dans les années 50, 60 et au début des années 70, les hommes étaient majoritaires⁴³⁶. Le changement de comportement des femmes en matière de migration est devenu évident dans les années 80 et 90 avec l'accroissement des débouchés dans le secteur des services, notamment pour le personnel soignant, les enseignants et les employés de maison⁴³⁷. Les femmes tendent aujourd'hui à migrer seules ou en tant que chef de ménage⁴³⁸.

583. L'âge médian des migrants internationaux est estimé à 38,4 ans, contre 29,2 ans pour la population totale. Ils tendent à être plus âgés que leurs homologues non migrants, notamment parce que les enfants de personnes nées à l'étranger sont inclus dans la population non migrante⁴³⁹. Cependant, les flux migratoires vers certains pays européens (Allemagne, Danemark, Italie, Norvège, Pays-Bas, Slovénie et Suède) indiquent une forte concentration de jeunes adultes parmi les étrangers qui entrent dans un pays une année donnée⁴⁴⁰. Dans ces pays, deux nouveaux immigrants sur cinq sont âgés de 18 à 29 ans en moyenne.

1. Écarts entre régions

584. En 2013, il y a eu autant de migrations internationales entre pays en développement qu'entre ces pays et les pays développés. Près d'un tiers des

⁴³⁵ Rapport du Secrétaire général sur l'évolution des migrations : aspects démographiques (E/CN.9/2013/3).

⁴³⁶ P. Martin, « Managing labor migration: temporary worker programmes for the 21st century », document établi pour le Colloque international sur les migrations internationales et le développement, tenu à Turin (Italie) du 28 au 30 juin 2006.

⁴³⁷ OIT, « Les travailleuses et travailleurs migrants : vers une égalité des droits et des chances » (2008); disponible à l'adresse : www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms_101118.pdf.

⁴³⁸ *État de la population mondiale 2007 : libérer le potentiel de la croissance urbaine* (voir note 405 ci-dessus).

⁴³⁹ Nations Unies, « International migration 2013: age and sex distribution », *Population Facts*, n° 2013/4 (septembre 2013).

⁴⁴⁰ Nations Unies, Division de la population, « International migration in a globalizing world: the role of youth », document technique n° 2011/1 (New York, 2011).

migrants dans le monde (82,3 millions de personnes, soit 36 %) étaient originaires d'un pays en développement ou résidaient dans un pays de ce groupe en 2013; un tiers du nombre total de migrants (81,9 millions de personnes, soit 35 %) étaient nés dans un pays en développement mais résidaient dans un pays développé; et environ un quart des migrants (53,7 millions de personnes, soit 23 %) étaient nés et résidaient dans un pays développé. Seulement 6 % (13,7 millions de personnes) des migrants étaient nés dans un pays développé et résidaient dans un pays en développement⁴⁴¹.

585. Bien que les flux migratoires des pays en développement vers les pays développés aient été le principal moteur des migrations à l'échelle mondiale, passant de 40 millions de personnes en 1990 à 81,9 millions en 2013, et augmentant plus de deux fois plus vite que le total mondial, les flux migratoires entre pays en développement restent les plus importants (82,3 millions de personnes).

586. Les grandes régions du monde représentent des parts différentes du nombre total de migrants (voir la figure 50). Par exemple, en 2013, l'Europe accueillait 31 % du nombre total de migrants alors que c'était la région d'origine de 25 % du nombre total d'émigrants (dont 65 % résidaient également en Europe). À titre de comparaison, l'Asie et l'Amérique du Nord accueillait respectivement 31 % et 23 % du nombre total de migrants, alors qu'elles étaient les régions d'origine de 40 % et 2 % de tous les émigrants. En outre, la majorité des migrants originaires d'Europe (65 %), d'Asie (58 %) et d'Océanie (58 %) vivaient dans un pays de leur région de naissance, alors que la majorité des migrants nés en Amérique latine et dans les Caraïbes (85 %), en Amérique du Nord (72 %) et en Afrique (51 %) vivaient dans un pays extérieur à leur région de naissance.

Figure 49

Migrants internationaux, par grandes régions d'origine et de destination, 2013

(En millions)

	Origine							Total (pourcentage)	Rétention par région de destination (pourcentage)
	Afrique	Asie	Europe	Amérique latine et Caraïbes	Amérique du Nord	Océanie	Divers		
Afrique	15,3	1,1	0,8	0,0	0,1	0,0	1,4	18,6	82
Asie	4,6	53,8	7,6	0,7	0,6	0,1	3,4	70,8	76
Europe	8,9	18,6	37,8	4,5	0,9	0,3	1,3	72,4	52
Amérique latine et Caraïbes	0,0	0,3	1,2	5,4	1,3	0,0	0,2	8,5	64
Amérique du Nord	2,0	15,7	7,9	25,9	1,2	0,3	0,0	53,1	2
Océanie	0,5	2,9	3,1	0,1	0,2	1,1	0,1	7,9	14
Total	31,3	92,5	58,4	36,7	4,3	1,9	6,4	231,5	
Rétention par région d'origine	49	58	65	15	28	58			

⁴⁴¹ Nations Unies, « International migration 2013: migrants by origin and destination », *Population Facts*, n° 2013/3 (septembre 2013).

Origine								Rétention par région de destination
Afrique	Asie	Europe	Amérique latine et Caraïbes	Amérique du Nord	Océanie	Divers	Total (pourcentage)	
(pourcentage)								

Source : Nations Unies, *Population Facts* n° 2013/3, « International migration 2013 », tableau 1.

587. Les flux migratoires internationaux se sont diversifiés au cours des 20 dernières années, des pays comme le Mexique, la Chine, l'Inde et la Fédération de Russie étant aujourd'hui à la fois des pays d'origine et de destination. Des millions de migrants internationaux résident en Inde, tandis que quelque 2,9 millions de migrants indiens vivaient dans les Émirats arabes unis et 1,8 million en Arabie saoudite. De même, les États-Unis d'Amérique accueillent 13 millions de Mexicains, 2,2 millions de Chinois, 2,1 millions d'Indiens et 2 millions de Philippins. Enfin, les flux migratoires bilatéraux sont particulièrement importants entre le Kazakhstan, la Fédération de Russie et l'Ukraine⁴⁴¹.

588. La baisse de la fécondité et le vieillissement de la population ont créé une pénurie de main-d'œuvre à tous les niveaux de compétence, et les sociétés vieillissantes auront de plus en plus besoin de personnel qualifié dans les décennies à venir pour s'occuper des personnes âgées⁴⁴². Ces tendances apparaissent déjà clairement dans de nombreux pays développés et sont prévisibles dans bon nombre de pays en développement, surtout ceux qui ont connu des taux de croissance économique sans précédent au cours des dernières décennies⁴⁴³. Par ailleurs, de nombreux pays en développement affichent encore un déséquilibre entre le nombre de jeunes en âge de travailler et la capacité d'absorption du marché du travail⁴⁴⁴. De ce fait, bien que le phénomène de la migration (notamment parmi les travailleurs) soit principalement dû aux conditions économiques et aux inégalités, il peut aussi s'expliquer par les déséquilibres démographiques qui créent des excédents ou des déficits de main-d'œuvre. La migration contribue déjà à la croissance démographique dans de nombreux pays, mais son impact à long terme sur la démographie dépendra de la composition de la population de migrants et des caractéristiques de la migration, selon qu'elle est temporaire, à long terme ou permanente, selon qu'elle coïncide avec les années de procréation ou d'éducation des enfants dans le pays de destination, et selon que les enfants des migrants se

⁴⁴² F Mullan, S. Frehywot et L. J. Jolley, « Aging, primary care, and self-sufficiency: health care workforce challenges ahead », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 36, n° 4 (2008), p. 703 à 708; B. Rechel *et al.*, « How can health systems respond to population ageing? », note d'information n° 10 (Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009); University at Albany, Center for Health Workforce Studies, « The impact of the aging population on the health workforce in the United States: summary of key findings » (mars 2006), disponible à l'adresse : www.albany.edu/news/pdf_files/impact_of_aging_excerpt.pdf.

⁴⁴³ D. E. Bloom, D. Canning et G. Fink, « Implications for population aging for economic growth », Program on the Global Demography of Aging, document de travail n° 64 (Harvard School of Public Health, janvier 2001), disponible sur : www.diseaseriskindex.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_64.pdf.

⁴⁴⁴ OIT, *Les tendances mondiales de l'emploi des jeunes 2013 – une génération en danger* (Genève, Bureau international du Travail, 2013).

voient accorder la nationalité et considèrent le pays d'accueil comme leur propre pays⁴⁴⁵.

589. Les migrations sont un facteur clef de développement économique et social des pays d'origine et de destination⁴⁴⁶. Elles contribuent également au développement humain des migrants et de leur famille, en améliorant leurs capacités et en leur permettant d'avoir davantage de possibilités et de choix pour améliorer leur vie et celle de leur famille. **Les États devraient reconnaître la contribution des migrations à la vie politique, économique, sociale et culturelle des pays d'origine et de destination, ainsi qu'à la communauté internationale, et créer de meilleurs systèmes de suivi des avantages des migrations pour le développement.**

590. Les envois de fonds des migrants vers leurs pays d'origine et leurs réseaux dépassent l'aide publique au développement et représentent la principale source de capitaux pour certains pays en développement, excédant parfois les flux d'investissement étranger direct. Ces apports, qui ont atteint 401 milliards de dollars en 2012 (compte non tenu des envois qui transitent par des circuits informels)⁴⁴⁷ peuvent avoir des effets positifs sur le développement des pays d'origine. Ils viennent compléter les revenus de la famille, améliorent directement la qualité de vie, permettent à la famille d'échapper à la pauvreté, accroissent l'accès à l'éducation et aux services de santé et, grâce à leur effet multiplicateur, ils peuvent générer des revenus et créer des emplois dans l'économie en général.

591. En outre, les migrants jouent un rôle important dans les transferts qui bénéficient à l'ensemble de la société dans leur pays d'origine⁴⁴⁸, notamment le transfert d'idées ou de produits nouveaux, d'informations et de technologies, tandis que les diasporas jouent un rôle important en créant des réseaux universitaires et commerciaux entre pays d'origine et de destination.

592. Mais les migrations ont aussi un coût social, notamment pour les enfants et les personnes âgées qui restent dans le pays d'origine, à quoi s'ajoute le problème de l'exode des cerveaux – les travailleurs qualifiés qui émigrent des pays en développement. Le départ des éléments les plus instruits et les plus qualifiés de la population prive ces pays de compétences qui font cruellement défaut et peut entraver la mise en œuvre des stratégies nationales de développement. En 2006, la pénurie mondiale des personnels de santé était estimée à 4,3 millions de travailleurs, dont 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes. Sur les 57 pays qui manquaient gravement de médecins et d'infirmières, 36 se trouvaient en Afrique subsaharienne. Plusieurs pays ont adopté des codes volontaires pour limiter le recrutement d'agents de santé originaires de pays accusant une forte pénurie de médecins et d'infirmières. En 2010, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté un code de pratique mondial pour le recrutement des personnels de santé. Tout en reconnaissant le droit des professionnels de la santé de chercher un emploi à

⁴⁴⁵ OIM, « Cycles économiques, évolution démographique et migration », document de travail établi pour le Dialogue international sur la migration 2011; disponible à l'adresse : www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/economic-cycles-demographic-change/Background-Paper-FR.pdf

⁴⁴⁶ Voir E/CN.9/2013/3 (voir note 435 ci-dessus).

⁴⁴⁷ Banque mondiale, *Migration and Development Brief*, n° 20 (19 avril 2013).

⁴⁴⁸ P. Levitt et D. Lamba-Nieves, « Social remittances reconsidered », *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 37, n° 1 (2011), p. 1 à 22.

l'étranger, le code vise à dissuader les États Membres de recruter du personnel de santé dans les pays en développement où cette catégorie de personnel fait cruellement défaut et à promouvoir la coopération internationale pour la formation des personnels de santé au niveau national⁴⁴⁹.

593. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement a marqué une étape importante en recommandant de renforcer la cohérence des politiques de migration internationale et en appelant les gouvernements des pays d'origine et de destination à faire en sorte que la décision de rester dans son pays soit pour chacun une option viable. Au Sommet du Millénaire, les dirigeants mondiaux sont convenus notamment d'assurer le respect et la protection des droits fondamentaux des migrants, des travailleurs migrants et de leur famille.

594. Dans l'enquête mondiale, la question relative aux migrations internationales que les Gouvernements ont le plus souvent déclaré avoir prise en compte au cours des cinq années précédentes était « la traite et le trafic de migrants » (65 %). Au niveau régional, cette question a été abordée par une forte proportion de pays en Europe (71,4 %), dans les Amériques (70 %), en Asie (69,7 %) et en Afrique (65,1 %), mais par relativement peu de pays en Océanie (11 %). Environ 60 % des pays ont mentionné « protéger les migrants contre les violations des droits de l'homme, le racisme, l'ethnocentrisme et la xénophobie » (60,4 %). Cette question a été traitée par une plus forte proportion de pays dans les Amériques (70 %) et en Asie (70,6 %) qu'en Afrique (56,5 %), en Europe (58,6 %) et en Océanie (20 %).

595. Avec l'augmentation continue du nombre des migrants internationaux, les pays d'accueil ont la tâche difficile de promouvoir leur intégration sociale, politique et économique. L'intégration est généralement plus facile à un jeune âge, ce qui souligne l'importance de l'éducation pour les jeunes migrants, de leur accès aux services et de leur pleine participation à la vie sociale dans leur pays d'accueil⁴⁵⁰. Le racisme et la xénophobie, exacerbés par la crise économique mondiale, ont altéré les relations entre les immigrants et la population locale dans un certain nombre de pays.

596. Il importe de s'employer plus activement à promouvoir et à défendre les droits de l'homme et les libertés fondamentales des migrants internationaux, en particulier les femmes, les jeunes et les enfants, quel que soit leur statut migratoire, et à assurer la protection sociale de tous les migrants, notamment contre les actes illicites ou violents, y compris les faits de discrimination et les infractions quel qu'en soit le motif, et à protéger leur intégrité physique, leur dignité, leurs croyances religieuses et leurs valeurs culturelles.

⁴⁴⁹ Nations Unies, « Health workers, international migration and development », *Population Facts*, n° 2010/2/E/Rev (août 2010).

⁴⁵⁰ Voir le rapport de la Commission de la population et du développement sur sa quarante-sixième session (E/2013/25).

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 21

Migrations internationales

Instruments contraignants. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990), qui est entrée en vigueur en 2003, garantit aux travailleurs migrants et à leur famille la protection de leurs droits fondamentaux et le respect des principes en matière de droits de l'homme. Le Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer, additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée (2000; entré en vigueur en 2004) a pour objet de « prévenir et combattre le trafic illicite de migrants [...] tout en protégeant les droits des migrants objets d'un tel trafic ».

Dispositions non contraignantes. L'observation générale n° 1 sur les travailleurs domestiques migrants (2011) adoptée par le Comité pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille souligne les multiples vulnérabilités des travailleurs domestiques migrants et les risques auxquels ils sont exposés à toutes les étapes du cycle migratoire. En outre, l'observation générale n° 2 sur les droits des travailleurs migrants en situation irrégulière et des membres de leur famille (2013) met l'accent sur les vulnérabilités particulières des migrants internationaux en situation irrégulière et des membres de leur famille, et précise le cadre normatif de la protection des droits que leur confère la Convention internationale.

597. Plus de 69 % des pays ont indiqué qu'ils avaient traité les « questions relatives aux migrations internationales et au développement » en créant des institutions et en élaborant des programmes, des politiques et des stratégies. La proportion varie de 39 % en Océanie et 61 % en Europe à plus de 81 % en Asie. Dans les Amériques, 75 % des pays avaient pris ces questions en compte, contre 70 % en Afrique.

598. Une plus faible proportion de pays avait pris des mesures pour renforcer le dialogue et la coopération entre les pays d'origine, de transit et de destination (54 %). Bien qu'il n'y ait pas de différence sensible entre régions ou en fonction du taux de croissance démographique, les pays riches ont été plus nombreux à traiter cette question. Une proportion comparable de pays s'étaient employés à « renforcer l'appui aux activités internationales visant à protéger et à assister les réfugiés et les personnes déplacées » (56 %). Bien que cette question gagne également en importance à mesure que les pays se développent, on note une grande différence entre les pays à revenu élevé qui sont membres de l'OCDE (91 %) et ceux qui ne sont pas membres de l'OCDE (11 %). Environ un tiers des pays européens n'avaient pas traité cette question, tandis qu'en Afrique, dans les Amériques et en Asie, la proportion était plus élevée, entre 42 % et 50 %. En Océanie, 8 pays sur 13, soit 67 %, ne l'avaient pas traitée.

599. Les États devraient traiter la question des migrations internationales en renforçant la coopération et le dialogue au plan international, régional ou bilatéral, conformément au principe de la responsabilité partagée et suivant une démarche globale et équilibrée qui assure des processus migratoires sûrs, réguliers et en bon ordre, en tenant compte du rôle et des responsabilités des pays d'origine, de transit et de destination, et en promouvant des politiques qui encouragent l'intégration et la réinsertion des migrants et assurent la transférabilité des avantages acquis à l'étranger grâce à la migration.

600. Moins de la moitié des pays participants ont indiqué avoir examiné « les causes profondes des migrations pour qu'elles se fassent par choix et non par nécessité » (35 %) ou facilité « les transferts de fonds des immigrés et leur utilisation aux fins du développement » (42 %). L'Afrique était la seule région où la moitié des pays avaient traité cette dernière question (52 %), la proportion diminuant progressivement dans les Amériques (45 %), en Asie (43 %), en Europe (27 %) et en Océanie (25 %). Une analyse détaillée au niveau sous-régional met en lumière des écarts entre sous-régions des Amériques (Caraïbes : 33 %; Amérique centrale : 57 %; Amérique du Sud : 50 %) et entre sous-régions de l'Europe (Europe occidentale : 100 %; Europe méridionale : 10 %; Europe septentrionale : 20 %; Europe orientale : 14 %). L'analyse des revenus et de la croissance démographique montre que la question a été traitée par une plus forte proportion de pays pauvres à croissance rapide.

601. Enfin, seulement 23 % des pays avaient examiné « les facteurs qui contribuent aux déplacements internes forcés », mais les chiffres mondiaux et régionaux risquent d'être faussés si les pays où la question est sans objet ont répondu « non » (le questionnaire ne proposait pas l'option « sans objet »). La plupart des pays ayant traité cette question se trouvent en Afrique (12), en Asie (10) et en Europe (6).

2. Priorités des gouvernements : migrations internationales

Mise en place de programmes, de politiques, de lois et d'institutions ayant trait aux migrations	46 % des gouvernements
Renforcement des capacités de recherche et des systèmes de gestion des données	35 % des gouvernements
Promotion de l'intégration sociale des migrants et du respect de leurs droits	32 % des gouvernements
Coopération internationale	28 % des gouvernements
Trafic d'êtres humains	23 % des gouvernements

602. Lorsqu'il a été demandé aux gouvernements d'indiquer leurs priorités en matière de migrations internationales pour les cinq prochaines années, les questions les plus fréquemment mentionnées étaient étroitement liées aux aspects les plus importants de la politique de migration pour le développement et l'appui aux migrants : mise en place de programmes, de politiques, de lois et d'institutions ayant trait aux migrations; renforcement des capacités de recherche et des systèmes

de gestion des données; promotion de l'intégration sociale des migrants et du respect de leurs droits; coopération internationale entre les gouvernements des pays d'origine, de destination et de transit; et trafic d'êtres humains.

603. Les migrations internationales sont un phénomène qui échappe dans une grande mesure à la surveillance ou à l'influence des gouvernements, qu'il s'agisse de la migration illégale (une priorité pour 23 % des gouvernements, parallèlement au contrôle aux frontières) ou de la migration légale, qui n'est pas systématiquement enregistrée faute de moyens suffisants. Le manque de données sur les migrations, problème reconnu dans le monde entier, était une priorité pour un tiers (35 %) des gouvernements.

604. Ces complexités pourraient expliquer pourquoi la création de fonctions de gouvernance nationale liées aux migrations internationales était une priorité pour près de la moitié des gouvernements (46 %), dans toutes les régions et dans quatre des cinq catégories de revenu (l'exception étant les pays à revenu élevé non membres de l'OCDE). S'agissant de la coopération internationale, alors que les mécanismes officiels de gouvernance internationale des migrations sont encore relativement nouveaux, 28 % des pays considéraient de tels arrangements internationaux comme une priorité importante pour faire face aux flux migratoires et les gérer.

605. La notion d'intégration sociale et de droits recouvre l'intégration, l'égalité de traitement, l'autonomisation et les droits des migrants internationaux dans la société. Cette question était une priorité pour les pays des Amériques (40 %) et d'Europe (43 %), ainsi que pour les pays à revenu élevé de l'OCDE, dont 11 sur 19 l'ont mentionnée. Alors que les gouvernements ont été nombreux à dire qu'ils s'étaient penchés sur le problème du trafic d'êtres humains au cours des cinq années précédentes, 23 % seulement l'inscrivaient parmi leurs futures priorités, avec peu de variations d'une région à l'autre.

606. Malgré l'attention commune portée aux migrations internationales en tant que question de marché de l'emploi, les envois de fonds n'étaient cités qu'au onzième rang des priorités à l'échelle mondiale⁴⁵¹. Cependant, elles ont été plus souvent mentionnées par les pays africains (27 %), qui étaient également plus nombreux à accorder la priorité à la promotion des investissements auprès des diasporas (41 %) et à la réduction de l'émigration en créant des conditions favorables et en luttant contre l'exode des cerveaux (25 %), problèmes qui ont reçu beaucoup moins d'attention dans les autres régions.

607. Un problème d'importance cruciale pour les migrations internationales, du moins dans quelques pays particuliers dont l'existence même pourrait être menacée, est le lien avec les effets du changement climatique. Kiribati a indiqué que sa principale priorité était d'obtenir l'appui de la communauté internationale pour le recrutement de travailleurs originaires de ses îles dans le cadre de sa stratégie d'adaptation au changement climatique; le pays a demandé si d'autres gouvernements accepteraient ses travailleurs s'ils étaient formés et équipés conformément aux normes internationales. Soulignant que le droit international ne reconnaît pas les personnes déplacées en raison du climat comme des réfugiés, Kiribati a indiqué qu'il cherchait des solutions au cas où le changement climatique dans le pays atteindrait le point où ses habitants devraient aller s'installer ailleurs.

⁴⁵¹ Les envois de fonds sont d'une importance vitale pour certains pays mais beaucoup moins importants pour d'autres, ce qui signifie que cette priorité se prête mal à une analyse mondiale ou régionale.

D. Insécurité en matière de logement

608. La sécurité foncière et immobilière est l'un des besoins les plus essentiels – et un aspect fondamental de la dignité humaine. Un grand nombre de personnes dans le monde passent la nuit sans toit et sans savoir s'ils en auront un le lendemain. La précarité du statut d'occupation des terres et des conditions de logement exacerbe de nombreuses autres formes d'insécurité, notamment sur les plans économique, alimentaire, juridique et sanitaire, ce qui pose une menace grave pour la dignité humaine, la reconnaissance de la personne juridique par l'État et la cohésion communautaire.

609. Le Programme d'action reconnaît les causes des déplacements, depuis la dégradation de l'environnement jusqu'aux catastrophes naturelles et aux conflits internes qui détruisent les établissements humains et forcent les gens à fuir vers d'autres régions du pays. Il met l'accent sur le fait que les situations de déplacement accroissent la vulnérabilité des femmes à la violence et que les populations autochtones courent un plus grand risque d'être déplacées. Le droit au retour volontaire et dans la sécurité est un point clef du Programme, de même que la prestation des services essentiels, y compris les services de santé sexuelle et procréative, pendant le déplacement.

610. Parmi les multiples facettes de l'insécurité foncière et immobilière, l'invisibilité aux yeux de l'État est un problème courant en raison d'une grave pénurie de données qui empêche de recenser le nombre de personnes touchées et de prendre des mesures efficaces pour leur venir en aide. L'un des défis à relever au cours des 5 à 10 prochaines années sera de déterminer le nombre et les caractéristiques des personnes exposées à de telles vulnérabilités, et de formuler des programmes d'appui à visage plus humain.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 22

Logement

Dispositions non contraignantes. Le droit à un logement convenable est consacré par l'article 11 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966; entré en vigueur en 1967) et précisé dans l'observation générale n°4 sur le droit à un logement suffisant (1991) adoptée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Le premier Rapporteur spécial sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant, dont le mandat a été créé par la Commission des droits de l'homme dans sa résolution 2000/9, a défini le droit fondamental de la personne à un logement convenable comme « le droit de tout homme, femme, jeune et enfant d'obtenir et de conserver un logement sûr dans une communauté où il puisse vivre en paix et dans la dignité » (E/CN.4/2001/51, par. 8). Le droit au logement et son lien avec d'autres droits fondamentaux ont été soulignés dans de nombreux instruments internationaux relatifs aux

droits de l'homme adoptés après 1993 ainsi que dans diverses observations générales et recommandations des organes de surveillance des traités⁴⁵².

1. Accès des femmes à la terre

611. L'une des formes d'insécurité foncière les plus courantes est l'absence de droits de propriété. Bien que la plupart des pays reconnaissent le droit à la propriété privée et que les lois nationales ne fassent généralement aucune différence entre hommes et femmes à cet égard, dans la pratique, de très nombreuses femmes sont privées du droit d'accès à la terre. Que ce soit dans les zones rurales des pays en développement, où elles produisent la plus grande partie des aliments mais ne possèdent pratiquement aucun bien foncier⁴⁵³, ou dans les zones urbaines, où de nombreux ménages sont dirigés par une femme et où les pauvres ont rarement accès à la propriété foncière⁴⁵⁴, un nombre considérable de femmes sont privées de la sécurité de logement et des moyens de subsistance qui dépendent étroitement des droits d'occupation des sols et des droits de propriété privée.

612. Les gouvernements signataires du Programme d'action se sont engagés à garantir aux femmes le droit d'acquérir, de posséder et de vendre des biens et des terres sur un pied d'égalité avec les hommes, d'obtenir des crédits, de négocier des contrats en leur nom et pour leur propre compte, et d'exercer les droits de succession que la loi leur reconnaît.

613. Selon les résultats de l'enquête mondiale, 76 % des gouvernements ont promulgué des lois garantissant les droits de propriété des femmes, notamment le droit de posséder, d'acheter et de vendre des biens ou autres avoirs au même titre que les hommes; cette proportion atteint 86 % en Asie. Soixante-cinq pour cent des gouvernements ont indiqué avoir promulgué des lois garantissant l'égalité des droits de la femme à l'héritage et 72 % ont affirmé avec promulgué des lois visant à protéger les biens de la femme par des lois harmonisées sur le mariage, le divorce, la succession et l'héritage. Dans les deux cas, les proportions régionales étaient proches de la moyenne mondiale, à l'exception de l'Océanie, où la proportion tombe à 50 % et 43 %, respectivement.

614. En dépit de ces progrès, de nombreux pays ont encore des lois et des pratiques discriminatoires en ce qui concerne l'accès à la propriété et l'héritage. Même lorsque des dispositions civiles ont été introduites pour assurer l'égalité des droits dans ces domaines, elles ne sont pas toujours appliquées ou respectées au niveau local, en raison du maintien de normes sociales discriminatoires et de l'application du droit coutumier ou religieux.

⁴⁵² Voir, par exemple, l'article 28 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 2515, n° 44910) et observations générales n° 7 (1997), n° 14 (2000) et n° 15 (2002) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (voir E/1998/22, E/2001/22 et E/2003/22).

⁴⁵³ Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), *Gender, Property Rights and Livelihoods in the Era of AIDS, Consultation technique de la FAO, Rome, 28-30 novembre 2007 – Compte rendu des débats* (Rome, 2008); disponible en anglais sur : <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/010/ai521e/ai521e00.pdf>.

⁴⁵⁴ C. S. Rabenhorst et A. Bean, « Gender and property rights: a critical issue in urban economic development » (Washington, International Housing Coalition et Urban Institute, 2011).

615. L'analyse des données de l'Index « Institutions sociales et égalité homme-femme » de l'OCDE montre que, dans les pays disposant de données, les femmes détiennent seulement 15 % des titres fonciers⁴⁵⁵. Lorsqu'elles ne peuvent exercer leur droit à la terre, les femmes risquent davantage d'être expulsées en cas de décès de leur mari. En outre, étant donné que l'accès au crédit nécessite en général le nantissement d'actifs, les emprunteurs qui ont peu de ressources foncières sont désavantagés; les données confirment que l'accès restreint des femmes à la terre limite leur accès au crédit, et donc leurs possibilités économiques⁴⁵⁶.

616. En outre, la pauvreté des femmes, conjuguée à l'absence d'autres possibilités de logement, fait qu'il leur est difficile de quitter un milieu familial violent. La réinstallation forcée et les expulsions forcées du foyer et de la terre ont des répercussions d'une gravité disproportionnée sur les femmes. L'absence de droits de propriété empêche souvent les personnes déplacées de retourner dans leurs foyers ou peut pousser les femmes à rester même si cela les expose à de graves dangers. La discrimination fondée sur le sexe et la violence à l'égard des femmes ont une profonde incidence sur leur égalité en matière de propriété, d'accès et de contrôle fonciers et l'égalité du droit à la propriété et à un logement convenable, en particulier lors de situations d'urgence, de reconstruction et de relèvement complexes⁴⁵⁷.

617. Les États devraient réformer leurs lois et lutter contre les coutumes et traditions qui sont discriminatoires à l'égard des femmes et leur dénie la sécurité de jouissance et l'égalité de propriété, d'accès et de contrôle fonciers ainsi que l'égalité du droit à la propriété et à un logement convenable. Ils devraient assurer le droit des femmes à l'égalité de traitement en matière de réforme foncière et agraire tout comme en matière de projets de réinstallation et de possession de biens, y compris grâce au droit d'héritage, et entreprendre les réformes administratives et prendre les autres mesures nécessaires pour donner aux femmes le même droit qu'aux hommes en ce qui concerne l'accès au crédit, au capital, aux marchés et à l'information.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 23

Accès des femmes à la terre

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. La Commission des droits de l'homme a adopté une série de résolutions sur les femmes, le logement et la terre, notamment la résolution 2005/25 sur l'égalité des femmes en matière de propriété, d'accès et de contrôle fonciers et l'égalité du droit à la propriété et à un logement convenable (2005), dans laquelle elle a réaffirmé « le droit des femmes à un niveau de vie suffisant, y compris à

⁴⁵⁵ OCDE, *2012 SIGI: Social Institutions and Gender Index: Understanding the Drivers of Gender Inequality*.

⁴⁵⁶ N. Almodovar-Reteguis, K. Kushnir et T. Meilland, « Mapping the legal gender gap in using property and building credit », *Women, Business and the Law* (Banque mondiale, 2012).

⁴⁵⁷ Voir le rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences (E/CN.4/2000/68/Add.5).

un logement convenable, tel qu'il est consacré dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », et affirmé que « la discrimination à laquelle se heurtent les femmes en droit et en fait, pour ce qui est de l'accès aux terres, aux biens et au logement, ainsi que de l'acquisition et de la conservation de terres, de biens et de logements et du financement de leur achat, constitue une violation du droit des femmes d'être protégées contre la discrimination et est susceptible d'influer sur l'exercice d'autres droits fondamentaux ».

2. Le problème des sans-abri

618. Un nombre inconnu mais considérable de personnes dans le monde se retrouvent sans abri, forcées de dormir dans la rue, dans des bâtiments abandonnés, des installations de fortune, des parcs ou, lorsqu'ils existent, des centres d'hébergement pour les personnes sans domicile fixe⁴⁵⁸.

619. Le problème des sans-abri est souvent considéré comme un problème urbain, mais il touche également la population rurale. Au moment de la Conférence internationale sur la population et le développement, un pays comptait entre 7 % et 15 % de sans-abri, selon les estimations, et le chiffre atteignait 20 % dans les zones exposées à l'érosion fluviale⁴⁵⁹. Les catastrophes naturelles et les déplacements internes contribuent à multiplier le nombre de sans-abri dans les pays en développement⁴⁶⁰. Ce n'est pas un problème qui concerne uniquement les pauvres dans les pays en développement; un grand nombre de facteurs, notamment l'absence de systèmes de protection sociale, le manque de logements publics, la sélection fondée sur le revenu et la vulnérabilité de l'emploi, contribuent à créer une population de sans-abri dans les sociétés avancées⁴⁶¹.

620. Il est extrêmement difficile de déterminer le nombre de sans-abri dans le monde parce que peu de pays ont un système permettant de les recenser. Le phénomène est difficile à définir en raison de sa complexité, car les personnes sans domicile, en particulier les jeunes et les familles, peuvent se trouver dans cette situation pendant certaines périodes seulement. Il est particulièrement difficile d'estimer leur nombre dans les sociétés les plus pauvres et peu d'études ont été

⁴⁵⁸ M. G. Haber et P. A. Toro, « Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective ». *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 7, n° 3 (2004); P. A. Toro, « Towards an international understanding of homelessness », *Journal of Social Issues*, vol. 63, n° 3 (2007), p. 461 à 481.

⁴⁵⁹ T. Rahman, *The Rural Homeless in Bangladesh* (Dhaka, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1993).

⁴⁶⁰ Royaume-Uni, University of Newcastle upon Tyne, Centre for Architectural Research and Development Overseas (CARDO), « *The nature and extent of homelessness in developing countries* », projet n° 7905 du Ministère du développement international; disponible à l'adresse : <http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/HumanSecurity/R7905.pdf>.

⁴⁶¹ Voir par exemple *Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri, Rapport européen : Le rôle du logement dans les parcours d'exclusion liée au logement – Thème annuel 2008 : Logement et exclusion liée au logement*, disponible à l'adresse suivante : www.feantsa.org/spip.php?article156&lang=fr.

réalisées dans les pays en développement, bien que l'on reconnaisse de plus en plus la grande vulnérabilité des sans-abri, notamment les enfants des rues⁴⁶².

621. La question des sans-abri fait l'objet d'une attention croissante en Europe (notamment en Allemagne, en France, en République tchèque et au Royaume-Uni), aux États-Unis, au Japon et en Australie. Les études réalisées dans ces pays ont mis en évidence des caractéristiques communes de la population des sans-abri – plus d'hommes que de femmes parmi les adultes sans domicile; taux élevé de toxicomanie et de dépression; et surreprésentation des groupes de population traditionnellement victimes de discrimination (par exemple, Afro-Américains aux États-Unis, aborigènes en Australie et immigrants récents d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud, du Moyen-Orient et d'Europe orientale en Europe occidentale)⁴⁶³.

622. Pour définir le statut de sans-abri, il est important d'établir une distinction entre les adultes célibataires, les familles et les jeunes, car ces sous-groupes sont généralement différents à de nombreux égards⁴⁶⁴. Les familles sans abri comprennent les familles intactes (et même élargies) déplacées par un conflit ou une crise environnementale; les familles qui se retrouvent sans toit à cause de la pauvreté extrême ou d'une expulsion sont généralement des femmes jeunes accompagnées d'enfants en bas âge, qui fuient aussi peut-être la violence familiale⁴⁶⁵. Le nombre de familles sans abri est en hausse dans l'Union européenne et dans les pays proches de zones en proie à des conflits ou à l'extrême pauvreté⁴⁶⁶.

623. Les jeunes sans abri se distinguent des adultes sans abri en raison de leur âge (ils ont généralement moins de 21 ans) et des enfants vivant au sein de familles sans abri parce qu'ils vivent seuls. Différents termes ont été utilisés pour décrire les

⁴⁶² CARDO, « *The nature and extent of homelessness in developing countries* »; R. Carr-Hill, « Missing millions and measuring development progress », *World Development*, vol. 46 (2013), p. 30 à 44; UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2006, Exclut et invisibles* (New York, 2005); T. Peressini, L. McDonald et D. J. Hulchanski, « Towards a strategy for counting the homeless », dans *Finding home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada*, D. J. Hulchanski et al., éd. (Toronto, University of Toronto, Cities Centre, 2009); G. Tipple et S. Speak, *The Hidden Millions: Homelessness in Developing Countries* (Abingdon, Oxon, Routledge, 2009).

⁴⁶³ Toro, « Towards an international understanding of homelessness »; Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri, « Immigration et sans-abrisme dans l'Union européenne : analyse et bilan de l'impact de l'immigration sur les services destinés aux personnes sans-abri dans l'Union européenne » (2002); Australie, Australian Institute of Health and Welfare, *A Profile of Homelessness for Aboriginal and Torres Strait Islander People* (Canberra, 2001); *European Journal of Homelessness*, vol. 4 (décembre 2010).

⁴⁶⁴ Haber et Toro, « Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective ».

⁴⁶⁵ Ibid., M. Shinn et B. Weitzman, « Homeless families are different », dans *Homelessness in America*, J. Baumohl, éd. (Phoenix, Arizona, Oryx Press, 1996); A. Masten et al., « Children in homeless families: risks to mental health and development », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, n° 2 (1993), p. 335 à 343; D. J. Rog et J. C. Buckner, « Homeless families and children », document établi pour le Colloque national sur la recherche sur les sans-abri tenu aux États-Unis en 2007, disponible sur www.huduser.org/publications/pdf/p5.pdf; J. C. Buckner et al., « Homelessness and its relation to the mental health and behavior of low-income school-age children », *Developmental Psychology*, vol. 35, n° 1 (1999), p. 246 à 257.

⁴⁶⁶ Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri, « Les nouveaux visages du sans-abrisme : les enfants, les familles et les jeunes » (2010), et « Immigration et sans-abrisme dans l'Union européenne : analyse et bilan de l'impact de l'immigration sur les services destinés aux personnes sans abri dans l'Union européenne » (2002).

jeunes sans abri, tels que mineurs en fugue, jeunes vagabonds et jeunes des rues, dont certains ont grandi dans la rue. Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Selon la plupart des études sur la question, il y a autant de filles que de garçons parmi les adolescents sans abri, mais les plus âgés d'entre eux sont plus souvent des garçons⁴⁶⁷.

624. Les adultes célibataires sans abri ont tendance à être des hommes âgés de 18 à 50 ans; ils ont très rarement plus de 60 ans (moins de 5 %; à noter que certains sans-abri paraissent beaucoup plus vieux qu'ils ne le sont, et certains éléments donnent à penser que la population des sans-abri est plus âgée aujourd'hui qu'il y a 10 ans)⁴⁶⁸. Dans les pays pour lesquels on dispose de données sociales, certes incomplètes, les adultes sans abri ont des caractéristiques sociales reconnues – un nombre disproportionné d'entre eux ont grandi sans parents, en famille d'accueil ou dans une succession de foyers pour enfants; ont été exposés à la violence durant leur enfance ou récemment; ont des antécédents de toxicomanie; ont été victimes de discrimination raciale ou ethnique; sont des anciens combattants; et souffrent de troubles psychiques et mentaux ou autres handicaps qui les empêchent d'occuper un emploi⁴⁶⁹.

625. Les États sont priés de promouvoir la recherche sur les caractéristiques démographiques et la vulnérabilité des sans-abri et de concevoir des programmes pour s'attaquer aux causes du problème et améliorer la sécurité du logement pour tous.

3. Expulsions forcées

626. On entend par expulsion forcée l'action, directe ou indirecte, de l'État de faire sortir une personne de sa terre ou de son logement contre son gré; il ne s'agit donc pas de l'expulsion exécutée en vertu de la loi et conformément aux dispositions des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme⁴⁷⁰. Les expulsions forcées

⁴⁶⁷ Haber et Toro, « Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective »; P. A. Toro, A. Dworsky et P. J. Fowler, « Homeless youth in the United States: Recent research findings and intervention approaches », document établi pour le Colloque national sur la recherche sur les sans-abri tenu en 2007, disponible sur <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/toro/>; M. J. Robertson et P. A. Toro, « Homeless youth: research, intervention, and policy », dans *Practical Lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research*, L. B. Fosburg et D. L. Dennis, éd. (Washington, D.C., Department of Housing and Urban Development et Department of Health and Human Services, 1999); B. Feitel *et al.*, « Psychosocial background and behavioral and emotional disorders of homeless and runaway youth », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, n° 2 (1992), p. 155 à 159; M. J. Robertson, P. Koegel et L. Ferguson, « Alcohol use and abuse among homeless adolescents in Hollywood », *Contemporary Drug Problems*, automne 1989, p. 415 à 452.

⁴⁶⁸ T. Meschede, B. Sokol et J. Raymond, « Hard numbers, hard times: homeless individuals in Massachusetts emergency shelters, 1999-2003 » (Boston, Center for Social Policy, 2004), disponible sur http://scholarworks.umb.edu/csp_pubs/29/.

⁴⁶⁹ C. L. Caton, C. Wilkins et J. Anderson, « People who experience long-term homelessness: characteristics and interventions », document établi pour le Colloque national sur la recherche sur les sans-abri tenu en 2007, disponible sur <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/caton/index.htm>.

⁴⁷⁰ Principes de base et directives concernant les expulsions et les déplacements liés au développement, élaborés lors d'un atelier international sur les expulsions forcées, tenu à Berlin en juin 2005 et coorganisé par le Rapporteur spécial sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant (A/HRC/4/18, annexe I).

éliminent la possibilité de retour des personnes expulsées et sont ainsi définies, qu'une aide soit fournie ou non en vue de la réinstallation des intéressés ailleurs⁴⁷¹.

627. Les causes d'expulsion forcée comprennent généralement l'urbanisation, les grands projets (comme les barrages) en milieu rural, la menace de catastrophes naturelles et les changements climatiques, les grands événements (par exemple les Jeux olympiques ou la Coupe du monde), les expulsions économiques et la crise financière mondiale, ainsi que la discrimination ou les châtements ciblés⁴⁷².

628. Des efforts ont été faits pour instituer des systèmes de contrôle des expulsions forcées, mais l'on dispose de très peu de données, ceux qui s'adonnent à cette pratique ayant intérêt à en dissimuler la fréquence. Par conséquent, les estimations varient considérablement. En 1994, la Banque mondiale estimait à quelque 10 millions le nombre de personnes expulsées par an à cause de projets exécutés dans le secteur public uniquement. À l'heure actuelle, les estimations concernant les six principaux facteurs d'expulsion forcée se situent entre environ 2,5 millions et 15 millions de cas signalés par an⁴⁷³.

629. Le Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat) met au point des méthodes pour mesurer la sécurité des droits fonciers, qu'il définit comme étant la combinaison du degré de confiance que les utilisateurs de la terre ne seront pas arbitrairement privés des droits dont ils jouissent sur cette terre et des avantages économiques qui en découlent; la certitude que le droit d'un individu à la terre sera reconnu par les tiers et protégé en cas de contestation; ou, plus particulièrement, le droit de tous les individus et groupes d'être effectivement protégés par le gouvernement contre les expulsions forcées⁴⁷⁴. **Les États devraient mettre fin aux expulsions forcées pratiquées en violation de la législation nationale et du droit des droits de l'homme et mettre en place des mécanismes pour surveiller leur fréquence et leur incidence sur les populations touchées.**

Évolution des droits de l'homme depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 24

Expulsions forcées

Instrument intergouvernementaux relatifs aux droits de l'homme.

La Commission des droits de l'homme s'est penchée sur la question de l'expulsion forcée en tant que violation flagrante des droits de l'homme dans plusieurs résolutions, notamment la résolution 2004/28 sur l'interdiction des expulsions forcées, dans laquelle elle a réaffirmé que « la pratique de l'expulsion forcée en infraction à des lois qui sont conformes aux normes internationales relatives aux droits de l'homme constitue une violation flagrante d'un grand nombre de droits de l'homme, en particulier du droit à un logement convenable ».

⁴⁷¹ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « L'éviction forcée et les droits de l'homme », Fiche d'information n° 25 (mai 1996).

⁴⁷² ONU-Habitat, *Forced Evictions: Global Challenges, Global Solutions* (2011).

⁴⁷³ M. M. Cernea et H. M. Mathur, éd., *Can Compensation Prevent Impoverishment? Reforming Resettlement through Investments and Benefit-Sharing* (New Delhi, Oxford University Press, 2008); et Centre on Housing Rights and Evictions, « Global survey 11: forced evictions, violations of human rights: 2007-2008 » (Genève, 2009).

⁴⁷⁴ ONU-Habitat, *Secure Land Rights for All* (Nairobi, 2008).

Autres instruments à caractère non contraignant. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels s'est penché sur la question de l'expulsion forcée dans son observation générale n° 7, intitulée « Le droit à un logement convenable : expulsions forcées » (1997). Les principes de base et directives concernant les expulsions et les déplacements liés au développement (2007) élaborés par le Rapporteur spécial sur le droit à un logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant « traitent des répercussions qu'ont sur les droits de l'homme les expulsions liées au développement et les déplacements connexes dans les zones urbaines ou rurales » (A/HRC/4/18, annexe I, par. 3).

4. Personnes déplacées

630. Toute personne déplacée est doublement vulnérable : face à la cause du déplacement et face à la précarité des conditions de vie et de sécurité aux points de destination. Il y a deux principales causes de déplacement interne : d'une part, les conflits armés, la violence généralisée ou les violations des droits de l'homme et, d'autre part, les catastrophes naturelles.

631. Il est particulièrement difficile d'obtenir des statistiques précises sur les personnes déplacées car celles-ci vivent souvent dans des communautés urbaines et d'autres communautés locales, et non dans des camps de réfugiés, et sont dispersées géographiquement, ce qui rend très probable une sous-estimation de leur nombre. Il est tout aussi difficile de mettre à jour les statistiques pour tenir compte du fait que certains déplacés sont retournés dans leur foyer, d'où la possibilité d'une surestimation dans certains cas. Par ailleurs, les données ne sont guère ventilées : seulement 11 pays recueillent des données ventilées par sexe, âge et lieu sur les déplacés⁴⁷⁵.

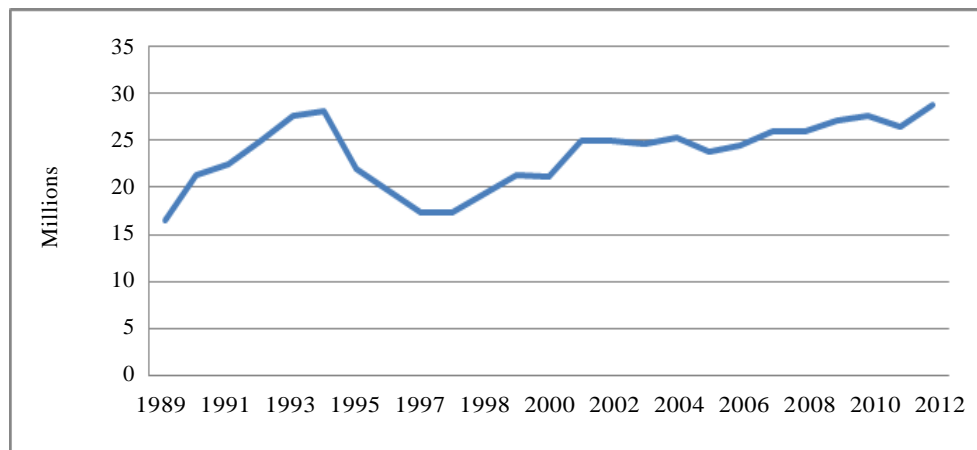
632. À l'échelle mondiale, à la fin de 2012, 28,8 millions de personnes étaient déplacées à l'intérieur de leur pays du fait de conflits armés, de la violence généralisée ou des violations des droits de l'homme⁴⁷⁶. Au moment de la Conférence internationale sur la population et le développement, le nombre de personnes déplacées par la guerre ou les conflits dans le monde avait atteint un niveau record (voir fig. 51). Après une baisse pendant les années 90, le nombre de déplacés a augmenté régulièrement du fait des conflits, les estimations récentes pour 2013 dépassant le niveau record précédemment enregistré en 1994. À la différence des réfugiés, les déplacés ne franchissent pas de frontières internationales et restent donc sous la protection de leur gouvernement, même lorsque celui-ci est à l'origine du déplacement. L'Afrique subsaharienne compte le plus grand nombre de déplacés avec 10,4 millions de personnes, soit une augmentation par rapport à 2011 (9,7 millions)⁴⁷⁶. En 2012, quelque 2,1 millions de déplacés seraient retournés dans leurs régions d'origine, notamment en Libye et en République démocratique du Congo. Dans ce dernier pays, 450 000 personnes seraient retournées dans leur lieu d'origine mais les systèmes de surveillance sont si limités qu'il est impossible d'obtenir des chiffres exacts.

⁴⁷⁵ Internal Displacement Monitoring Centre et Norwegian Refugee Council, *Global Overview 2012: People Internally Displaced by Conflict and Violence* (Genève, 2013).

⁴⁷⁶ Internal Displacement Monitoring Centre et Norwegian Refugee Council, *Global Estimates 2012: People Displaced by Disasters* (Genève, 2013).

Figure 50
**Personnes déplacées du fait de conflits armés, de la violence
 ou des violations des droits de l'homme, 1989-2011**

(En millions)



Source : Internal Displacement Monitoring Centre, Global Internally Displaced Persons Estimates (1990-2011), disponible à [www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/\(httpPages\)/10C43F54DA2C34A7C12573A1004EF9FF?OpenDocument](http://www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/(httpPages)/10C43F54DA2C34A7C12573A1004EF9FF?OpenDocument).

633. Selon le rapport sur les estimations mondiales de l'Observatoire des situations de déplacement interne, 32,4 millions de personnes ont été contraintes de fuir leurs foyers en 2012 du fait de catastrophes naturelles comme les inondations, les tempêtes et les tremblements de terre. La quasi-totalité des déplacements survenus cette année était causée par des catastrophes naturelles associées à des événements climatiques et météorologiques. Les inondations survenues en Inde et au Nigéria, qui ont provoqué le déplacement de 6,9 millions et de 6,1 millions de personnes respectivement, ont contribué pour 41 % au nombre total de déplacés⁴⁷⁶.

634. Dans les pays développés, 1,3 million de personnes ont été également déplacées, en particulier à l'intérieur des États-Unis. Il convient de surveiller soigneusement les déplacements au fil du temps car les déplacements causés par des catastrophes naturelles tiennent en partie à la survenue ou non de catastrophes dans une année donnée; il est probable que les variations d'une année à l'autre soient dues aux fluctuations des catastrophes naturelles plutôt qu'à une tendance particulière des déplacements. Il n'empêche que les facteurs sociaux comptent tout autant que la survenue de la catastrophe elle-même : que le déplacement résulte du tremblement de terre survenu en 2010 en Haïti ou de l'ouragan Katrina survenu aux États-Unis en 2005, les personnes démunies, marginalisées et défavorisées sont les moins bien équipées pour en affronter les conséquences. Par ailleurs, les changements climatiques devraient, selon les prévisions, changer la fréquence, l'intensité, la couverture spatiale, la durée et le moment des événements

météorologiques et climatiques extrêmes⁴⁷⁷, ce qui pourrait augmenter le nombre de déplacés à brève échéance.

635. Les personnes déplacées en raison de conflits ou de catastrophes naturelles font face à des conditions d'extrême vulnérabilité. Les cas de déplacement secondaire sont courants; ils concernent des déplacés qui ont pu être expulsés de force par discrimination ou en raison de situations précaires en matière de logement. En 2011, ce fut le cas dans 18 des pays étudiés par l'Observatoire des situations de déplacement interne. En outre, le chômage est généralement plus élevé chez les déplacés⁴⁷⁸. Du fait de leur situation de déplacés, ces personnes n'ont généralement pas les documents nécessaires ou l'autorisation de travailler. Très souvent, les femmes déplacées ont moins de possibilités de revenus et, avec leurs enfants, elles se tournent dans leur grande majorité vers les emplois informels précaires faiblement rémunérés ou d'autres stratégies⁴⁷⁹. S'il est vrai que les femmes et les hommes sont déplacés en nombre généralement égal, les perturbations sociales, les logements temporaires, la rareté des ressources et l'insécurité peuvent rendre les conditions de vie particulièrement dangereuses pour les femmes et les filles déplacées et favoriser la violence sexiste⁴⁸⁰.

5. Réfugiés

636. Selon le HCR, le nombre de réfugiés dans le monde a atteint un niveau record en 1992, soit 17,8 millions. En 2012, on comptait environ 15,4 millions de réfugiés, dont 2,7 millions d'Afghans (le plus grand groupe) vivant au Pakistan et en République islamique d'Iran, ces pays accueillant le plus grand nombre de réfugiés sur leur territoire. Les quatre autres pays comptant le plus grand nombre de réfugiés en 2012 étaient la Somalie, l'Iraq, la République arabe syrienne et le Soudan. La Jordanie a été particulièrement touchée par un récent afflux de Syriens, après avoir précédemment absorbé des vagues de réfugiés iraqiens et palestiniens. La grande majorité des réfugiés dans le monde se trouve dans la région arabe. En plus d'étudier les chiffres en termes absolus, l'ONU a mis au point une méthode d'évaluation de l'impact des réfugiés en les examinant sous l'angle des moyens économiques. Si l'on utilise cette méthode, le Pakistan, suivi de l'Éthiopie et du Kenya, était le pays qui a le plus pâti de l'afflux de réfugiés en 2012⁴⁸¹.

637. Les réfugiés connaissent bon nombre des conditions de vulnérabilité auxquelles font face les déplacés, notamment la double vulnérabilité que sont le

⁴⁷⁷ « Résumé à l'intention des décideurs », in *Managing the Risks of Extreme Events and Disasters to Advance Climate Change Adaptation – Rapport spécial du Groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat*, C.B. Field et al., éd. (Cambridge, Cambridge University Press, 2012).

⁴⁷⁸ Internal Displacement Monitoring Centre, « Employment rate of IDPs », disponible à www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/%28httpEnvelopes%29/C3D334B77955EA84C12579C70059E6CA?OpenDocument et « Barriers to Employment of IDPs », disponible à www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/%28httpEnvelopes%29/7D4A873BE935B1BBC12577ED005DDE12?OpenDocument.

⁴⁷⁹ A. Fielden, « Ignored displaced persons: the plight of IDPs in urban areas », New Issues in Refugee Research Paper No. 161 (Haut-Commissariat des Nations Unies aux réfugiés, juillet 2008), p. 9 et 12, disponible à www.unhcr.org/487b4c6c2.pdf; HCR, « IDP Working Group: internally displaced persons in Iraq – update » (juin 2008), p. 1 et 17, disponible à www.unhcr.org/491956e32.pdf.

⁴⁸⁰ Internal Displacement Monitoring Centre, « Gender-based violence », disponible à www.internal-displacement.org/thematic/women.

⁴⁸¹ HCR, « Displacement, the new 21st century challenge » (voir la note 390 ci-dessus).

déplacement et la perte de moyens de subsistance et de bien-être aux lieux d'établissement. Les réfugiés faisant l'objet de persécutions et n'étant pas protégés par leur propre État, les pays de destination représentent une solution viable pour la protection, la promotion et la garantie de leurs droits fondamentaux et leur dignité. **Les États devraient renforcer la protection et l'assistance offertes aux déplacés et aux réfugiés en leur fournissant de la nourriture, un logement, des soins de santé, des services d'éducation et des services sociaux à court terme et en facilitant leur intégration locale, leur retour volontaire ou, dans le cas des réfugiés, leur réinstallation dans un pays tiers à long terme.**

Évolution des droits de l'homme depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 25

Déplacés et réfugiés

Instruments contraignants. En 2009, l'Union africaine a adopté la Convention sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique en vue de « mettre en place un cadre juridique de prévention du déplacement interne, de protection et d'assistance aux personnes déplacées en Afrique ».

Instruments intergouvernementaux relatifs aux droits de l'homme. Le Conseil des droits de l'homme a adopté des résolutions annuelles sur les droits fondamentaux des personnes déplacées, dont la résolution 20/9 sur les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays (2012), et des résolutions sur les droits de l'homme et les exodes massifs, qui concernent les personnes déplacées et les réfugiés. L'Assemblée générale a aussi adopté des résolutions sur les personnes déplacées et les exodes massifs.

Autres instruments à caractère non contraignant. Les Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays (1998) offrent l'ensemble le plus complet de mesures de protection des droits de l'homme offertes aux personnes déplacées à ce jour. Ils visent à répondre aux besoins particuliers des personnes déplacées. Y sont identifiés les droits et les garanties concernant la protection des personnes contre les déplacements forcés et « la protection et l'aide qu'il convient de leur apporter au cours du processus de déplacement, ainsi que pendant leur retour ou leur réinstallation et leur réintégration ». Les Principes sur la restitution des logements et des biens dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées (Principes Pinheiro) (2005) contiennent des normes relatives à la restitution des logements, des terres et des biens des réfugiés et des personnes déplacées. Sur le plan régional, l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains a adopté la résolution de 2229 (2006), dans laquelle elle a demandé aux États de remédier aux facteurs à l'origine des déplacements internes et de fournir aux personnes déplacées l'assistance voulue conformément aux Principes directeurs. De même, dans la recommandation Rec(2006)6, le Comité des ministres du Conseil de

l'Europe a recommandé que les Principes directeurs et les autres instruments internationaux pertinents soient appliqués aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.

E. Lieu de vie et mobilité : principaux domaines d'action future

1. Il convient de reconnaître, dans les activités de développement, la diversité croissante des ménages et des modes de vie et en tenir compte

638. Les tendances en matière de mariage et la façon dont les gens s'organisent en ménage ont énormément changé au cours des 20 dernières années; on observe notamment une augmentation notable de la proportion de personnes qui vivent seules, se marient tard ou pas du tout, un risque plus élevé de divorce et des enfants vivant avec un parent célibataire, d'où la grande diversité des types de ménages. Ces changements influent fondamentalement sur les modalités de réalisation des objectifs consistant à garantir un logement convenable et sûr, le bien-être des ménages et des enfants, le soutien familial, les soins à long terme aux personnes âgées, la protection sociale en général ainsi qu'une consommation et une utilisation de l'énergie qui soient viables. Nombreux sont les sociétés et les systèmes juridiques qui continuent de s'orienter vers les structures familiales traditionnelles dirigées par des hommes malgré les changements profonds. Dans le monde entier, les femmes voient des limites imposées à leur droit à la propriété, notamment la propriété foncière, ce qui explique que les ménages dirigés par des femmes souffrent de manière disproportionnée de la pauvreté; de plus, elles ne peuvent pas hériter dans de nombreux pays ou doivent compter sur des proches lorsqu'elles sont veuves ou divorcées.

2. Le monde doit planifier et construire des villes viables

639. La population urbaine mondiale augmente actuellement de plus de 1,3 million de personnes par semaine. Cet accroissement sans précédent traduit l'aspiration des populations à de meilleures perspectives et offre une importante occasion de réaliser le développement durable, si les politiques voulues sont mises en place. Les zones urbaines offrant les avantages de la proximité, de la concentration et des économies d'échelle, il est plus facile et moins coûteux pour l'État de fournir des services de santé, de protection sociale et d'éducation de base tout en optimisant l'utilisation rationnelle de l'énergie et des ressources. Les villes offrent d'énormes avantages économiques en termes d'emplois et de création d'entreprises, mais aussi en termes de participation et d'autonomisation sociales et politiques. Mais la montée des inégalités urbaines a également aggravé la marginalisation de certains citoyens, avec notamment le développement des bidonvilles, exacerbé l'expansion des villes et limité les capacités des autorités d'assurer la sécurité de la population. À mesure que les villes se développent, leur gestion est de plus en plus difficile à assurer, en ce qui concerne notamment la circulation, la fourniture des services et le logement. Les citoyens les plus démunis sont inévitablement les plus touchés. Le défi le plus important à relever face à l'urbanisation n'est pas de la ralentir – ce qu'on n'a guère réussi à faire – mais plutôt de faire bénéficier de l'ensemble des avantages de la vie urbaine à tous les habitants actuels et futurs des zones urbaines.

3. La communauté internationale devrait faire en sorte que les migrations servent le développement et garantir les droits et la sécurité des migrants

640. Selon les estimations, le nombre de migrants internationaux dans le monde a augmenté depuis 1990; toutefois, c'est la diversification des flux migratoires qui a eu le plus d'impact, en ce sens qu'un plus grand nombre de pays sont touchés. Les envois de fonds officiels des migrants, dont le montant est beaucoup plus élevé que l'aide publique au développement, constituent un élément essentiel du processus de développement. Les migrants d'aujourd'hui proviennent de contextes culturels, économiques et sociaux plus variés que jamais auparavant, et les femmes en constituent environ la moitié. Si bon nombre ont pu saisir les nouvelles possibilités qui s'offraient à eux, d'autres, en particulier les femmes, sont victimes de la traite de personnes, de l'exploitation, de la discrimination et d'autres violations. L'appel lancé à la Conférence internationale sur la population et le développement en vue du renforcement de la coopération internationale, régionale et bilatérale reste d'actualité et exige de redoubler d'efforts pour protéger, respecter et réaliser les droits et le bien-être des migrants, réduire le coût de la migration, renforcer la base de connaissances concernant les migrants et remédier aux attitudes et aux valeurs qui stigmatisent les migrants et entravent leurs contributions à leurs pays d'origine, de transit et de destination.

4. L'insécurité liée au lieu de vie est une menace pour la dignité

641. Il faut accorder beaucoup plus d'attention, sur le plan démographique et dans les politiques, aux personnes en situation d'insécurité liée au lieu de vie, notamment les personnes déplacées à cause de conflits ou de catastrophes naturelles, les réfugiés, les personnes vivant dans des zones de conflit, les personnes ayant un logement temporaire ou précaire et les sans-abri. L'insécurité liée au lieu de vie est une menace pour la dignité et peut rendre les personnes concernées particulièrement vulnérables à la violence, à la pauvreté et à des situations néfastes pour la santé. Souvent, ces personnes ne sont pas recensées et ne sont donc pas reconnues par l'État, d'où la précarité générale de leurs conditions de vie, avec notamment le risque qu'elles soient exploitées dans un emploi dangereux. Si l'évaluation de leur nombre s'améliore progressivement, il faut un meilleur suivi démographique pour permettre aux pouvoirs publics de leur assurer la protection sociale, des services de santé, la sécurité et, à terme, une pleine intégration sociale.

V. Gouvernance et respect du principe de responsabilité

« Les gouvernements [...] devraient s'efforcer de sensibiliser l'opinion aux questions relatives à la population et au développement et, dans le cadre du processus de planification du développement sectoriel, intersectoriel et national, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies, politiques, plans, programmes et projets nationaux qui fassent une place aux questions relatives à la population et au développement, dont la question des migrations. Ils devraient également s'attacher à mettre en place les institutions nécessaires pour coordonner et mener à bien la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités axées sur la population et le développement ou à les renforcer, ainsi qu'à les doter des ressources humaines voulues. »

(Programme d'action, par. 13.5)

« Les gouvernements, la société civile au niveau national et le système des Nations Unies devraient s'efforcer de renforcer et de développer leur collaboration et leur coopération en vue de favoriser un climat propice aux partenariats aux fins de la mise en œuvre du Programme d'action. Les gouvernements et les organisations de la société civile devraient mettre au point des systèmes assurant une plus grande transparence et facilitant les échanges d'informations, afin de mieux s'acquitter de leur obligation de rendre compte. »

(Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, par. 78)

« Les gouvernements [...] devraient renforcer les capacités nationales d'exécution de programmes prolongés et complets de collecte, d'analyse, de diffusion et d'utilisation de données sur la population et le développement. »

(Programme d'action, par. 12.3)

Évolution des droits de l'homme depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 26

Bonne gouvernance

Instruments intergouvernementaux. La Commission des droits de l'homme a adopté une série de résolutions sur le lien entre la gouvernance et les droits de l'homme, notamment la résolution 2005/68 sur le rôle de la bonne gouvernance dans la promotion et la protection des droits de l'homme (2005), dans laquelle la Commission a exhorté « les États à mettre en œuvre un système de gouvernement caractérisé par la transparence, la responsabilité, l'obligation de rendre compte de ses actes et la participation, capable de répondre aux besoins et aux aspirations de la population, y compris des membres des groupes vulnérables et marginalisés, ainsi qu'à respecter et protéger l'indépendance des juges et des avocats, afin d'assurer la pleine réalisation des droits de l'homme », et a reconnu « la nécessité, pour les gouvernements, de veiller à ce que des services soient fournis à tous les membres de la population d'une manière transparente et responsable, qui soit adaptée aux besoins particuliers de la population et qui favorise et protège les droits de l'homme ».

Autres instruments à caractère non contraignant. Dans l'observation générale n° 12 concernant le droit à une nourriture suffisante (1999), le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que « la bonne gouvernance est indispensable à la réalisation de tous les droits de l'homme, s'agissant notamment d'éliminer la pauvreté et d'assurer un niveau de vie satisfaisant pour tous. » L'observation générale n° 10 (1998) met l'accent sur le rôle des institutions nationales de défense des droits de l'homme dans la protection des droits économiques, sociaux et culturels. L'observation générale n° 9 (1998) concernant l'application du Pacte international présente de manière plus élaborée les systèmes de

gouvernance et les mécanismes de responsabilité nécessaires pour assurer l'application effective des droits économiques, sociaux et culturels.

642. Le monde a connu depuis 1994 d'importants changements en matière de distribution des pouvoirs et d'exercice de l'autorité, l'importance et le pouvoir d'un nombre croissant d'acteurs en scène sur les plans régional, national et local et au sein de la société civile, ainsi que d'autres acteurs non étatiques, étant de plus en plus reconnus. Alors que par le passé l'intérêt porté à la gouvernance était axé essentiellement sur l'État, l'on reconnaît maintenant l'importance cruciale que revêtent les partenariats pour la gouvernance et combien les partenariats entre parties prenantes peuvent favoriser ou non les progrès vers les objectifs fondamentaux du développement que sont la dignité, les droits de l'homme, l'égalité et la durabilité⁴⁸².

643. Les États ont la responsabilité d'élaborer et d'appliquer des lois, des politiques et des programmes fondés sur la transparence et assortis d'objectifs clairs, de repères et d'allocations budgétaires suffisantes ainsi que de systèmes de suivi et d'évaluation. Le suivi et l'évaluation de l'application des lois, des politiques et des programmes doivent reposer sur des informations et des données globales, fiables, accessibles et transparentes recueillies périodiquement. La plupart des données existantes sont sous-utilisées, en particulier dans les pays en développement, et ne sont pas suffisamment prises en compte pour la planification, la budgétisation ou l'évaluation du développement, d'où la nécessité de nouveaux investissements en faveur du renforcement des capacités.

644. En tant que pierre angulaire de la bonne gouvernance, le respect du principe de responsabilité exige la volonté politique, des institutions publiques efficaces et des lois, des politiques, des institutions et des procédures qui encouragent la participation libre, active et éclairée de tous, sans discrimination. Le respect du principe de responsabilité représente un recentrage sur les droits auxquels chacun peut prétendre, plutôt que sur les besoins. Ce changement d'orientation pourrait transformer les rapports de force entre les hommes et les femmes, entre les prestataires et les utilisateurs de services, et entre l'État et les citoyens. Il est fait obligation à l'État de respecter et protéger les droits de l'homme et d'en assurer l'exercice. En outre, il faut mettre en place des mécanismes de recours en cas de violation ou de risque de violation des droits de toute personne.

645. La Conférence internationale sur la population et le développement a suscité un élan en faveur de la création et de la redynamisation des institutions, notamment celles qui traitent des questions de population et de développement durable, des besoins des adolescents et des jeunes, ainsi que de l'autonomisation des femmes et de l'égalité des sexes. On a constaté au cours des 20 dernières années un accroissement sensible de la participation des bénéficiaires cibles à la planification et à l'évaluation des investissements en faveur d'activités découlant de la

⁴⁸² Rapport du Secrétaire général intitulé « Une vie de dignité pour tous : accélérer les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et dans la définition du programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015 » (A/68/202); rapport de l'Équipe spéciale du système des Nations Unies sur le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015, intitulé « Réaliser l'avenir que voulons pour tous » (2012).

Conférence internationale, grâce à la reconnaissance et à l'intégration des vastes réseaux de la société civile et d'organisations non gouvernementales.

646. Les ressources consacrées au développement ont fait l'objet d'un profond recentrage, provoqué par la crise du VIH, les engagements des donateurs en faveur des objectifs du Millénaire pour le développement, la crise économique de 2008 et l'émergence de nouveaux gouvernements donateurs ainsi que de bailleurs de fonds privés et de fondations extrêmement influents. Les flux de ressources en faveur d'activités découlant de la Conférence internationale sur la population et le développement en ont énormément pâti, et l'ordre du jour a été façonné par les nouvelles sources de financement.

647. Ces changements – l'intégration croissante de la dynamique des populations dans la planification du développement, la participation et la coopération accrues à l'élaboration des politiques, la modification des flux de ressources et l'importance croissante à l'échelle mondiale des systèmes de responsabilisation pour les droits de l'homme et le développement – offrent la possibilité d'assurer une gouvernance fondée sur des données factuelles, transparente, responsable et efficace au-delà de 2014.

A. Mise en place d'institutions publiques liées au Programme d'action

648. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement appelle les gouvernements à mettre en place les institutions voulues pour assurer la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités relatives à la population et au développement. Dans le questionnaire de l'enquête mondiale, il est demandé aux gouvernements d'indiquer s'ils ont « mis en place des entités institutionnelles chargées des questions relatives à l'interaction entre population et développement durable ». Le Programme d'action mentionnait 11 principaux domaines d'intervention : dynamique de la population et développement durable; égalité des sexes et autonomisation des femmes; personnes âgées; adolescents et jeunes; personnes handicapées; peuples autochtones; urbanisation et migrations internes; migrations internationales; famille; santé et droits en matière de sexualité et de procréation; et éducation.

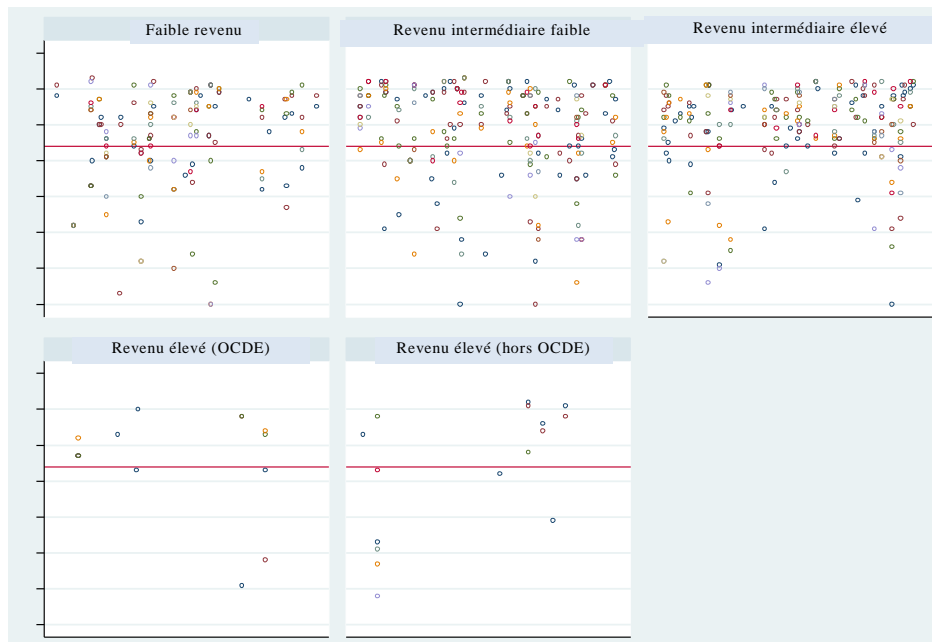
649. Il a été demandé aux pays d'indiquer l'année de création de ces institutions. La majorité a indiqué que diverses institutions avaient été créées au cours des 30 à 50 dernières années, certaines étant en place depuis le siècle dernier.

650. Dans le cas de 3 des 11 thèmes – dynamique de la population et développement durable; égalité des sexes et autonomisation des femmes; et adolescents et jeunes – la multiplication des institutions dans les années 90 était notable, ce qui donne à penser que la Conférence internationale sur la population et le développement et les conférences connexes, notamment la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (1992) et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995), ont favorisé l'expansion ou le réaménagement des institutions chargées du développement dans les pays. Les figures 52, 53 et 54 illustrent ces tendances. Les pays ont été regroupés selon le classement par catégorie de revenu de la Banque mondiale, et pour chaque catégorie de revenu un rond représente une institution. La hauteur du rond représente la création de l'institution et les institutions d'un même pays sont alignées

verticalement. La ligne horizontale représente 1994, étant entendu que la Conférence internationale sur la population et le développement n'était que l'une des conférences internationales consacrées au développement organisées dans les années 90. La création ou le réaménagement des institutions est à prendre tel quel, aucune indication n'étant donnée quant au budget, aux effectifs ou au mandat des institutions énumérées.

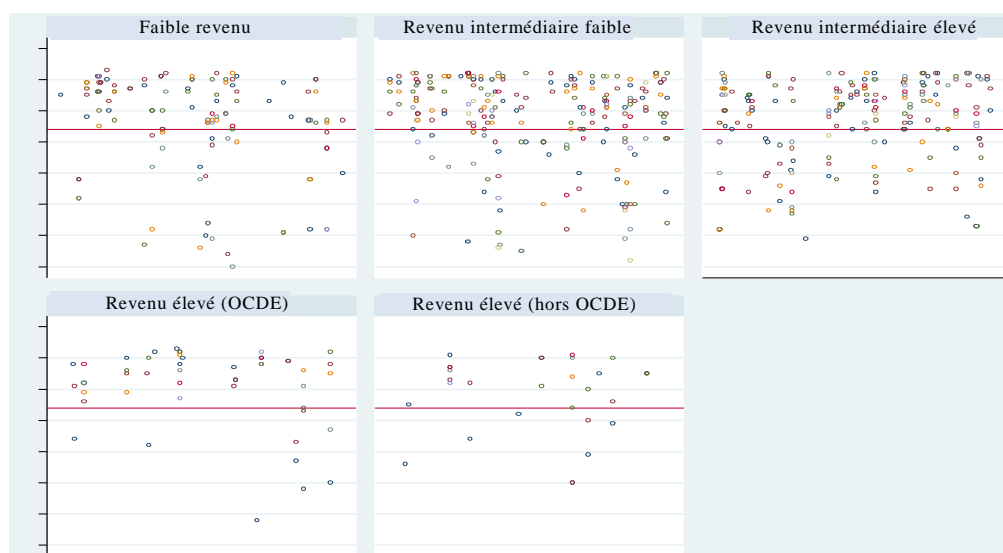
Figure 51

Mise en place d'institutions chargées des questions de population, de croissance économique soutenue et de développement durable, par groupe de pays classés selon le revenu et année de création



Source : Enquête mondiale sur la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014 (2012).

Figure 52
Mise en place d'institutions chargées des besoins des adolescents et des jeunes, par groupe de pays classés selon le revenu et année de création



Source : Enquête mondiale sur la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014 (2012).

Figure 53
Mise en place d'institutions chargées des questions d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes, par groupe de pays classés selon le revenu et année de création

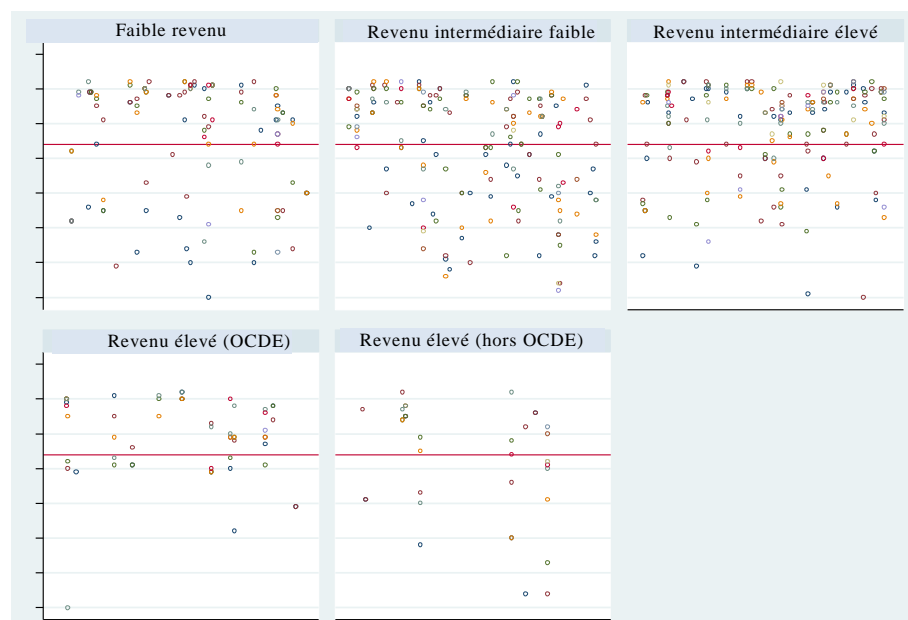


Source : Enquête mondiale sur la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014 (2012).

651. D'une manière générale, il ressort des données que le nombre d'institutions chargées de l'égalité des sexes, des adolescents et des jeunes ainsi que de la population et du développement durable a relativement augmenté depuis les années 90, ce qui ne semble pas être le cas des nouvelles institutions chargées des huit autres thèmes. L'éducation est un exemple des thèmes pour lesquels les gouvernements ont indiqué que de nombreuses institutions ont été mises en place pendant la deuxième moitié du XX^e siècle et la première décennie du XXI^e siècle (voir fig. 54), sans prolifération explicite depuis les années 90.

Figure 54

Mise en place d'institutions chargées de l'éducation, par groupe de pays classés selon le revenu et année de création



Source : Enquête mondiale sur la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014 (2012).

652. Les nuages de points indiquent que les pays en développement ont créé plus d'institutions que les pays riches, ce qui laisse à penser que les pays en développement ne disposaient pas d'institutions consacrées aux jeunes et à l'autonomisation des femmes ou à la planification de la population avant les années 90, alors que les pays riches ont pu auparavant mettre en place (ou systématiser) de telles institutions. Les institutions sont utiles mais pas suffisantes pour assurer le développement dans de nouveaux domaines, et les progrès en matière d'intégration de la dynamique des populations, par exemple, dans la planification du développement aux niveaux national et infranational exigerait non seulement des institutions compétentes mais aussi la capacité nécessaire pour produire et utiliser effectivement les données démographiques dans de multiples secteurs.

653. Les pays devraient mettre en place des institutions et les renforcer afin de disposer de la capacité nécessaire pour intégrer efficacement la dynamique de la population dans la planification du développement axé sur les droits,

l'efficacité et la responsabilisation, notamment pour assurer une coordination efficace de tous les organismes sociaux et de planification compétents.

B. Renforcer le secteur des connaissances dans le cadre du Programme d'action

654. Tout développement durable est impossible en l'absence de gouvernance reposant sur des observations factuelles. Pour qu'elle soit effective, il faut de bonnes statistiques pour surveiller les progrès et responsabiliser les dirigeants par rapport aux activités menées et aux résultats obtenus. Tout investissement dans les capacités statistiques sur les plans de la démographie, de la santé publique, des droits de l'homme, des migrations, de la croissance économique, de l'emploi et des changements climatiques permet de comprendre les synergies entre eux et l'incidence qu'ils ont sur le développement durable et d'influencer ainsi l'élaboration des politiques.

655. Face à l'inégalité croissante dans les pays et pour mieux cibler les populations vulnérables et être à même de recueillir les fruits du développement pour tous, il devient de plus en plus nécessaire de disposer de projections et de données locales et infranationales. Cette responsabilité revient en grande partie aux bureaux de statistique nationaux qui sont chargés de brasser de grandes quantités de données provenant notamment des recensements, des enquêtes, des registres d'état civil et des institutions administratives, qui permettent de surveiller les indicateurs du développement. Le Programme d'action axé sur l'intégration des données démographiques à la planification du développement (par. 3.4) n'a pas atteint son objectif, ces 20 dernières années, bien qu'il ait fait l'objet d'une élaboration détaillée et revête une certaine importance pour accéder à un développement sans discrimination. Aucun mouvement social clairement défini ne s'est préoccupé de faire avancer un programme plus orienté vers la technologie à l'échelle des systèmes, tandis que l'impulsion donnée à la création de centres universitaires, de groupes de réflexion et de ministères ou départements plus influents au sein du gouvernement n'a pas été soutenue. Il faut forger des liens plus solides entre les bureaux de statistique nationaux, les chercheurs universitaires et les ministères (de la santé, du plan, des finances, de l'environnement et autres). Si les bureaux de statistique nationaux ont fait des avancées considérables en matière de collecte de données démographiques ventilées ces 20 dernières années, beaucoup de pays n'ont pas de mécanismes établis pour communiquer directement des données démographiques à des ministères d'exécution en fonction de besoins précis; et il n'existe aucune possibilité de les analyser ou de tirer parti de partenariats solides entre les chercheurs universitaires et les hauts responsables.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 27

Consolider le secteur des connaissances

Instrument contraignant. Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme soulignent combien il importe de collecter des données et des statistiques aux fins de la planification de programmes

reposant sur des données probantes. Par exemple, l'article 31 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006; entrée en vigueur en 2008) dispose que « les États parties s'engagent à recueillir des informations appropriées, y compris des données statistiques et résultats de recherches, qui leur permettent de formuler et d'appliquer des politiques visant à donner effet à la Convention. Les procédures de collecte et de conservation de ces informations respectent [...] les normes internationalement acceptées de protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales et les principes éthiques qui régissent la collecte et l'exploitation des statistiques [...] Les informations recueillies conformément au présent article sont désagrégées, selon qu'il convient [...] »

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Le Conseil des droits de l'homme a adopté des résolutions sur la liberté d'expression, y compris sur la liberté d'information. Dans sa résolution 12/16 de 2009 sur la liberté d'opinion et d'expression, il insiste sur « l'importance du respect intégral de la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations, ainsi que l'importance capitale de l'accès à l'information pour la participation démocratique, le contrôle public et la lutte contre la corruption ».

Autres textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. L'objectif stratégique H.3 de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) a préconisé la production et la diffusion de « données et d'informations ventilées par sexe aux fins de planification et d'évaluation » et demandé à l'ONU de « promouvoir la mise au point de méthodes permettant de mieux collecter, collationner et analyser des données concernant les droits fondamentaux des femmes, et notamment la violence à leur égard, à l'intention de tous les organismes compétents des Nations Unies » [par. 208 a)].

Dispositions non contraignantes. D'après les *Principes directeurs sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme* (2012) les « États devraient veiller à ce que la conception et la mise en œuvre des politiques publiques, y compris des mesures budgétaires et financières, tiennent compte des données ventilées et des informations actualisées sur la pauvreté ».

1. État civil

656. Les enregistrements des faits d'état civil et les statistiques qui en résultent sont des biens collectifs fondamentaux qui profitent aux personnes et favorisent la bonne gouvernance. Les actes de l'état civil sont la consignation obligatoire, permanente, continue et universelle des événements d'état civil et de leurs caractéristiques. L'enregistrement officiel des naissances, décès, mariages, divorces et adoptions permet à chacun de faire reconnaître, pièces justificatives à l'appui, son identité juridique, ses liens de famille, sa nationalité et les droits y afférents. Dans la plupart des pays, ces registres constituent également une source de statistiques de l'état civil

et permettent d'anticiper les besoins et d'exercer un contrôle en la matière dans tous les secteurs du développement, y compris celui de la santé.

657. Le fait que les organisations actives dans le développement international et les droits de l'homme reconnaissent l'importance de l'identité juridique a permis de médiatiser davantage l'enregistrement des naissances en tant que question touchant aux droits de l'homme. Si la plupart des pays développés ont désormais une couverture universelle, dans les pays développés, seul un tiers des naissances est enregistré, malgré une augmentation de près de 30 % depuis 2000⁴⁸³. L'enregistrement des naissances⁴⁸⁴ est le plus faible en Asie du Sud (39 % des naissances y sont enregistrées) et en Afrique subsaharienne (44 %), avec des taux inférieurs à 10 % en Éthiopie, au Libéria et en Somalie⁴⁸³. Dans les pays où l'enregistrement des naissances est incomplet, les ruraux et les ménages les plus pauvres sont les plus désavantagés⁴⁸³. Par exemple, l'écart dans l'enregistrement des naissances entre les zones urbaines et rurales peut être supérieur à 40 % en Guinée et au Niger, tandis que l'écart entre les ménages faisant partie du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche peut être supérieur à 50 % en Guinée, en Mauritanie, au Nigéria, en République-Unie de Tanzanie et au Soudan.

658. Les problèmes entourant l'enregistrement des faits d'état civil touchent souvent les femmes de façon disproportionnée. Par exemple, celles qui ont du mal à enregistrer la naissance d'un enfant en l'absence d'un proche de sexe masculin ne peuvent souvent pas demander une aide financière et sociale pour leur progéniture, ou encore la nationalité. Les recherches réalisées par Plan International ont révélé l'existence de lois à caractère discriminatoire qui empêchent une femme d'enregistrer elle-même ses enfants ou encore de leur transmettre sa nationalité. Elles montrent également que la discrimination a lieu dans la pratique, même lorsque la législation ne fait pas de différence entre les sexes⁴⁸⁵. Par exemple, au Brésil, en Équateur, en Inde, au Népal, au Pakistan, en République démocratique populaire lao, en République dominicaine et au Soudan, d'après la loi, lorsque l'accouchement se déroule à domicile, la responsabilité première d'enregistrer la naissance incombe au chef de famille, ce qui veut dire, dans la plupart des cas, au mari ou, si la femme est célibataire, à un proche de sexe masculin. Rarement la femme est chef de ménage, ce qui veut dire qu'elle aura du mal à enregistrer son propre enfant⁴⁸⁵. Plusieurs études ont révélé également combien il était important d'enregistrer les faits d'état civil pour pouvoir accéder à des services en cas de conflit ou de catastrophe. Les rescapées et leurs enfants ont notamment du mal à prouver leur identité, lorsqu'elle est principalement établie par des proches de sexe masculin⁴⁸⁶.

⁴⁸³ UNICEF, *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration* (New York, 2013), p. 40 à 43.

⁴⁸⁴ Calculé sur la base du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui avaient été enregistrés au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend ceux dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur et ceux dont la mère ou le tuteur a dit que la naissance avait été enregistrée.

⁴⁸⁵ R. M. M. Wallace *et al.*, *Mother to Child: How Discrimination Prevents Women Registering the Birth of their Child* (Plan International and Perth College, UHI Centre for Rural Childhood, 2009).

⁴⁸⁶ A. M. Azarian et M. Pelling, « Social resilience of post-earthquake Bam »; disponible à l'adresse suivante : www.arber.com.tr/aesop2012.org/arkakapi/cache/absfilAbstractSubmissionFullContent1071.docx.

659. Les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil se distinguant par une couverture universelle et la continuité constituent une source incomparable de statistiques de l'état civil, par rapport à d'autres méthodes de collecte de données. Mais s'agissant du nombre de pays dans le monde qui fournissent des statistiques de qualité fondées sur un enregistrement universel des actes d'état civil, on constate très peu d'améliorations, ces 30 dernières années⁴⁸⁷. Pour l'heure, sur les 193 États Membres de l'ONU, seuls 109 (56 %) ont une couverture complète⁴⁸⁸ (supérieure à 90 %) de l'enregistrement des naissances et 99 (51 %) de l'enregistrement des décès⁴⁸⁹. L'Europe a pour particularité d'être la seule région à avoir un enregistrement complet des naissances et des décès. En revanche, seuls 10 pays d'Afrique ont un enregistrement complet des naissances (19 % des 54 pays de la région) et 5 un enregistrement complet des décès (9 %). Dans les autres régions, la proportion de pays qui ont un enregistrement complet des naissances et des décès va de moins de la moitié à moins des deux tiers.

660. Qui plus est, le nombre de pays fournissant des données de qualité sur les causes de décès, tirées des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil, va en s'amenuisant. Une analyse de la disponibilité des données de 1996 à 2005⁴⁹⁰ montre par exemple que seuls 13 % des pays ont fourni des données de grande qualité sur les causes de décès (soit 90 % à 100 % d'exhaustivité, utilisation d'une version récente de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès de l'OMS, alors qu'un nombre inférieur à 10 % a été vague pour ce qui était de définir les causes de décès). À titre de comparaison, 72 % de pays n'ont pas communiqué à l'OMS de données sur les causes de décès ou en ont transmis de piètre qualité ou à usage limité. Les 15 % de pays restants avaient des données de qualité moyenne.

661. Dans les pays dotés de systèmes inadéquats d'enregistrement des faits d'état civil, les lacunes dans les données relatives aux naissances, aux décès et aux causes de décès ont été comblées ces 20 dernières années grâce à des estimations ou des extrapolations faites à partir d'enquêtes sur les ménages, de recensements démographiques ou de sites de suivi démographique. Ces systèmes de collecte de données parallèles sont tolérés comme pouvant se substituer raisonnablement, à titre provisoire, à l'enregistrement des faits d'état civil, exception faite de l'évaluation des causes de décès. Ils ne constituent cependant aucunement une solution de

⁴⁸⁷ P. W. Setel *et al.*, « A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone », *The Lancet*, vol. 370, n°9598 (2007), p. 1569 à 1577; P. Mahapatra *et al.*, « Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities », *The Lancet*, vol. 370, n°9599 (2007), p. 1653 à 1663.

⁴⁸⁸ Pour évaluer la couverture, on se fonde sur les notifications fournies par les intéressés sur la qualité et l'étendue des registres d'état civil obtenus auprès des bureaux de statistique nationaux de la Division de statistique des Nations Unies, complétées par des renseignements fournis par les intéressés au cours d'ateliers sur les statistiques de l'état civil organisés par la Division de statistique. En l'absence de renseignements fournis par les intéressés, on recourt à des sources complémentaires, y compris l'Institut international de l'état civil et des statistiques, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF, le Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé et de l'Organisation mondiale de la Santé.

⁴⁸⁹ Analyse fondée sur des données fournies provenant de la Division de statistique, 2012; voir http://unstats.un.org/unsd/demographic/CRVS/CR_coverage.htm (consulté en décembre 2013).

⁴⁹⁰ Mahapatra *et al.*, « Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities ».

rechange à long terme à l'élaboration de systèmes nationaux complets d'enregistrement des faits d'état civil, capables de fournir, en temps réel et de manière continue, des données aux niveaux les plus désagrégés, de façon à faciliter la bonne marche du gouvernement⁴⁹¹.

2. Recensements de la population

662. Un recensement démographique est la source première de l'information sur la taille, la répartition et les caractéristiques de la population d'un pays et la base de calcul, d'estimation et de projection d'un ensemble d'indicateurs nécessaires à des fins d'élaboration, de planification et d'administration de politiques dans tous les secteurs du développement. Les recensements peuvent éventuellement fournir des données aux niveaux géographiques les plus faibles dans les pays souffrant de lacunes dans les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil; les recensements démographiques et les enquêtes sur les ménages fournissent des statistiques indispensables sur les événements⁴⁹².

663. Les recensements démographiques couvrent divers sujets. Dans la série de recensements de 2010, des données sur les caractéristiques démographiques de base (âge, sexe, situation de famille, taux d'activité et profession) ont été recueillies dans pratiquement tous les pays qui avaient procédé à des recensements⁴⁹³. Les migrations ont également été évoquées dans une majorité de pays, le plus grand nombre d'entre eux ayant posé des questions sur les migrations internationales, comparées aux migrations internes. Les caractéristiques du niveau de scolarité figuraient en tête de liste, avec des données sur la fréquentation et les diplômes scolaires obtenus dans une majorité de pays dans toutes les régions, et sur l'alphabétisation dans une majorité de pays en Afrique, en Amérique du Sud et en Asie. Des données sur l'existence d'un handicap ont été réunies par une majorité de pays dans toutes les régions, sauf en Europe⁴⁹³.

664. La couverture du recensement de la fécondité et de la mortalité était la plus faible en Europe et la plus forte en Afrique, ce qui reflète les différences régionales sur le plan de la disponibilité de statistiques d'état civil. Par exemple, les données sur les décès dans les ménages, les 12 derniers mois (sujet lié à la mortalité maternelle) étaient plus complètes en Afrique (74 % de pays) et en Asie (48 %) qu'en Europe⁴⁹³. Bien que certains pays aient intégré des questions sur la mortalité maternelle dans leurs recensements de 2000, le nombre de ceux qui ne l'avaient pas fait avait considérablement augmenté au cours de la série de recensements de 2010.

665. S'agissant du Programme mondial de recensements de 2010, la Division de statistique rapporte que seuls 7 des 193 États Membres de l'ONU n'avaient procédé à aucun recensement ou ne disposaient d'aucune information s'agissant de leurs

⁴⁹¹ Voir, par exemple, K. Hill *et al.*, « Interim measures for meeting needs for health sector data: births, deaths, and causes of death », *The Lancet*, vol. 370, n°9600, p. 1726 à 1735; ONU, Division de statistique, *Principes et recommandations pour un système de statistiques de l'état civil, troisième révision* (à paraître).

⁴⁹² *Principes et recommandations concernant les recensements de la population et des logements, deuxième révision*, études statistiques, série M, n°67/Rev.2 (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.07.XVII.8).

⁴⁹³ Évaluation basée sur l'analyse de 124 questionnaires de recensement (couvrant surtout les pays qui procèdent à des recensements traditionnels) menée par la Division de statistique, comme indiqué dans le document intitulé « Implementation of United Nations recommendations for population census topics in the 2010 round » (ESA/STAT/AC.277/4).

projets de recensement (au 1^{er} décembre 2013), comparés à 25 pays au cours de la série de recensements de 2000. D'après une enquête de la Division de statistique (juin 2013)⁴⁹⁴, il apparaît nettement que les pays se sont servis de moyens de recensement autres que les méthodes classiques et ont exploité les avancées techniques pour réduire les coûts et améliorer la qualité et l'actualité des données. Sur le plan des avancées techniques, on a recouru le plus au système d'information géographique (SIG), qui a avantage indéniablement la cartographie. Les capacités en pleine expansion du SIG et la facilitation de l'accès à l'imagerie et aux coordonnées du système de positionnement universel (GPS) ont permis d'améliorer considérablement la qualité des cartes produites à des fins de recensement. D'après les résultats de l'enquête, 75 pays (64 %) ont utilisé le SIG au cours de la série de recensements de 2010, qui a été le type de technologie le plus utilisé, notamment en Afrique, en Amérique du Nord et en Asie. On recourt également de plus en plus fréquemment aux technologies pour accélérer la diffusion des données démographiques, y compris la codification assistée par ordinateur (49 % de pays), Internet (43 %), la reconnaissance optique de caractères (42 %), la reconnaissance optique de marques (33 %) et autres méthodes d'imagerie et de numérisation (38 %)⁴⁹⁵.

666. La diffusion a été le point le plus faible de la série de recensements de 2000, ce qui a d'importantes conséquences pour les politiques publiques et l'intégration de l'utilisation de la dynamique des populations dans la planification du développement. Les données démographiques ont été diffusées au moyen de divers médias, y compris les CD-ROM et les DVD, les pages Web statiques, les bases de données électroniques et les outils de cartographie en ligne s'aidant du SIG, mais beaucoup de pays en développement n'ont pas réussi à diffuser pleinement les résultats des recensements, du fait qu'ils recouraient principalement à des publications sur support papier (52 % de pays), suivies de pages Web statiques (28 %) et de bases de données interactives (14 %). Dans la région Afrique, les publications sur support papier sont la méthode utilisée par la majorité des pays (89 %), suivie des pages Web statiques (8 %). En Europe, c'est le contraire : les pages Web statiques (39 %) et les bases de données interactives (36 %) sont en tête, suivies des publications sur support papier (22 %). L'Amérique du Sud a le pourcentage le plus élevé de pays utilisant des bases de données interactives (43 %) pour diffuser des données démographiques, suivies des pages Web statiques (29 %), des publications sur support papier et des CD-ROM et DVD (14 %)⁴⁹⁵.

667. La baisse du nombre d'experts en recensement et de démographes qui soient disponibles dans les bureaux de statistique nationaux des pays en développement pour mener des recensements et les analyser suscite des inquiétudes, qui méritent d'être analysées plus avant.

668. Les États doivent renforcer les capacités nationales en matière de production, de diffusion et d'utilisation efficace des données sur la dynamique des populations, y compris celles tirées de l'enregistrement des naissances et des

⁴⁹⁴ « Mid-decade assessment of the United Nations 2010 World Population and Housing Census Programme, préparé par l'United States Bureau of Census (ESA/STAT/AC.277/1).

⁴⁹⁵ Division de statistique, « Overview of national experiences for population and housing censuses of the 2010 round » (2013); et Programme mondial de recensements de la population et des logements (2010), disponible à l'adresse suivante : http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/default.htm

décès, des recensements et des enquêtes témoins périodiques. Il faut accorder l'attention requise aux besoins en matière de perfectionnement professionnel et de formation des jeunes démographes, notamment aux nouvelles technologies.

669. Les États et les institutions internationales doivent consolider les mesures visant à améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des données et mettre celles qui ont notamment trait à la population, à la santé et au développement dans le domaine public pour faciliter l'échange et l'exploitation des connaissances.

3. Enquêtes

670. Les enquêtes sur les ménages portant sur des données démographiques et sanitaires sont une source appréciable d'information dans le domaine du développement depuis les années 70 et fournissent des données démographiques essentielles pour les pays ne disposant pas d'un système fiable d'enregistrement des faits d'état civil.

671. Les enquêtes démographiques sur les ménages, qui constituaient à l'origine l'Enquête mondiale sur la fécondité, étaient déjà, depuis les années 80, une des sources les plus précieuses au monde pour obtenir des données comparables sur le plan national en matière de fécondité, de santé maternelle et de santé infanto-juvénile. Elles ont été élargies tout au long des années 90 pour intégrer de nouvelles données sur la sexualité, la procréation et l'égalité des sexes, y compris les mutilations et ablations génitales féminines, le comportement et les connaissances liés au VIH et englober les jeunes, les adultes célibataires, hommes et femmes, voire des marqueurs biologiques de la santé, dans certains pays. De même, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples fournissent des données comparables sur le plan international sur la situation des enfants et des mères, tandis que les enquêtes démographiques sur les ménages et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples apportent un éclairage complémentaire dans beaucoup de pays en développement, bien qu'elles ne soient pas pleinement comparables sur le plan de la mise en œuvre.

672. Bien que les enquêtes sur les ménages recouvrent désormais nombre de questions liées à la santé et à la population, des lacunes demeurent, par exemple sur la santé des jeunes adolescents (les 10 à 14 ans) et des personnes âgées, les comportements migratoires et l'attitude au sein des ménages à l'égard de la durabilité de l'environnement, entre autres. De même, si les données permettent une vaste stratification entre les pays et à l'intérieur des pays et tiennent compte des différences entre les zones rurales et urbaines, il est généralement impossible d'entreprendre une désagrégation spatiale plus poussée des données en fonction des zones rurales les plus reculées, des zones périurbaines, des hameaux, des villes moyennes ou des mégalo-pôles, par exemple.

673. Les données provenant des enquêtes démographiques sur les ménages et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples, qui sont essentielles à la consolidation des connaissances publiques, sont en libre accès, avec des programmes de compilation, qui en facilitent l'utilisation. Des incertitudes fondamentales entourent la représentativité des enquêtes sur les ménages, du fait que les cadres d'échantillonnage se fondent sur les derniers recensements en date, qui ne sont pas toujours d'actualité. Ces enquêtes sur les ménages continuent cependant d'être fort utiles pour obtenir des estimations de données démographiques et sanitaires clefs, dans des pays où aucune autre donnée comparable de ce type n'est disponible.

Améliorations des données sur la santé sexuelle et reproductive

Une des difficultés majeures après la Conférence internationale sur la population et le développement a été de trouver des façons d'améliorer la santé sexuelle et reproductive, en l'absence de données fiables sur l'épidémiologie qui s'y rapporte, notamment dans les pays en développement. Si le Programme d'action a défini au sens large un ensemble clef de services en matière de santé sexuelle et reproductive, beaucoup de pays ne disposaient pas de données relatives aux besoins absolus ou relatifs chez eux, ce qui leur aurait permis d'établir des priorités et de s'attaquer aux problèmes suscitant les fardeaux les plus lourds en matière de mauvaise santé sexuelle ou reproductive. Des données fiables étaient les moins disponibles là où le fardeau de la maladie semblait le plus lourd.

D'après des études réalisées en milieu rural en Inde⁴⁹⁶ et en Égypte⁴⁹⁷ au début des années 90, il a semblé qu'un nombre important de cas de morbidité liés à la santé sexuelle et reproductive parmi les populations pauvres n'avait pas été signalé, mais aucun suivi n'a été fait à l'échelle de la population en 1994, mis à part d'importantes estimations de la mortalité maternelle tirées des registres d'état civil, des enquêtes démographiques sur les ménages et des études sur la mortalité des personnes en âge de procréer. L'absence, en Afrique, de données sur la morbidité liée à la santé reproductive dans les années 90 était particulièrement frappante, du fait que des études de portée limitée semblaient suggérer que le continent avait l'un des taux les plus élevés de morbidité maternelle et de mortalité infantile dans le monde, d'autant que l'on savait que l'accès des femmes aux soins de santé était restreint⁴⁹⁸.

Un des progrès les plus importants depuis la Conférence internationale a été l'élargissement de la portée et l'amélioration de la qualité des données disponibles qui ont trait aux épidémiologies et aux comportements relatifs à la santé sexuelle et reproductive, fournies par

⁴⁹⁶ R. A. Bang *et al.*, « High prevalence of gynecological diseases in rural Indian women », *The Lancet*, vol. 333, n° 8629 (1989), p. 85 à 88.

⁴⁹⁷ H. Zurayk *et al.*, « Comparing women's reports with medical diagnoses of reproductive morbidity conditions in rural Egypt », *Studies in Family Planning*, vol. 26, n°1 (1995), p. 14 à 21; N. Younis *et al.*, « A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt », *Studies in Family Planning*, vol. 24, n°3 (1993), p. 175 à 186.

⁴⁹⁸ T. Boerma, « The magnitude of the maternal mortality problem in sub-Saharan Africa », *Social Science and Medicine*, vol. 24, n° 6 (1987), p. 551 à 558; J. C. Anosike *et al.*, « Trichomoniasis amongst students of a higher institution in Nigeria », *Applied Parasitology*, vol. 34, n°1 (1993), p. 19 à 25; K. Harrison, « Childbearing, health and social priorities: a survey of 22 774 consecutive hospital births in Zaria, northern Nigeria », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 92, Suppl. 5 (1985), p. 1 à 119; W. A. Cronin, M. G. Quansah and E. Larson, « Obstetric infection control in a developing country », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 22, n° 2 (1993), p. 137 à 144; P. Bimal Kanti, « Maternal mortality in Africa: 1980-87 », *Social Science and Medicine*, vol. 37, n° 6 (1993), p. 745 à 752; P. Thonneau *et al.*, « Risk factors for maternal mortality: results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea) », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 39, n° 2 (1992), p. 87 à 92.

les pays en développement, y compris l'extension et le perfectionnement des mesures de résultat dans les enquêtes démographiques sur les ménages, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les enquêtes nationales sur la santé familiale, la multiplication des sites de suivi démographique et les mesures importantes en matière de contrôle qui ont été prises pour surveiller le fardeau du VIH/sida, y compris l'intensification de la recherche sur le comportement sexuel, motivée par l'action visant à réduire les transmissions sexuelles⁴⁹⁹, qui n'est pas encore systématique à l'échelle mondiale.

La portée et la qualité laissent encore à désirer, tout particulièrement s'agissant d'événements qui suscitent la réprobation tels que l'avortement, la violence interpersonnelle, les infections sexuellement transmises, la fistule obstétricale, les morbidités liées à l'incontinence, les douleurs durant les rapports sexuels et les dysfonctionnements sexuels. L'absence de suivi dans le monde des maladies sexuellement transmises est d'autant plus choquante que tout porte à croire que les cas d'infections sexuellement transmises ont augmenté depuis 1994. De plus, avec la progression de l'urbanisation, les classifications relatives aux zones rurales et aux zones urbaines ne permettent plus d'analyser judicieusement les écarts sur le plan de la santé. Il faut des typologies spatiales poussées, notamment sur les mégapoles, les hameaux, les villes moyennes et les zones rurales très reculées, entre autres.

674. Si les enquêtes démographiques sur les ménages et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples offrent des données de base sur la santé de la population pour le plus grand nombre possible de pays en développement, d'autres enquêtes multinationales sur les ménages comme les Études de la mesure des niveaux de vie de la Banque mondiale produisent généralement des données représentatives sur le plan national sur des questions complémentaires telles que les revenus, les dépenses et le bien-être des ménages, ce qui favorise les analyses comparatives entre les pays.

675. Le suivi de certains résultats sur la santé sexuelle et reproductive a été universalisé depuis 2000 ou 2005, après qu'ils ont été intégrés aux indicateurs, l'objectif étant de surveiller les progrès sur le plan de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, mais le choix d'indicateurs correspondants a reçu un accueil mitigé de la part des experts en évaluation.

676. Les enquêtes d'opinion peuvent s'avérer fort utiles pour prendre le pouls de l'opinion publique s'agissant de dimensions clefs du développement telles que l'attitude à l'égard de l'égalité des sexes ou de l'égalité raciale, la confiance dans l'État ou les autorités religieuses et la croyance en la participation publique et en la démocratie. Beaucoup d'entreprises exigent des honoraires élevés pour réaliser ce type de sondages. L'Enquête mondiale sur les valeurs consiste en enquêtes

⁴⁹⁹ M. Hunter, « Cultural politics of masculinities: multiple partners in historical perspective in KwaZulu-Natal », in *Men Behaving Differently: South African Men since 1994*, G. Reid et L. Walker, éd. (Cape Town: Double Storey Books, 2005), p. 139 à 160; I. A. Doherty *et al.*, « Determinants and consequences of sexual networks as they affect the spread of sexually transmitted infections », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 191, n°1 (2005), p. S42 à S54.

nationales représentatives sur les valeurs et les croyances individuelles, réalisées auprès de plusieurs groupes de population, ainsi que les valeurs relatives aux droits de l'homme. La dernière série d'enquêtes comprend notamment un module sur les attitudes à l'égard des personnes âgées et leur valeur par rapport à la société. L'Enquête mondiale sur les valeurs a été menée dans une centaine de pays et sera menée à nouveau dans certains. Les conclusions au sujet des attitudes sont fort utiles pour les décideurs qui veulent cerner les domaines où les préjugés et la discrimination sont les plus ancrés, ainsi que les groupes de personnes vulnérables.

677. Les États doivent intégrer dans leurs statistiques nationales une mesure des valeurs et des attitudes du public à l'égard de l'égalité des sexes, de l'âgisme, du racisme et d'autres formes de discrimination. Ces données peuvent aider à déterminer les conditions et les situations de préjugés extrêmes et à faciliter une protection sociale et une action pour lutter contre la discrimination.

4. Utilisation des données aux fins de la planification du développement

678. La réalisation d'enquêtes aux fins de la planification du développement permet de porter à la connaissance du public des renseignements d'une grande utilité, mais l'efficacité des résultats dépend de la capacité des autorités nationales, des universitaires locaux et des organisations non gouvernementales d'analyser les données et de s'en servir pour prendre des décisions, ce qui pose des problèmes persistants, dans les pays en développement.

679. Un pourcentage élevé de pays (88 %) a indiqué dans l'Enquête mondiale avoir mené au cours des cinq dernières années des recherches sur la dynamique des populations à des fins de planification (Amériques : 94 %; Afrique : 92 %; Europe : 88 %; Asie : 85 %; Océanie : 71 %), mais seuls 49 % de pays ont établi un rapport couvrant les niveaux nationaux et infranationaux.

680. La mise en place d'évaluations périodiques de situation dans des domaines clefs permet aux pays de définir les besoins présents et futurs dans différents secteurs et groupes de population et est fondamentale pour mieux cerner les objectifs des politiques publiques. Si la proportion de pays qui ont mené des évaluations sectorielles ou démographiques de la situation a varié au cours des cinq dernières années en fonction du thème et de la région explorés, la question de la couverture continue de susciter l'inquiétude, rares étant ceux qui ont prévu une évaluation couvrant à la fois les niveaux national et infranational (voir tableau 4).

Tableau 4
Évaluation des situations, par thème, par région et par couverture

Thème	Proportion de pays dans chaque région ayant procédé à une évaluation aux niveaux national ou infranational ou les deux (pourcentage)						Proportion de pays ayant procédé à une évaluation aux niveaux à la fois national et infranational (pourcentage)
	Monde	Afrique	Amérique	Asie	Europe	Océanie	Monde
Besoins des adolescents et des jeunes	83	79	94	88	86	64	35
Besoins des personnes âgées	66	57	72	69	90	23	15

Thème	Proportion de pays dans chaque région ayant procédé à une évaluation aux niveaux national ou infranational ou les deux (pourcentage)						Proportion de pays ayant procédé à une évaluation aux niveaux à la fois national et infranational (pourcentage)
	Monde	Afrique	Amérique	Asie	Europe	Océanie	Monde
Besoins des personnes handicapées	75	65	69	82	94	54	18
Besoins des peuples autochtones	60	55	88	50	44	40	15
Migration interne ou urbanisation	73	54	84	80	95	62	28
Migrations internationales et développement	63	59	77	72	59	23	15
Besoins de la famille et composition de la famille	75	64	80	80	93	54	26
Santé sexuelle et reproductive et droits en matière de procréation	83	87	78	77	85	93	35
Besoins non satisfaits sur le plan de la planification de la famille	67	83	63	74	39	64	27
Égalité des sexes et autonomisation des femmes	86	87	91	88	97	46	29
Éducation	93	92	94	98	93	86	36

Source : Enquête mondiale menée dans le cadre de l'examen de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement en vue de déterminer la suite à donner au Programme après 2014.

681. Au vu du caractère central de l'égalité dans les objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement, l'une des recommandations clefs du Programme d'action a été la ventilation, en principe, de toutes les données pertinentes sur la santé et la société comme il convient par des facteurs pertinents tels que l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, les conditions locales et la richesse, aux fins de comprendre les disparités en matière de développement social et de permettre aux responsables d'y mettre un terme. Cette question a reçu une attention considérable au cours des conclusions et examens régionaux de la suite à donner au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014. Les enquêtes sur les ménages décrits ci-avant permettent cette ventilation à divers degrés.

682. Les études fondées sur une ventilation des données au niveau des districts, qui associent différentes sources à ce niveau à des fins de planification locale, sont particulièrement rares dans les pays en développement, tout comme les études cherchant à analyser les effets des migrations aux niveaux national et local. Les gouvernements ont par ailleurs du mal à procéder à des évaluations réalistes des tendances démographiques qui se dessinent. Il convient de noter tout particulièrement l'insuffisance des capacités de projeter et de planifier le rythme de la croissance urbaine.

683. Les États doivent veiller à mettre en place des mesures adéquates permettant de surveiller l'inégalité d'accès aux services publics et aux mécanismes de responsabilisation et d'information, y compris des échantillonnages qui permettent une stratification et des comparaisons par race, par appartenance ethnique, par âge (y compris les jeunes et les personnes âgées) et en fonction de la richesse du ménage, et de prêter davantage attention aux circonstances spatiales, notamment celles reflétant l'insécurité des lieux,

tels que les taudis ou les implantations sauvages, parmi les migrants récents et les déplacés.

5. Renforcement des capacités

684. La lacune la plus critique dans les pays en développement est peut-être que l'information, une fois établie par les secteurs producteurs de connaissances, ne parvient pas à ceux qui prennent les décisions alors même qu'elle est disponible. Depuis vingt ans, on s'efforce d'aider les pays à produire des statistiques de qualité et à les utiliser dans les décisions et la planification. Ces efforts s'expliquent en partie par l'augmentation de la demande de statistiques de meilleure qualité, pour mieux suivre les objectifs du Millénaire pour le développement; il y a aussi le fait que les donateurs d'aide internationale sont plus soucieux qu'auparavant de gestion axée sur les résultats⁵⁰⁰. L'amélioration de l'obtention même des données a joué un rôle décisif; elle a été rendue possible par des programmes internationaux d'enquêtes, notamment les enquêtes démographiques, les enquêtes sur les ménages, les enquêtes à indicateurs multiples en grappes et les enquêtes de l'Étude de la mesure des niveaux de vie et grâce aussi à l'aide internationale apportée à la planification et la réalisation des recensements de population du cycle 2010. Les principaux bénéficiaires de ces programmes statistiques sont les pays à faible revenu, dont les activités d'enquête sur les ménages sont médiocres et où l'état civil demeure lacunaire. Dans certains cas, ces investissements ne reflètent pas nécessairement un engagement véritable des gouvernements, ce qui laisse craindre qu'une fois l'aide internationale révolue, ces opérations statistiques ne soient pas durables⁵⁰¹.

685. On a déjà noté les progrès faits dans la capacité statistique, même dans les pays pauvres⁵⁰². Selon un indice de capacité établi par la Banque mondiale, la qualité des statistiques dans le monde s'est améliorée, passant de 52 en 1999 à 68 en 2009, sur un maximum de 100⁵⁰². Le nombre de pays qui se sont dotés d'une stratégie nationale de développement des statistiques a augmenté⁵⁰⁰ et le développement statistique a commencé à être considéré comme une priorité dans les programmes de développement national⁵⁰². À la fin d'octobre 2011, 101 pays participaient au système général de diffusion des données du FMI⁵⁰². La capacité de produire des données permettant de suivre les objectifs du Millénaire pour le développement, par exemple, a considérablement augmenté, bien que les données utilisées pour établir certains indicateurs reposent sur des estimations et sur une modélisation effectuée par les organismes internationaux et non pas par les pays eux-mêmes. En 2003, quatre pays seulement (2 % des 163 pays où l'information était disponible) comportaient au moins deux données ponctuelles, pour quelque 16 à 22 indicateurs; en 2006, on était passé à 104 pays (64 %) et en 2011 à 122 pays (75 %)⁵⁰³.

686. Néanmoins, deux problèmes mentionnés déjà dans le Programme d'action, la qualité et la couverture de l'information de référence, demeurent préoccupants. Par

⁵⁰⁰ Partenariat statistique au service du développement au XXI^e siècle (PARIS21), « Statistiques pour la transparence, la responsabilisation et les résultats : Plan d'action de Busan pour la statistique » (novembre 2011).

⁵⁰¹ S. Chen *et al.*, « Towards a post-2015 framework that counts: developing national statistical capacity », document de recherche n^o 1 [Partenariat statistique au service du développement au XXI^e siècle (PARIS2, novembre 2013)].

⁵⁰² Rapport de la Banque mondiale sur les efforts faits pour élaborer un plan d'action de développement des statistiques.

⁵⁰³ Rapport du Secrétaire général sur les indicateurs du développement permettant de suivre les objectifs du Millénaire pour le développement (E/CN.3/2012/29 et Corr.1).

exemple, les statistiques ventilées par sexe sont considérées comme insuffisantes et la mesure de la migration comme « la moins adéquate ». Vingt ans plus tard, la production de statistiques ventilées par sexe s'est améliorée, mais les progrès demeurent limités⁵⁰⁴ et les données continuent à faire défaut sur des thèmes tels que la violence sexiste, l'utilisation du temps, l'accès aux actifs, la finance et l'esprit d'entreprise⁵⁰⁰. Beaucoup de pays n'ont toujours pas la capacité de collecter des données ou de les intégrer, quand elles proviennent de sources différentes, afin de produire des statistiques fiables sur les migrations internes et internationales. Dans le contexte des indicateurs du Millénaire pour le développement, les données sur l'état de santé de la population sont celles qui font le plus défaut⁵⁰¹, en raison surtout des lacunes de l'état civil et des sources administratives. Les données sur la pauvreté font souvent entièrement défaut⁵⁰¹ puisque 17 pays d'Afrique subsaharienne seulement collectent des données qui permettraient de mesurer l'évolution de la pauvreté au cours des 10 dernières années⁵⁰⁰. L'examen opérationnel montre qu'en dehors des domaines de préoccupation mentionnés ici, plusieurs autres aspects critiques du développement durable sont ou bien très mal mesurés ou bien pas mesurés du tout dans la plupart des pays, c'est le cas notamment de l'indice de la stigmatisation ou de la discrimination, de la qualité de l'éducation, de l'accès aux soins des adolescents et des jeunes, de la qualité des soins et des inégalités spatiales, en dehors de la distinction trop simple entre milieu urbain et milieu rural.

687. Une conception plus large, à l'échelle du système, du développement des capacités, qui irait au-delà d'une simple réponse aux demandes internationales de données, est nécessaire pour établir un système national viable de production de connaissances, pertinentes au regard des priorités nationales de développement. À ce sujet, deux objectifs, qui sont déjà mentionnés dans le Plan d'action de Busan pour la statistique, sont à retenir. D'abord, un meilleur accès à la statistique est essentiel pour une action transparente, comptable et efficace des gouvernements; néanmoins, dans beaucoup de pays, l'appel lancé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement à une meilleure accessibilité des données n'est toujours pas entendu. Deuxièmement, l'intégration des statistiques dans les politiques et les décisions, qui demeure précaire dans les pays en développement, doit être considérée dans la perspective du long terme, et notamment il faut améliorer les liens entre les ministères et les instituts de recherche universitaires. Il faut que la structure des carrières permette de conserver les services de bons analystes dans la fonction publique et il faut développer des centres d'excellence indépendants au niveau local qui puissent :

- a) Coordonner les efforts qu'accomplissent les producteurs, les utilisateurs des données et les responsables politiques;
- b) Préconiser de meilleures méthodes de production et d'utilisation de statistiques récentes et de qualité;
- c) Concevoir, appliquer et suivre des stratégies nationales de développement des statistiques;
- d) Produire des connaissances grâce à l'archivage des données et à la documentation.

⁵⁰⁴ *The World's Women 2005: Progress in Statistics* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.05.XVII.7).

688. Les États devraient renforcer, dans leur ministère du plan, les services qui produisent des connaissances. Les États devraient intégrer la dynamique démographique dans la planification et l'application des initiatives de développement, dans tous les secteurs, aux niveaux national et sous-national. Pour que les investissements consacrés au développement reposent sur des données factuelles relatives aux besoins et à l'impact attendu, les gouvernements doivent s'appuyer sur une organisation sociale qui permette l'utilisation de données factuelles dans le débat public et le choix des politiques, et il leur incombe donc de faire que ces connaissances soient accessibles à tous, dans tous les milieux, sans aucune exclusive.

C. Une législation et des politiques propices à la participation et à la responsabilisation

1. Législation et politiques

689. Les États sont tenus d'adopter des lois et d'appliquer des politiques qui facilitent l'exercice des droits de l'homme. La création d'un cadre juridique et d'un ensemble de politiques qui créent un environnement favorable, respectent tous les droits de l'homme et éliminent la discrimination est un élément essentiel dès lors que l'on veut s'assurer que tous les titulaires de droits puissent s'exprimer et puissent tenir l'autorité et les autres parties concernées comptables de leurs actes. Les lois protégeant la liberté d'expression, la liberté d'association et l'accès à l'information jouent un rôle critique pour garantir que le droit de participer à la vie publique est activement et réellement exercé, comme le veulent les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.

690. Comme le respect des constitutions et des formes démocratiques d'exercice du pouvoir a progressé, les législateurs sont devenus des acteurs essentiels de la mise en œuvre et de l'évolution du Programme d'action. Cependant, alors même que les débats entre parlementaires se sont intensifiés grâce à la création de groupes nationaux et même régionaux d'élus désireux de soutenir le Programme d'action, et alors que cinq conférences parlementaires internationales sur l'application du Programme d'action ont été tenues au niveau mondial depuis 2002, le processus parlementaire pourrait contribuer plus efficacement à la prise de décisions sur les questions qui entrent dans le Programme d'action ou pour amener l'opinion à le soutenir. Le contrôle parlementaire, les séances de questions aux ministres, les enquêtes parlementaires, les résolutions et le contrôle parlementaire sur le budget sont des moyens d'assurer l'application du Programme d'action, mais, au cours des 20 dernières années, ces moyens n'ont pas été suffisamment utilisés.

2. Une participation inclusive

691. La participation de tous les acteurs, qui a pour raison d'être la volonté de respecter les libertés essentielles d'expression et de réunion, est la condition préalable d'un développement sans exclusive et donc plus durable. L'implication des bénéficiaires dans la planification, la conception, l'application, le contrôle et l'évaluation des politiques et des décisions publiques est le critère d'un bon gouvernement, inclusif et responsable, en soi, mais c'est aussi un moyen de mieux tenir les autorités comptables de la fourniture des biens collectifs et des services publics. Le Programme d'action reconnaissait déjà que « les politiques, les plans,

les programmes et les projets relatifs à la population ne peuvent avoir une incidence durable que si les bénéficiaires sont étroitement associés à leur formulation et à leur mise en œuvre » (par. 13.2).

692. Le consensus dégagé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement est le résultat de vastes consultations menées dans les pays et dans les régions avec l'active participation de la société civile. Pendant la Conférence internationale, il y a eu non seulement un forum d'ONG distinct, mais bien souvent les ONG elles-mêmes étaient représentées dans les délégations nationales. Par leur active présence, les organisations de la société civile, et notamment les groupes de femmes et les militantes, ont pu revendiquer un espace et leur voix a été entendue dans les débats de haut niveau qui traitaient de leur santé et de leur bien-être.

693. La Conférence internationale sur la population et le développement, par le fait qu'elle reconnaissait la liberté d'action des personnes comme condition indispensable de l'exercice des droits de l'homme, et notamment des droits relatifs à la santé sexuelle et procréative, a véritablement fait œuvre pionnière. Le Programme d'action soulignait qu'il fallait obtenir la participation des personnes directement concernées, et en particulier celles que la discrimination, la coercition ou la violence excluaient de l'élaboration des lois, des politiques et des pratiques afin d'émanciper les individus et notamment les femmes et les filles pour leur permettre d'exercer pleinement leurs droits fondamentaux. À cet égard, une avancée majeure, depuis 1994, a été la mobilisation accrue d'un large ensemble d'organismes divers de la société civile, d'autres acteurs non gouvernementaux et des mouvements sociaux autour du Programme d'action, pour donner forme à une action mondiale, régionale et nationale sur le plan de la législation, des politiques et du contrôle public. Cette évolution est la condition essentielle de la réalisation progressive des résultats de la Conférence internationale et elle est aussi la condition d'un programme inclusif de développement pour l'après-2015.

694. Comme certains aspects du mandat de la Conférence internationale sur la population et le développement présentaient un caractère délicat, une bonne connaissance de la culture locale et des relations soutenues avec les sentinelles culturelles ont permis à la population locale de mieux maîtriser la problématique de la santé sexuelle et procréative et des droits en matière de procréation. À son tour, cette mobilisation de l'intérieur a montré qu'elle pouvait être le facteur déterminant du succès des processus qui tiennent les autorités pour comptables de leurs décisions dans la réalisation de ces droits. À cette fin, l'engagement des acteurs de la société civile (les ONG, les milieux universitaires, d'éminentes personnalités culturelles, des organisations professionnelles et des chefs religieux et traditionnels) ainsi que des parlementaires et des médias se sont révélés d'importance critique dans l'obtention des progrès réalisés.

695. S'agissant de la participation des adolescents et des jeunes, un nouveau paradigme, reposant sur les buts et objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement, est apparu : il reconnaît que les adolescents et les jeunes ont des droits, et notamment le droit d'être informés et de prendre des décisions en connaissance de cause sur les questions qui affectent leur vie, et en particulier leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Cela est largement reconnu dans la résolution 2012/1 sur les adolescents et les jeunes adoptée par la Commission de la population et du développement et dans la Déclaration adoptée au Forum mondial des jeunes, tenu à Bali (Indonésie) en 2012.

696. La mobilisation des défenseurs des personnes contaminées par le VIH illustre bien le type d'action collective qui peut animer l'application du Programme d'action. Les partenariats impliquant la société civile sont reconnus comme aidant beaucoup les personnes vivant avec le VIH et les autres groupes de population concernés à satisfaire leur demande de protection de leur droit au traitement, à la non-discrimination et à la participation. Ce rôle moteur exercé par les organismes de la société civile a mis en évidence les puissantes contributions que la société civile peut apporter au changement social et devrait être appliqué à une amélioration de la participation de la population et à son autonomisation, dans l'optique de la réalisation du Programme d'action.

697. Les peuples autochtones ont de même fait d'importants progrès dans leur inclusion et leur pleine participation à l'examen des questions affectant leurs droits fondamentaux. La création en 2002 de l'Instance permanente sur les questions autochtones, aux Nations Unies, avec la participation d'organismes des peuples autochtones, a été déterminante dans l'adoption en 2007 de la Déclaration sur les droits des peuples autochtones; depuis sa création, l'Instance permanente a publié de nombreuses recommandations sur les moyens de mieux assurer l'exercice des droits des peuples autochtones.

698. Il faut prêter attention à la nécessité de créer et d'assurer des conditions favorables et sûres de l'action des défenseurs des droits de l'homme dans le cadre du Programme d'action; parmi ces défenseurs figurent les associations militantes et des prestataires de services, de façon qu'ils puissent agir et exprimer leurs vues librement sans crainte de représailles. Par exemple, s'agissant des droits en matière de sexualité et de procréation, le déni de la liberté d'association, de réunion et d'expression des personnes qui dénoncent les violations de ces droits est fréquent dans certains pays. Les prestataires de soins qui se trouvent en première ligne sont souvent également des défenseurs des droits de l'homme qui, quand ils aident les individus à exercer leurs droits, se heurtent à des obstacles considérables, par exemple des restrictions de financement, un harcèlement et des actes de violence commis par des acteurs étatiques et non étatiques, et dans certains cas sont exposés à des poursuites pénales alors même qu'ils ont dispensé des soins salvateurs.

699. Les États et la communauté internationale des donateurs devraient apporter une aide financière et autre nécessaire à la citoyenneté sociale, afin de soutenir l'action de tout un ensemble d'organisations de bénéficiaires, de citoyens et d'associations, à développer leurs capacités, pour leur permettre de participer au contrôle de la façon dont les États s'acquittent de leurs obligations en matière de droits de l'homme par des politiques, des budgets, des programmes et d'autres mesures, et les aider à participer aux travaux des mécanismes internationaux et régionaux de défense des droits de l'homme.

700. Les États devraient s'assurer que les défenseurs des droits de l'homme sont protégés dans leur travail, notamment par la création d'un climat favorable compatible avec la Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, des groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus (Déclaration sur la protection des défenseurs des droits de l'homme).

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 28

Participation

Dispositions non contraignantes. Clarifiant les droits relatifs à la participation, le Comité des droits de l'homme, dans son observation générale n° 25 sur le droit de participer aux affaires publiques, le droit de vote et le droit à un accès égal à la fonction publique (1996), précise que « les droits de tout citoyen de participer à la direction des affaires publiques » et « le droit des citoyens à titre individuel de participer au processus qui représentent la direction des affaires publiques » doivent être défendus (par. 1 et 2). Les Principes directeurs sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme (2012) mettent en avant l'importance de politiques et de programmes compatibles avec les droits de l'homme qui encouragent la participation de populations essentielles à la conception des politiques et des programmes. « Les États devraient élaborer et adopter une stratégie de réduction de la pauvreté fondée sur les droits de l'homme, qui associe étroitement les individus et les groupes, en particulier ceux qui vivent dans la pauvreté, à sa conception et à son application. Cette stratégie devrait s'appuyer sur des repères assortis de délai et sur un plan de mise en œuvre précis tenant compte des incidences budgétaires à prévoir. Elle devrait clairement désigner les autorités et organismes chargés de sa mise en œuvre, définir des voies de recours appropriées et établir des mécanismes de plainte en cas de non-conformité. » (par. 50)

701. Le soutien des pouvoirs publics à l'inclusion de groupes de population importants dans le processus de décision varie considérablement selon les régions, les groupes de revenus et les segments de la population eux-mêmes, comme le signale l'enquête mondiale. Par exemple, plus des trois quarts des pays (76 %), au cours des cinq dernières années, ont considéré comme tout à fait prioritaire « l'institution de procédures et de mécanismes concrets de participation des adolescents et des jeunes » (voir tableau 5). On observe de fortes disparités entre les différents groupes de pays selon leur revenu, mais une fraction plus grande de pays d'Amérique (88 %) ont abordé cette question. En revanche, seuls un peu plus de 47 % des pays ont abordé cette même question s'agissant de leur population plus âgée bien que, dans ce dernier cas, les pays d'Amérique (63 %) et les pays d'Europe (56 %) se situent au-dessus de la moyenne mondiale pour cette question, qui interpelle en effet une plus forte proportion de pays riches. La question de « l'institution de procédures et de mécanismes concrets de participation des personnes handicapées » est retenue par environ 6 à 10 pays dans le monde (61 %), mais cette proportion tombe en-dessous de la moyenne mondiale dans le cas des pays d'Afrique et d'Océanie. De façon générale, les pays riches sont plus nombreux à s'intéresser à cette question que les pays pauvres.

702. Si l'on construit un indicateur composite pour ces trois groupes de bénéficiaires, les résultats montrent que, sur 129 pays pour lesquels les données sont

complètes, 39 seulement, soit 30 %, ont recherché la participation des jeunes, des personnes âgées et des personnes handicapées. En fait, 15 pays, soit 12 %, n'ont pas retenu la question de la participation d'aucun de ces trois groupes dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de développement.

Tableau 5
Pourcentage de gouvernements attachés à la participation à la vie politique des divers groupes de population

Indicateur	Groupe de population			
	Adolescents et jeunes	Personnes âgées	Personnes handicapées	Populations autochtones
Proportion de pays retenant la question de la participation politique	76,3	47,2	60,7	57,5

Source : Enquête mondiale sur la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014 (2012).

703. La moitié environ de tous les pays qui ont participé à l'enquête mondiale ont retenu la question de « l'institution de procédures et de mécanismes concrets de participation des peuples autochtones » (58 %) (tableau 5). Cette proportion reflète peut-être le fait que la notion de « peuples autochtones », se distinguant de la population majoritaire, n'est pas adoptée par tous les pays. Néanmoins, moins de la moitié des pays africains (36 %) ont abordé cette question au cours des cinq années précédentes, alors que deux-tiers ou plus des pays d'Amérique (75 %), d'Asie (71 %) et d'Océanie (86 %) l'ont fait.

Étude de cas : transformation urbaine et participation

Brésil⁵⁰⁵

Le Programme d'action reconnaissait l'importance de la participation à la gouvernance et, dans les décennies qui ont suivi, la combinaison de la décentralisation et de l'apparition de puissants mécanismes de participation directe à l'administration locale a joué un rôle important au Brésil. L'un des exemples les plus manifestes concerne la budgétisation, avec la participation de la population, des ressources des municipalités, qui a également été appliquée à l'action d'amélioration des zones de taudis des favelas du Brésil.

En 2001, le Brésil a adopté le Statut de la ville (« *Estatuto da Cidade* »), avancée majeure de la démocratisation de l'aménagement urbain et de l'administration des villes. Ce statut comporte deux principaux éléments : la place prioritaire donnée aux fonctions sociales par rapport aux fonctions commerciales des terrains urbains et des constructions, et l'officialisation d'une gestion participative et démocratique de la ville. Le Statut étend la budgétisation participative,

⁵⁰⁵ G. Martine et G. McGranahan, « Brazil's early urban transition: what can it teach urbanizing countries? » (Institut international pour l'environnement et le développement et Fonds des Nations Unies pour la population, 2010).

qui était apparue à la base, à Porto Alegre, à la fin des années 80, puis s'est développée dans plus de 200 villes brésiliennes (ainsi que dans plusieurs villes du monde entier). Les principaux éléments en sont la participation de divers groupes locaux, l'officialisation de la démarche par la convocation régulière de réunions au siège des représentants de l'administration locale et des associations, et l'affectation d'une partie du budget municipal à l'obtention de résultats. Des recherches récentes qui comparent des paires de municipalités au Brésil – une ayant institué la budgétisation participative, l'autre ne l'ayant pas fait – donnent à penser que cette méthode a eu un impact appréciable sur les progrès de l'égalité⁵⁰⁶.

Ces méthodes ont été appliquées aux efforts d'amélioration des zones de taudis au Brésil. Un programme d'amélioration des taudis, *Favelas-Bairro*, a commencé en 1994 afin de réduire les fractures sociales des villes brésiliennes. L'objectif est l'intégration sociale et physique des quartiers pauvres dans le tissu urbain formel de Rio de Janeiro en 2020 au plus tard. Par rapport à des méthodes plus classiques de réduction de la pauvreté, l'avantage de cette démarche est d'utiliser des réformes tout à fait originales de la législation. Ces réformes ont permis aux autorités locales, par le biais des programmes communautaires, d'appliquer le « droit d'utiliser un terrain sans le posséder ». L'intervention des urbanistes, comme élément essentiel de la stratégie de projet, dans l'optique de l'intégration sociale et physique, a dans l'ensemble été un succès, mais le projet a également montré que les améliorations structurelles ne peuvent à elles seules réduire la criminalité; l'amélioration des installations publiques introduit en effet un risque de gentrification et il est essentiel de veiller au bon fonctionnement des institutions de gouvernement, car le soupçon de corruption risque de compromettre gravement le processus participatif.

704. Les États devraient garantir et faciliter la participation des acteurs non étatiques, et notamment des bénéficiaires visés, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et programmes. Ce faisant, les États devront prêter spécialement attention à la situation des adolescents et des jeunes, à tous les niveaux d'éducation et de revenu, et assurer et faciliter leur participation à la formulation, l'application et l'évaluation des politiques et programmes, en particulier sur les questions qui les concernent. Cela devrait être délibérément élargi à des représentants des pauvres, des groupes fréquemment victimes de discrimination et des autres bénéficiaires habituels du développement.

3. Recours et réparation

705. Les victimes des violations des droits de l'homme devraient pouvoir se prévaloir de moyens efficaces de recours et de réparation. Tenir les autorités comptables de leurs actes suppose non seulement que l'on réagisse aux violations

⁵⁰⁶ G. Baiocchi, P. Heller et M. K. Silva, *Bootstrapping Democracy: Transforming Local Governance and Civil Society in Brazil* (Stanford, Californie, Stanford University Press, 2011).

effectives des droits de l'homme mais également que l'on repère les défaillances systémiques et qu'on y apporte les mesures correctives nécessaires. Les États doivent également être tenus comptables des actes commis par des acteurs privés, si l'État ne fait rien pour prévenir les violations des droits de l'homme ou entamer des poursuites contre des acteurs non étatiques qui seraient activement ou passivement responsables de telles violations.

706. Les tribunaux, les organes de tutelle administrative et surtout le parlement, ainsi que d'autres institutions nationales, ont directement l'obligation de respecter le droit des droits de l'homme, en tant qu'elles font partie de l'État qui est partie aux traités relatifs aux droits de l'homme. Le pouvoir judiciaire peut jouer un rôle décisif dans la répression des violations des droits de l'homme, pour peu qu'il ait les ressources et la volonté voulues. Cependant, dans beaucoup de régions du monde, ces mécanismes sont hors d'atteinte d'un trop grand nombre de victimes de violations des droits de l'homme, pour des raisons géographiques, économiques et sociales.

707. Les États devraient veiller à assurer l'accès à des voies de recours et de réparation pour les victimes de violations des droits de l'homme. Pour assurer l'utilisation effective de ces voies de recours, l'État devrait mener systématiquement une action de sensibilisation au sujet de la recevabilité des plaintes relatives aux droits de l'homme auprès des avocats, des juges et du public en général, et prévoir un financement adéquat des mécanismes de réparation correspondants. Les États devraient lutter contre l'impunité en élargissant l'accès à la justice de façon que les particuliers lésés aient accès aux recours et réparations, qui devront comprendre la restitution, la réhabilitation, des mesures de satisfaction des demandes et la garantie de non-répétition des violations, le cas échéant. Des mécanismes particuliers doivent être mis en place à l'intention des populations rurales et mal desservies ainsi que des victimes des conflits, des situations postconflituelles et humanitaires et plus généralement des situations précaires.

708. Au niveau international, les mécanismes de responsabilisation ont été renforcés au cours des 20 dernières années dans l'optique de la réparation des violations des droits de l'homme. Les États, les Nations Unies et la société civile, parmi les principaux acteurs, ont mis en place des modèles positifs d'engagement, en créant des mécanismes internationaux relatifs aux droits de l'homme comme les organes conventionnels et les procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme; les opinions d'experts recueillies auprès de ces organes ont amélioré encore l'exercice des obligations relatives aux droits de l'homme dans l'optique du Programme d'action. L'examen périodique universel auquel procède le Conseil des droits de l'homme, établi en 2006, est également un important moyen de s'assurer que les États sont bien conscients de leurs obligations de respecter les engagements pris en matière de droits de l'homme lors de la Conférence internationale sur la population et le développement. Les mécanismes internationaux de responsabilisation nécessitent une intégration systématique de l'information relative aux droits de l'homme s'agissant du Programme d'action, dans des rapports soumis à divers comités, ainsi qu'une information sur l'application de leurs recommandations. Les communications régulières entre ces comités et les États parties, et les procédures permettant aux divers comités d'entendre les plaintes des particuliers contribuent à assurer le respect par les États de leur obligation de rendre des comptes, tandis que les observations générales et les recommandations de ces

comités précisent la nature et l'étendue des obligations qui incombent aux États de garantir l'exercice des droits de l'homme.

709. Les États devraient lever leurs réserves et ratifier les traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme s'appliquant à toutes les dimensions de la dignité humaine et notamment l'égalité des sexes, la non-discrimination, les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation, la sécurité de résidence, la liberté d'aller et venir et la participation à la vie politique. Les États devraient conformer leur législation aux instruments internationaux, s'assurer que les droits de l'homme sont respectés, défendus et exercés et garantir que des mécanismes de protection des droits de l'homme sont bien en place. Cela doit inclure l'adoption d'une législation et de pratiques administratives ayant pour but de réglementer, contrôler et poursuivre après enquête les acteurs non étatiques pour les agissements qui constituent des violations des droits de l'homme.

D. Collaboration, partenariats et cohérence

710. La coopération internationale s'est avérée essentielle dans la mise en œuvre du Programme d'action au cours des 20 dernières années. Cette coopération revêt diverses formes : elle s'effectue en particulier sur les plans multilatéral, bilatéral, régional, interrégional et triangulaire, ainsi qu'entre pays du Sud. Les efforts déployés en vue d'assurer la bonne coordination des donateurs à l'échelle des pays et avec l'adhésion de ces derniers ont mis en évidence les effets négatifs du principe de conditionnalité, ainsi que la nécessité d'améliorer l'efficacité du développement et de réduire les coûts de transaction, notamment en veillant à la cohérence de l'assistance accordée par les donateurs et des priorités, du renforcement de capacités et des stratégies de sortie des pays. Depuis 1994, le nombre de bailleurs de fonds n'a cessé d'augmenter et les organisations non gouvernementales et du secteur privé occupent une place de plus en plus importante parmi les donateurs⁵⁰⁷. Ainsi que cela a été précédemment mentionné, les partenariats avec les acteurs de la société civile ont contribué de manière décisive à faire progresser la mise en œuvre du Programme d'action sur le terrain alors même que le secteur de l'aide devenait de plus en plus complexe, du fait de nouveaux partenariats de développement et parties prenantes et de divers mécanismes visant à coordonner les contributions des donateurs dans le cadre des processus de planification sectorielle et nationale.

Les droits de l'homme depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 29

Collaboration, partenariats et cohérence

Déclarations intergouvernementales sur les droits de l'homme. Dans la résolution 61/160 (2006) sur la promotion d'un ordre international démocratique et équitable, l'Assemblée générale a affirmé qu'il fallait « continuer à renforcer la coopération internationale pour la promotion et

⁵⁰⁷ J. S. Singh, *Creating a New Consensus on Population: The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights and Women's Empowerment*, 2^e éd. (Londres, Earthscan, 2009).

la protection de tous les droits de l'homme en pleine conformité avec les buts et principes de la Charte des Nations Unies et du droit international ». En 2008, le Conseil des droits de l'homme a adopté la résolution 8/5, qui porte sur le même thème et est rédigée en termes similaires. Dans le prolongement de l'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement, l'Assemblée générale a adopté, sans la mettre aux voix, la résolution 67/226 (2012) sur l'examen quadriennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies, dans laquelle elle a préconisé le renforcement de la cohérence de l'action menée dans l'ensemble du système tout en reconnaissant l'intérêt d'améliorer les liens entre les activités opérationnelles et les normes et principes applicables, tels que la liberté, la paix, la sécurité et le respect des droits de l'homme, et l'importance d'intégrer le développement durable dans les mandats, programmes, stratégies et processus de prise de décisions des entités des Nations Unies.

1. Suite donnée au Programme d'action sur le plan multilatéral

711. Le Programme d'action sert de cadre de référence aux institutions multilatérales depuis 1994; il a influencé l'élaboration des objectifs du Millénaire pour le développement. À mesure que les organes et institutions du système des Nations Unies se sont employés à intégrer le Programme d'action dans les résolutions et objectifs relatifs aux questions économiques, sociales et environnementales, les entités du système des Nations Unies, y compris la Banque mondiale, ont uni leurs efforts en vue de concrétiser cette intégration par des groupes thématiques, des cadres thématiques à l'échelle nationale et des cadres de programmation au sein des Nations Unies, ainsi que par la coordination de l'action menée sous la direction du Groupe des Nations Unies pour le développement et du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination. Grâce aux perfectionnements apportés régulièrement par l'Assemblée générale dans le cadre de l'examen triennal – désormais quadriennal – complet des activités opérationnelles de développement et des nouvelles approches de l'initiative « Unis dans l'action », ainsi qu'aux modalités de programmation commune et de financement par de multiples donateurs, les priorités en matière de population et de développement ont été davantage prises en compte dans les analyses et lors de l'élaboration de programmes relatifs à l'assistance multilatérale. La Commission européenne, qui joue un rôle à part entière en matière de financement et d'orientations générales, a vigoureusement prôné l'appui à la mise en œuvre du Programme d'action.

712. Le FNUAP joue un rôle fédérateur dans la promotion du Programme d'action en adoptant des programmes mondiaux, régionaux et nationaux axés sur des dimensions fondamentales, qui donnent lieu à l'adoption de politiques, programmes et services correspondants dans toutes les régions. Depuis 1994, des financements ciblés ont été accordés aux programmes de pays du FNUAP dans plus de 130 pays de toutes les régions, afin de promouvoir et de mettre en œuvre des politiques et programmes en matière de population et de développement fondés sur les droits de l'homme.

713. Afin de donner suite au Programme d'action, l'OMS a accordé moins d'importance aux recherches visant à obtenir de toutes nouvelles méthodes de contraception, en privilégiant à la place un programme de recherche plus vaste sur les problèmes de santé sexuelle et procréative et les technologies, normes et principes à adopter pour assurer la prestation de services de santé sexuelle et procréative axés sur les femmes et fondés sur les droits fondamentaux.

714. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme s'emploie sans relâche à veiller à ce que les normes internationales relatives aux droits de l'homme se fondent sur le Programme d'action tout en le renforçant, au moyen des travaux des organes conventionnels et d'autres mécanismes d'experts.

715. La Division de la population de l'ONU contribue activement aux concertations intergouvernementales sur la population et le développement, en réalisant des prévisions et projections démographiques actualisées pour tous les pays, y compris des données essentielles au suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Programme d'action, en élaborant et diffusant de nouvelles méthodologies et en établissant, aux côtés du FNUAP, des rapports destinés aux sessions annuelles de la Commission de la population et du développement.

716. À l'échelle régionale, les commissions régionales de l'ONU, notamment la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, se sont employées à promouvoir le Programme d'action en revitalisant leurs composantes sociales et centres d'excellence afin de traiter de nouvelles questions démographiques et d'améliorer la capacité des gouvernements à y faire face par l'adoption de politiques nationales axées sur le développement et les droits de l'homme.

717. Les institutions financières multilatérales, telles que la Banque mondiale, la Banque asiatique de développement et la Banque interaméricaine de développement, apportent leur soutien à divers programmes conformes aux buts et objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement, tels que les programmes de transfert monétaire assorti de conditions, des permanences téléphoniques permettant de signaler aux autorités des actes de violence sexiste et des services adaptés aux jeunes, y compris des services de santé destinés aux femmes. Dans de nombreux pays, l'ONU coopère avec des donateurs et des institutions financières en vue de permettre aux gouvernements de mener à bien des recensements et d'aider des pays à intégrer une dynamique des populations dans leurs plans de développement, ce qui a une incidence sur de multiples et diverses politiques et décisions adoptées dans toutes les régions.

2. Suivi intergouvernemental

718. Le Programme d'action et les mesures essentielles adoptées cinq ans plus tard en vue de sa mise en œuvre ont été réaffirmés par la communauté internationale lors des grandes conférences et des sommets des Nations Unies, y compris la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995, le Sommet du Millénaire des Nations Unies de 2000, le Sommet mondial de 2005, la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale sur les objectifs du Millénaire pour le développement de 2010 et la Conférence des Nations Unies sur le développement durable de 2012.

719. L'Assemblée générale, le Conseil économique et social et ses organes subsidiaires, tels que la Commission de la population et du développement, la Commission de la condition de la femme, la Commission du développement social

et la Commission du développement durable, ainsi que le Conseil de sécurité ont adopté depuis 1994 des résolutions et d'autres documents portant sur tous les aspects du Programme d'action. Ces textes ont renforcé les liens entre les droits de l'homme et le développement; les femmes, la paix et la sécurité; la tolérance zéro à l'égard de la violence sexiste, y compris le droit fondamental de toutes les femmes d'avoir la maîtrise des questions relatives à leur sexualité et d'en décider librement et de manière responsable, sans coercition, discrimination ni violence; ainsi que la nécessité de garantir le droit fondamental des adolescents et des jeunes d'avoir la maîtrise des questions relatives à leur sexualité, y compris leur santé sexuelle et procréative, et d'en décider librement et de manière responsable, indépendamment de leur âge et de leur statut matrimonial, entre autres facteurs.

720. D'importantes avancées ont été réalisées au Conseil des droits de l'homme, qui a adopté des résolutions sur la mortalité et la morbidité maternelles et les droits de l'homme au cours de la période 2009-2012⁵⁰⁸ et la résolution 17/19 sur les droits de l'homme, l'orientation sexuelle et l'identité de genre en 2011.

3. Coopération Sud-Sud et coopération triangulaire

721. La coopération Sud-Sud est considérée dans le Programme d'action comme un instrument de développement et un objectif en matière de mobilisation de ressources important. Le cadre de cette coopération a été défini par des sommets et conférences ultérieurs, dont le Sommet du Sud tenu à La Havane en 2000; la Conférence de haut niveau sur la coopération Sud-Sud, à Marrakech (Maroc) en 2003; le deuxième Sommet du Sud, à Doha en 2005; et la Conférence de haut niveau des Nations Unies sur la coopération Sud-Sud, à Nairobi en 2009. Le plan-cadre contenant des directives opérationnelles sur l'appui des Nations Unies à la coopération Sud-Sud et à la coopération triangulaire (SSC/17/3) souligne le rôle décisif que les organismes des Nations Unies peuvent jouer dans l'amélioration des échanges de connaissances, d'informations et de pratiques optimales, de la constitution de réseaux entre pays du Sud, de l'analyse des politiques et de l'action concertée à mener face à des préoccupations importantes.

722. De nombreux pays à revenu intermédiaire sont devenus de fermes partisans des partenariats Sud-Sud. Des pays à économie émergente ont réalisé d'importants investissements en faveur de la coopération Sud-Sud, dont l'intérêt a également été reconnu par les donateurs de longue date. Cette forme de coopération s'est ainsi davantage imposée comme un mécanisme de transmission horizontale du savoir, à même de stimuler le renforcement des capacités nationales et de promouvoir des

⁵⁰⁸ Le Conseil des droits de l'homme a adopté plusieurs résolutions sur la mortalité maternelle et les droits de l'homme, y compris la résolution 18/2 du 28 septembre 2011 sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme (voir A/66/53/Add.1, chap. II), dans laquelle il reconnaît qu'une approche fondée sur les droits de l'homme en vue d'éliminer la mortalité et la morbidité maternelles évitables est une démarche qui repose entre autres sur les principes de responsabilisation, participation, transparence, autonomisation, viabilité, non-discrimination et coopération internationale et encourage les États et les autres parties prenantes, y compris les institutions nationales des droits de l'homme et les organisations non gouvernementales, à prendre des mesures à tous les niveaux pour s'attaquer aux causes premières, qui sont interdépendantes de la mortalité et de la morbidité maternelles, telles que pauvreté, malnutrition, pratiques nocives, inaccessibilité des soins et défaut de services de santé, manque d'information et d'éducation et inégalité des sexes, en accordant une attention particulière à l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles.

mécanismes triangulaires de financement de partenariats Sud-Sud au moyen de contributions de gouvernements donateurs⁵⁰⁹.

723. L'organisation intergouvernementale Partenaires dans le domaine de la population et du développement, dont la mission est de promouvoir la coopération Sud-Sud en matière de santé procréative, de population et de développement, est un exemple d'un projet de coopération Sud-Sud et triangulaire qui permet à des institutions nationales de promouvoir la coopération horizontale dans des domaines en rapport avec le Programme d'action. Au cours des 20 dernières années, les conférences interministérielles annuelles de cette organisation ont permis aux pays membres de bénéficier d'un mécanisme d'évaluation par leurs pairs portant sur tous les aspects des questions de population et de développement.

4. Évolution de la charge de morbidité à l'échelle mondiale et de l'aide correspondante

724. Depuis l'adoption du Programme d'action, la coopération au service du développement a également été fortement marquée par les mesures prises pour lutter contre la crise mondiale du VIH/sida, ce qui a eu de profondes répercussions sur la structure opérationnelle de nouvelles initiatives d'aide, telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que par l'ampleur de l'appui apporté par les donateurs à la lutte contre des problèmes de santé spécifiques mais complexes (dans le cadre par exemple du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, dont le budget est largement supérieur à de nombreux budgets de santé nationaux) et par la concentration très importante de l'aide en Afrique, du fait de la prévalence exceptionnellement élevée du VIH/sida dans cette région.

725. Compte tenu de l'étendue de l'épidémie de VIH/sida et des flux de ressources correspondants, les engagements politiques pris en faveur de la santé à l'échelle mondiale se sont intensifiés⁵¹⁰ et ont considérablement renforcé la capacité des pays bénéficiaires à mettre en œuvre des programmes de prévention du VIH et de traitement du VIH/sida. Dans les pays où les initiatives mondiales en matière de santé – la principale source de financement des programmes de lutte contre une seule maladie – étaient bien alignées sur les priorités nationales, l'aide liée au VIH a permis de renforcer le système sanitaire et de promouvoir la mobilisation et la communication contre le VIH et le sida et a donné lieu à des partenariats inhabituels et parfois novateurs entre des ministères de la santé et d'autres composantes de l'administration, par exemple, les secteurs des transports, de la défense et de l'éducation, aux fins de la prévention du VIH⁵¹¹.

726. En revanche, dans les pays où les initiatives mondiales en matière de santé se sont traduites par l'éparpillement et le manque de coordination de l'aide et la

⁵⁰⁹ Rapport de la troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés, Bruxelles, du 14 au 20 mai 2001 (A/CONF.191/13).

⁵¹⁰ Yu *et al.*, « Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries? » (voir note 342 ci-dessus).

⁵¹¹ N. Spicer *et al.*, « National and subnational coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice? », *Globalization and Health*, vol. 63, n° 3 (2010); R. G. Biesma *et al.*, « The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control », *Health Policy and Planning*, vol. 24, n° 24 (2009), p. 239 à 252.

concurrence entre donateurs, l'ampleur de l'aide liée au VIH a exacerbé les problèmes. Les pays bénéficiaires n'étaient pas en mesure de prévoir leur budget annuel de santé d'une année à l'autre et devaient se soumettre aux intérêts et projets prioritaires des donateurs, axés sur le VIH/sida plutôt que sur des investissements destinés à l'ensemble du secteur de la santé⁵¹². Les pays devaient souvent se plier aux obligations strictes et précises imposées par les donateurs en matière d'établissement de rapports sur le VIH et consacrer ainsi de précieuses ressources au suivi d'indicateurs globaux fondés sur les taux de couverture, susceptibles de masquer de vastes disparités en matière de qualité de soins.

727. L'ampleur du financement vertical de la lutte contre le VIH a également donné lieu à une multiplication rapide d'ONG ayant pour vocation de mettre en œuvre des programmes dans ce domaine dans les pays en développement. Certaines d'entre elles ont été d'efficaces vecteurs de changement; d'autres non. On a dans certains cas constaté un exode des agents de santé du service public vers ces ONG non réglementées et non encadrées, ce qui a amélioré les perspectives d'emploi mais affaibli le système public de santé primaire local⁵¹³. En présence d'un service public insuffisamment développé, les services de santé dispensés par des ONG axées sur une maladie ont obligé les patients à naviguer un réseau complexe de services non coordonnés, ce qui a souvent eu pour effet d'interrompre la continuité des soins et l'approvisionnement en médicaments essentiels et de restreindre la prise en charge systématique ou globale des besoins des patients en matière de santé⁵¹⁴.

728. Depuis 2000, l'efficacité de l'aide a suscité un surcroît d'intérêt, dû en partie au mécontentement des pays en développement face aux aspects inégalitaires des partenariats d'aide et au fait qu'ils n'étaient plus en mesure de planifier, coordonner et diriger effectivement le processus de développement sur leur propre territoire. Dans la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes de 2001, les États membres de l'Union africaine se sont engagés à consacrer au moins 15 % de leur budget national à la santé et ont demandé aux pays donateurs d'augmenter leur appui en conséquence.

729. Les documents finals issus des Forums de haut niveau sur l'efficacité de l'aide au développement (la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement de 2005, le Programme d'action d'Accra de 2008 et le Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement de 2011) témoignent d'une volonté renforcée d'améliorer l'efficacité de l'aide, l'accent étant mis sur le renforcement de capacités et l'appropriation et l'exécution nationales. L'importance accrue accordée à l'efficacité de l'aide s'est traduite par la mise en place de structures de coordination des donateurs et par une plus grande reconnaissance du rôle de direction qui incombe aux pays et des responsabilités mutuelles dans ces collaborations. D'après une étude menée dans plusieurs pays par

⁵¹² M. Martínez Álvarez et A. Acharya, « Aid effectiveness in the health sector », Document de réflexion n° 2012/69 (Helsinki, Université des Nations Unies, Institut mondial de recherche sur les aspects économiques du développement, 2012).

⁵¹³ J. Pfeiffer *et al.*, « Strengthening health systems in poor countries: a code of conduct for nongovernmental organizations », *American Journal of Public Health*, vol. 98, n° 12 (2008), p. 2134 à 2140.

⁵¹⁴ Ibid.; J. Pfeiffer, « International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration », *Social Science and Medicine*, vol. 56, n° 4 (2003), p. 725 à 738.

l’OMS et le FNUAP⁵¹⁵ sur les conséquences de l’évolution récente de l’aide sur l’élaboration de politiques et de programmes relatifs à la santé sexuelle et procréative, l’action menée par les organisations à l’échelle nationale se caractérise de plus en plus par des approches sectorielles et des stratégies de réduction de la pauvreté, ainsi que par l’élaboration de stratégies visant à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, notamment les quatrième et cinquième objectifs (cibles A et B). Ces dernières stratégies ont conduit à une plus grande prise de conscience des questions relatives à la santé maternelle et néonatale, tandis que les autres aspects de la santé sexuelle et procréative ont été relégués à l’arrière-plan, aussi bien dans les priorités nationales que dans l’appui des donateurs⁵¹⁵.

730. Il est également ressorti de cette étude que le financement des programmes de santé sexuelle et procréative n’était toujours pas suffisamment fiable et prévisible et qu’une grande partie du financement des activités menées dans ce domaine continuait de dépendre des donateurs. Les approches multisectorielles des programmes de santé sexuelle et procréative demeuraient dans l’ensemble insuffisamment développées dans les pays considérés. Mais il est apparu que l’importance croissante accordée au renforcement et à l’appui des systèmes de santé dans le cadre du Partenariat international pour la santé et d’autres initiatives apparentées permettait de disposer d’un cadre de référence dans lequel la santé sexuelle et procréative pourrait être envisagée plus globalement.

5. Nouveaux partenariats mondiaux

731. De multiples partenariats, initiatives et mécanismes formels et informels de coopération et coordination faisant intervenir des organismes des Nations Unies et d’autres acteurs ont été établis ces dernières années afin d’intensifier les efforts concertés menés pour mettre en œuvre certains aspects du Programme d’action.

732. Parmi ces partenariats figure la Campagne des Nations Unies contre la violence sexuelle en temps de conflit, un groupe interinstitutions composé de 12 organismes des Nations Unies, qui apporte son appui à la campagne du Secrétaire général intitulée « Tous unis pour mettre fin à la violence à l’égard des femmes ». Le Programme conjoint du FNUAP et de l’UNICEF concernant les mutilations et ablations génitales féminines apporte son soutien à 17 pays en 2014, dans le but de réduire et d’éliminer cette pratique néfaste. L’Équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies pour les adolescentes a été établie en vue de coordonner l’action des organismes œuvrant en faveur de cette catégorie de la population, une attention particulière étant accordée aux filles défavorisées, y compris celles qui risquent d’être mariées avant l’âge adulte. La Campagne pour éliminer les fistules apporte son appui à la prévention et au traitement de ce grave problème de santé, ainsi qu’à la réinsertion sociale de celles qui en ont été atteintes.

733. Le programme Décision 2 a été établi en réponse à l’appel lancé par le Secrétaire général afin que le système des Nations Unies mène une action commune visant à renforcer les mesures prises en faveur des droits de l’homme à l’échelle des pays et l’appui apporté à la mise en place et au renforcement de systèmes de promotion et de protection des droits de l’homme conformes aux normes et

⁵¹⁵ OMS et FNUAP, « Strengthening country office capacity to support sexual and reproductive health in the new aid environment: report of a technical consultation meeting: wrap-up assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO collaborative project », Organisation mondiale de la Santé, document WHO/RHR/11.29.

principes internationaux relatifs aux droits de l'homme. Ces initiatives visent à intégrer les droits de l'homme dans l'ensemble des activités menées par le système des Nations Unies dans les domaines de l'action humanitaire, du développement et du maintien de la paix et favorisent une approche de l'élaboration des programmes axée sur les droits de l'homme. En 2009, dans le cadre de l'application de la décision du Comité des politiques du Secrétaire général sur les droits de l'homme et le développement, le Groupe des Nations Unies pour le développement a approuvé l'établissement du dispositif d'intégration des droits de l'homme en vue de renforcer les progrès accomplis par le programme Décision 2.

734. Le Partenariat international pour la santé vise à intensifier les efforts déployés pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Il renforce les processus nationaux dans 21 pays d'Afrique et d'Asie en mettant l'accent sur la revitalisation des systèmes de santé. L'initiative H4+ est un programme commun d'ONUSIDA, du FNUAP, de l'UNICEF, de l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), de l'OMS et de la Banque mondiale. Établi en 2005, le Partenariat mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant offre à ses membres une structure au sein de laquelle ils peuvent unir leurs efforts pour mettre en œuvre des solutions.

735. La Coalition pour les produits de santé de la procréation, un partenariat mondial réunissant des représentants d'organisations multilatérales et bilatérales, de fondations privées, de gouvernements, de la société civile et du secteur privé, a pour mission de faire en sorte que tous les habitants des pays à revenu faible ou intermédiaire puissent obtenir à des prix abordables et utiliser des contraceptifs et autres articles de santé procréative de bonne qualité. Établi plus récemment, Family Planning 2020 fait fond sur les partenariats lancés au Sommet de Londres sur la planification de la famille organisé par le Gouvernement du Royaume-Uni et la Fondation Bill and Melinda Gates, en partenariat avec le FNUAP; cette initiative réunit des représentants de gouvernements, de donateurs, de la société civile, du secteur privé, du secteur de la recherche et du développement et d'autres entités du monde entier dans le but d'augmenter de 120 millions d'ici à 2020 le nombre de femmes et de filles des pays les plus pauvres de la planète qui ont accès de leur plein gré à des informations et services de planification familiale et des contraceptifs.

736. Dans le domaine des migrations internationales, les organismes des Nations Unies et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) collaborent et concertent leurs efforts au sein du Groupe mondial sur la migration en vue de promouvoir une mise en œuvre plus efficace de tous les instruments et normes internationaux et régionaux pertinents et encourager l'adoption d'approches plus cohérentes, plus complètes et mieux coordonnées de la question des migrations internationales.

737. Le Partenariat statistique au service du développement au XXI^e siècle (PARIS21) a été fondé en 1999 par l'ONU, l'Union européenne, le Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE, le FMI et la Banque mondiale pour réduire la pauvreté et améliorer la gouvernance dans les pays en développement en favorisant la prise en compte de statistiques et de données fiables dans les processus de décision. Dans le plan le plus récent, adopté à Busan (République de Corée) en 2011, le Partenariat a adopté une approche systémique du renforcement des

capacités afin d'intégrer les activités statistiques nationales aux exigences de planification, de budgétisation, de suivi et de résultats et reconnu les synergies importantes entre les données provenant des enquêtes et des recensements, les données administratives et les statistiques de l'état civil. Le Plan d'action de Busan appelle en outre explicitement à une plus grande transparence et encourage l'utilisation de nouvelles méthodes et technologies pour renforcer la fiabilité et l'accessibilité des statistiques officielles. Il reconnaît explicitement que les activités statistiques sont nécessaires à l'appui des engagements mondiaux clefs, y compris des initiatives telles que l'équité de traitement des deux sexes et l'autonomisation des femmes.

738. La coordination et les partenariats sont essentiels pour relever les défis complexes du développement durable à l'ère de la mondialisation croissante. De tels partenariats pourraient également favoriser l'application générale du principe de responsabilité dans les institutions publiques – à supposer que les initiatives et mécanismes ne soient pas « appropriés » par un groupe particulier de gouvernements, de fondations ou de fonctionnaires internationaux – et permettre d'éviter de gaspiller les fonds restreints du développement par l'éparpillement des activités ou leur répétition inutile.

E. Flux de ressources financières

739. D'après l'enquête mondiale, 88,8 % des pays déclarent avoir affecté des ressources au suivi « des tendances démographiques » et à l'élaboration de « projections/scénarios sur la population » au cours des cinq dernières années. Cette proportion est de 100 % dans les pays européens. Plus de 86 % des pays déclarent avoir affecté des ressources à l'étude des « liens entre population et pauvreté ».

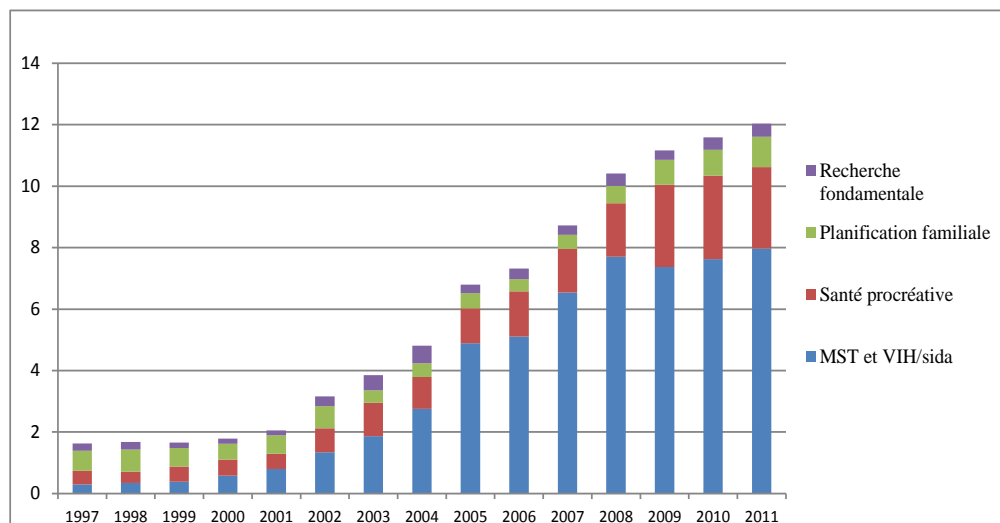
1. Aide des donateurs à certaines composantes du Programme d'action

740. Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, la communauté internationale a estimé qu'il faudrait affecter 17 milliards de dollars des États-Unis en 2000, 18,5 milliards en 2005, 20,5 milliards en 2010 et 21,7 milliards en 2015 au financement de quatre grands domaines relevant de la population et du développement : planification familiale; services de base de santé procréative; prévention des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida; et collecte, analyse et diffusion de données démographiques. Il a été prévu que deux tiers de ces montants requis seraient mobilisés par les pays en développement eux-mêmes et un tiers – soit 5,7 milliards de dollars en 2000, 6,1 milliards en 2005, 6,8 milliards en 2010 et 7,2 milliards en 2015 – par la communauté internationale.

741. Le financement des composantes du Programme d'action relatives à la santé sexuelle et procréative a fait l'objet d'un suivi régulier, qui fait apparaître une forte hausse à partir de 2004 du montant de l'aide accordée par les donateurs aux activités de lutte contre le VIH/sida. La plus grande partie (66 % en 2011) de l'assistance octroyée dans le domaine de la population a servi à financer des activités de prévention des infections sexuellement transmissibles, principalement du VIH/sida (voir fig. 55); 8 % ont été consacrés aux services de planification familiale, 22 % aux services de base de santé procréative et 4 % à la recherche fondamentale, aux données et à l'analyse des politiques relatives à la population et au développement.

Figure 55
**Financement par les donateurs des quatre grandes composantes
 du Programme d'action – 1997-2011**

(En milliards de dollars des États-Unis)



Source : FNUAP, *Financial Resource Flows for Population Activities in 2011* (New York, 2013) et base de données du projet Flux de ressources.

742. Si le financement des quatre grands domaines d'activité a augmenté en chiffres absolus, le montant des fonds affectés aux activités de lutte contre le VIH/sida a été multiplié par 27 depuis 1997. Le financement des services de santé procréative a également connu une hausse, quoique moins spectaculaire, et représentait 22 % du montant total de l'assistance accordée en 2011. L'Afrique subsaharienne, où sont situés la majorité des pays les moins avancés, a reçu la majorité – soit environ les deux tiers – de l'ensemble de l'aide accordée aux cinq régions géographiques⁵¹⁶, ce qui s'explique par les besoins importants de cette région dans le domaine de la santé sexuelle et procréative sous tous ses aspects, et en particulier du VIH et du sida.

743. Bien qu'il ait augmenté, le financement des activités relevant du domaine de la population n'a pas suffi à répondre aux besoins croissants des pays en développement. En 2009, en vue de garantir l'affectation de fonds adéquats, le FNUAP a révisé les estimations qui avaient été faites pour chacun des grands domaines du Programme d'action (par. 13.14) en fonction des nouveaux besoins et coûts. Les chiffres ainsi révisés (correspondant à un montant total, pour les quatre grands domaines, de 64,7 milliards de dollars en 2010 et de 69,8 milliards en 2015)⁵¹⁷ sont beaucoup plus élevés que les estimations initiales de 1994, d'une part parce qu'ils se fondent sur les besoins et coûts actuels, mais aussi parce qu'ils

⁵¹⁶ FNUAP, *Financial Resource Flows for Population Activities in 2011* (New York, 2013).

⁵¹⁷ Rapport du Secrétaire général sur les flux de ressources financières devant concourir à l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (E/CN.9/2009/5); FNUAP, *Revised Cost Estimates for the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A Methodological Report* (New York, 2009).

englobent certaines interventions (traitements et soins pour les malades du sida, et dépistage et traitement des cancers des organes reproducteurs) qui ne faisaient pas partie du programme d'origine. Ils correspondent à des estimations du montant minimum requis pour répondre à des besoins croissants dans les quatre catégories. De nouvelles révisions pourraient être nécessaires en fonction des conclusions de l'examen opérationnel.

744. Le suivi systématique de l'aide affectée par les donateurs à la mise en œuvre du Programme d'action n'a pas été effectué de manière à tenir pleinement compte de l'ensemble des objectifs et activités de vaste portée qui s'y rapportent, en ce qui concerne par exemple, les droits de l'homme, la violence, la protection sociale des migrants et la recherche sur les changements climatiques, entre autres; il serait de toute façon difficile d'établir des montants estimatifs correspondant à chaque activité, ces dernières relevant souvent de multiples secteurs.

2. Soutien bilatéral

745. Les pays donateurs du Comité d'aide au développement de l'OCDE ont contribué de manière décisive à appuyer la mise en œuvre du Programme d'action en affectant des ressources en sus des fonds mobilisés sur le plan national, notamment aux services de santé sexuelle et procréative des pays en développement – la planification familiale, la maternité sans risques et le VIH/sida étant à cet égard les trois principaux domaines d'activité financés. Néanmoins, lorsqu'on considère les montants fixés à la Conférence internationale, les fonds affectés ne suffisent pas à répondre aux besoins nationaux et régionaux. En particulier, les informations et services en matière de planification familiale ont été relégués à l'arrière-plan des priorités stratégiques des pouvoirs publics; le financement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles est largement insuffisant et d'importants investissements sont à réaliser dans les systèmes de soins de santé primaire, pour ne citer que quelques-unes des lacunes recensées lors de l'examen opérationnel.

746. De par leur nature même, l'appui des donateurs et les structures de financement ne favorisent pas toujours la prestation de services intégrés ou globaux. Les programmes et structures institutionnelles existant dans le domaine de la planification familiale et de la santé maternelle et infantile continuent de bénéficier d'un soutien important des donateurs, qui souvent les financent et les renforcent depuis de nombreuses années. Ces programmes restent cependant dépourvus d'un système de responsabilité verticale; l'affectation de fonds, la gestion, l'approvisionnement en fournitures, la logistique et l'établissement de rapports, entre autres activités, ont par conséquent tendance à encore être effectués programme par programme. Ce mode de financement « cloisonné » et cette orientation verticale sont contraires aux objectifs stratégiques déclarés des donateurs et des gouvernements, qui consistent à assurer la prestation de services intégrés et à renforcer les capacités et la croissance à long terme du secteur de la santé, conformément au Programme d'action. En dépit de toutes les bonnes intentions, ces approches verticales ont pu être exacerbées par l'établissement de mécanismes de financement vertical tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2000).

3. Financement national

747. Les ressources financières mobilisées sur le plan national (qui comprennent les dépenses publiques, les dépenses des organisations non gouvernementales nationales et celles à la charge des ménages) représentent la majorité du financement des composantes chiffrées du Programme d'action. Bien que cela soit beaucoup plus difficile à évaluer, on estime que les pays en développement et les pays en transition ont affecté en 2011 un montant sans précédent de 54,7 milliards de dollars aux activités liées à la population. Cette augmentation considérable par rapport aux années précédentes s'explique en partie par les dépenses importantes de la Chine dans le domaine de la planification familiale, mais les derniers chiffres pourraient ne pas être tout à fait comparables à ceux des estimations passées, car de nouvelles données de l'Organisation mondiale de la Santé sur les dépenses à la charge des ménages ont été prises en compte (voir tableau 6)⁵¹⁶.

Table 6

Montant estimatif du financement national des quatre composantes du Programme d'action dans le monde en 2011

(En milliers de dollars des États-Unis)

Région	Source de financement				Pourcentage consacré aux maladies sexuellement transmissibles et VIH/sida
	Gouvernements	ONG	Ménages ^a	Montant total	
Afrique (subsaharienne)	3 244 374	119 916	3 567 490	6 931 780	95
Asie et Pacifique	11 249 700	157 910	27 944 254	39 351 864	10
Amérique latine et Caraïbes	2 190 262	80 799	1 133 654	3 404 715	85
Asie occidentale et Afrique du Nord	542 511	60 014	349 920	952 445	36
Europe de l'Est et du Sud	2 669 365	16 025	1 374 723	4 060 113	96
Montant total	19 896 212	434 664	34 370 040	54 700 916	32

Source : FNUAP, *Financial Resource Flows for Population Activities in 2011* (New York, 2013). Voir également Erik Beekink, *Projections of Funds for Population and AIDS Activities, 2011-2013* (La Haye, Pays-Bas, Interdisciplinary Demographic Institute, 2013).

^a Les dépenses des ménages consacrées aux activités en matière de population ne comprennent que les dépenses à leur charge et se fondent sur le montant moyen par région établi par l'OMS dans le cadre des dépenses de santé générales. Pour chaque région, le rapport des dépenses à la charge des ménages sur les dépenses publiques par habitant a servi à calculer les dépenses des ménages consacrées aux activités en matière de population.

748. Les pays en développement considérés dans leur ensemble financent actuellement plus des trois quarts des dépenses chiffrées du module population du Programme d'action. Cependant, la plus grande partie de ces ressources nationales sont concentrées dans un nombre restreint de grands pays en développement. La majorité des pays en développement ont peu de ressources financières à affecter aux programmes relatifs à la population et à la santé procréative et, faute de pouvoir

mobiliser les fonds nécessaires à la mise en œuvre de ces programmes, dépendent en grande partie de l'aide des donateurs. En outre, plus de la moitié des ressources nationales considérées correspondent aux dépenses à la charge des habitants des pays en développement, ce qui a des implications importantes en matière d'accès aux services, notamment pour les groupes les plus marginalisés, et de progression vers la concrétisation des objectifs. Cela a également d'importantes conséquences sur les politiques visant à réduire la pauvreté et les inégalités de revenus dans les pays en développement⁵¹⁷.

Les droits de l'homme depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 30

Flux de ressources

Autres déclarations intergouvernementales. Le Consensus de Monterrey issu de la Conférence internationale sur le financement du développement témoigne de l'importance accordée à la coopération internationale au service du développement. Il est stipulé dans le Consensus que : « Un bon gouvernement est la condition *sine qua non* d'un développement durable. Des politiques économiques rationnelles et des institutions démocratiques solides répondant aux besoins de la population et des infrastructures améliorées sont indispensables pour maintenir la croissance économique, réduire la pauvreté et créer des emplois. La liberté, la paix et la sécurité, la stabilité intérieure, le respect des droits de l'homme, y compris le droit au développement, et de l'état de droit, l'égalité entre les sexes, des politiques fondées sur l'économie de marché et la volonté générale de créer des sociétés justes et démocratiques sont également nécessaires et synergiques. »

F. Le cadre de suivi du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014

749. Au cours des deux décennies qui se sont écoulées depuis 1994, les efforts se sont multipliés en vue de mesurer l'évolution des systèmes de protection des droits de l'homme, d'élaborer de nouveaux indicateurs en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation, d'évaluer la qualité des services de santé sexuelle et procréative et de définir des indicateurs nationaux et mondiaux du développement humain, comme ceux mis au point pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La plupart de ces efforts, y compris le cadre des objectifs du Millénaire, ont suscité de nombreuses critiques mais permettent cependant, du simple fait d'avoir été mis à l'essai et évalués, de disposer de fondements pour le suivi au-delà de 2014 des objectifs fixés.

750. Le cadre de suivi du Programme d'action au-delà de 2014 servira de référence à l'établissement de rapports nationaux et mondiaux sur les progrès accomplis, ce qui pourra permettre de renforcer l'examen et l'évaluation de la mise en œuvre du Programme d'action effectués par l'Assemblée générale, le Conseil économique et

social et la Commission de la population et du développement. Le rapport et la « feuille de note » de portée mondiale fourniront tous deux des informations aisément accessibles permettant de mener des activités de suivi dans le cadre du programme de développement de l'après-2015. Il sera ainsi plus facile d'intégrer dans les travaux de la Commission de la population et du développement les rapports sur la réalisation des engagements relatifs au Programme d'action établis par les organes conventionnels ou les organismes intergouvernementaux des Nations Unies, séparément ou de manière indépendante.

G. Gouvernance et application du principe de responsabilité : domaines d'action essentiels

1. Les données relatives à la dynamique des populations sont essentielles pour la planification du développement

751. Les données relatives à la dynamique des populations ne doivent pas être considérées comme des abstractions numériques mais comme des données de base sur la condition humaine, permettant notamment de connaître l'incidence des caractéristiques de la population sur les possibilités de développement et les relations des habitants avec l'environnement et de savoir où ces derniers vivent ou partent s'installer, s'ils mènent leur existence dans de bonnes conditions ou au contraire dans la peur ou l'insécurité et de quelles mesures de protection sociale et services publics ils peuvent avoir besoin. La dynamique des populations actuelle met en lumière des disparités démographiques criantes et des tendances très diverses de par le monde : l'accroissement du nombre de personnes âgées à l'échelle mondiale, notamment en Europe et dans certaines régions d'Asie et d'Amérique latine, une population jeune et une fécondité toujours élevée en Afrique et l'évolution de la structure des ménages dans de nombreuses régions, avec une proportion croissante de ménages d'une personne ou monoparentaux. Il est essentiel d'investir dans des moyens de suivre et de prévoir l'évolution de la dynamique des populations afin de pouvoir déterminer en connaissance de cause où et comment investir au mieux les ressources consacrées au développement et protéger les droits de l'homme et la dignité humaine.

2. Les secteurs du savoir doivent être renforcés

752. L'examen opérationnel a mis en évidence de vastes lacunes à l'échelle des pays dans le secteur du savoir sur les questions de population et de développement, notamment des incohérences dans l'enregistrement des actes d'état civil et les recensements et la faible utilisation d'innovations, ainsi que plus généralement l'insuffisance des capacités d'utilisation des données au service de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du développement. Il est urgent de renforcer les capacités dans le domaine de la démographie, de la santé publique, des droits de l'homme, de l'économie et des sciences sociales connexes et d'améliorer les liens productifs entre les chercheurs, les spécialistes de la planification du développement et les ministères, de sorte que les données démographiques collectées sur le plan national puissent contribuer à une gouvernance fondée sur le savoir.

753. Il convient de renforcer la mobilisation en faveur de la planification générale dans le secteur du savoir, en ce qui concerne notamment l'allocation des ressources et les investissements dans le capital humain. Il est particulièrement urgent

d'accroître le nombre et la qualité des ressources humaines, d'adopter de nouvelles méthodes et technologies, de renforcer l'enregistrement des actes d'état civil et d'autres sources de données administratives, ainsi que les statistiques sur les migrations, de diffuser les données et de démocratiser leur utilisation, et de faire en sorte que les données démographiques aident à prendre des décisions avisées. Il importe de réduire la dépendance à l'égard des données d'enquête et de parvenir à une utilisation équilibrée de toutes les sources de données pertinentes, y compris les registres d'état civil et autres sources de données administratives.

3. Participation plus systématique et générale

754. Si l'obligation de veiller au respect des droits de l'homme incombe toujours en premier lieu aux États, il est de plus en plus admis que la bonne gouvernance et le développement relèvent de la responsabilité de divers acteurs non étatiques. La promotion de conditions favorables à la libre participation de toutes les parties prenantes – gouvernements, parlementaires, société civile et autres, représentant un ensemble d'opinions, d'intérêts et de compétences divers, ainsi que cela est reconnu dans le Programme d'action – demeure une priorité. Des améliorations ont été apportées et des innovations adoptées, mais des efforts plus importants restent à fournir en vue de remédier aux lacunes qui subsistent et de favoriser la participation transparente et générale de catégories essentielles de la population à la prise des décisions qui les concernent, y compris les adolescents et les jeunes, les personnes handicapées, les personnes âgées et les peuples autochtones.

4. De meilleurs systèmes de responsabilisation sont nécessaires pour les programmes nationaux et mondiaux, ainsi que pour la nouvelle complexité des partenariats de développement

755. En tant qu'éléments clefs d'une bonne gouvernance, les systèmes de responsabilisation facilitent la réalisation des objectifs de développement fondés sur les droits, garantissent que le public et tous les décideurs ont accès à des données et des savoirs de qualité et instaurent les conditions voulues pour que les représentants informés de la société civile exigent que les gouvernements et d'autres acteurs clefs rendent compte de leurs actes. Il faut des lois nationales et internationales, des pratiques administratives et des systèmes de protection pour assurer l'égalité d'accès aux programmes et services, prévenir les abus, remédier aux lacunes et défaillances systémiques et offrir des voies de recours et moyens de réparation. Il est essentiel de disposer à cette fin de mécanismes d'examen et de contrôle, notamment des systèmes nationaux de protection des droits de l'homme, des tribunaux, des organes de révision des décisions administratives, des instances parlementaires et des forums ouverts aux populations locales. De même, la coopération internationale, multilatérale, régionale, Sud-Sud et triangulaire n'est efficace que si elle repose sur les principes d'appropriation nationale, de cohérence à l'échelle du système, de transparence et de responsabilisation, afin de garantir que l'aide au développement et les nouveaux partenariats mondiaux tirent pleinement parti des possibilités de développement au lieu d'exacerber les divisions et de faire double emploi.

VI. Viabilité

« Le droit au développement doit être mis en œuvre de façon à satisfaire équitablement les besoins des générations présentes et futures en matière de population, de développement et d'environnement. »

(Programme d'action, principe 3)

« L'objectif consiste à améliorer la qualité de la vie de tous au moyen de politiques et de programmes appropriés en matière de population et de développement, visant à éliminer la pauvreté, à obtenir une croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable ainsi que de modes de consommation et de production viables, à valoriser les ressources humaines et à garantir tous les droits de l'homme, y compris le droit au développement en tant que droit universel et inaliénable faisant intégralement partie des droits fondamentaux de la personne humaine. »

(Programme d'action, par. 3.16)

« Modifier les habitudes de consommation et les modes de production non viables par le biais de mesures d'ordre économique, législatif et administratif, selon les besoins, en vue de promouvoir l'utilisation durable des ressources et de prévenir la détérioration de l'environnement »

[Programme d'action, par. 3.29 d)]

756. La Conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenue deux ans seulement après la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (le Sommet « Planète Terre »), a été en majeure partie axée sur l'objectif du « développement durable ». L'attention accordée au développement durable n'a fait que croître en 20 ans, et particulièrement ces dernières années alors que la communauté internationale élabore un nouveau programme de développement mondial. L'examen de la mise en œuvre du Programme d'action a permis de recenser les tâches inachevées de la Conférence internationale au sein d'une nouvelle dynamique de développement déterminée par la nécessité de trouver un équilibre entre l'augmentation des niveaux de consommation, les menaces qui pèsent sur l'environnement, l'accroissement des richesses et le creusement des inégalités de revenus. Le fait que les pauvres paient les conséquences environnementales du développement et que le modèle suivi jusqu'à présent pour améliorer les conditions de vie, élargir les perspectives d'avenir et garantir la dignité et les droits de l'homme de chacun soit par essence inégal et manifestement non viable constitue l'un des plus grands dilemmes éthiques auxquels l'humanité a eu à faire face. À la croisée des chemins, on peut s'inspirer du message fondamental de la Conférence internationale (à savoir que la résilience et la viabilité ne pourront être garanties sans veiller au respect de la dignité et des droits de l'homme de chacun) pour trouver un ensemble de solutions qui permettront de trouver comment sortir de ce dilemme et parvenir au développement durable pour tous.

A. Hétérogénéité de l'évolution des populations

757. En raison de l'accroissement rapide de la population au XX^e siècle, la question de la surpopulation et l'éventualité que la planète ne puisse pas fournir suffisamment de nourriture et autres ressources essentielles pour tous ses habitants

ont suscité des préoccupations très politisées dans de nombreux pays⁵¹⁸. Pendant plusieurs décennies, les politiques relatives à la population et au développement ont mis l'accent sur le contrôle de la démographie au détriment des aspirations des populations en matière de procréation, de leur santé ou de celle de leurs enfants. Il était donc urgent de créer un forum pour la défense de ces droits tel que la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Programme d'action est le fruit d'un remarquable consensus entre des pays très divers qui se sont tous entendus sur le fait qu'il était plus efficace d'accorder à chaque individu un meilleur accès à la santé et à l'éducation et de mieux respecter les droits des femmes, notamment en ce qui concerne la santé procréative, que de s'efforcer de contrôler les naissances pour garantir un avenir social et économique plus radieux à la population mais qui ralentirait la croissance démographique. Les données disponibles actuellement en 2014 viennent confirmer cette théorie.

758. En 1994, date à laquelle la Conférence internationale a été tenue, la population mondiale était estimée à 5,7 milliards de personnes. Elle a aujourd'hui atteint les 7,1 milliards et continue de croître de quelque 82 millions de personnes par an. Cependant, le taux d'accroissement démographique mondial a régulièrement baissé dans l'intervalle, passant de 1,52 % entre 1990 et 1995 à environ 1,15 % entre 2010 et 2015, selon les estimations. Le taux annuel d'accroissement démographique des pays en développement a lui aussi baissé : il est passé de 1,8 % en moyenne entre 1990 et 1995 à 1,3 % entre 2010 et 2015.

759. C'est la population africaine qui augmente le plus rapidement, avec une croissance annuelle estimée à 2,3 % pour la période allant de 2010 à 2015, soit plus du double de l'accroissement démographique de l'Asie (1 % par an). Néanmoins, en 2011, 60 % de la population mondiale vivait en Asie contre 15 % en Afrique. L'Asie compte actuellement 4,2 milliards d'habitants, tandis que la population africaine n'a dépassé le milliard qu'en 2009. La population totale des autres grandes régions (Amériques, Europe et Océanie) s'élevait à 1,7 milliard de personnes en 2011⁵¹⁹.

760. Les chiffres de la population mondiale et régionale dissimulent des différences démographiques considérables et croissantes. La transition démographique qui résulte du déclin de la fécondité suivi de celui de la mortalité, et l'urbanisation qui fait passer le cœur de l'activité humaine des campagnes aux villes ont modifié de façon inédite l'importance de la population, sa composition par âge et sa répartition dans l'espace.

761. Une comparaison des périodes allant de 1990 à 1995 et de 2010 à 2015 montre que, si le taux de fécondité mondial a diminué de 16 %⁵²⁰, on observe de grandes disparités dans les taux de fécondité entre et au sein des pays et des régions⁵¹⁹. Dans les pays développés et dans certains pays à revenu intermédiaire, la fécondité est dorénavant inférieure au seuil de renouvellement des générations (les femmes n'ont pas assez d'enfants pour garantir qu'en moyenne chaque femme sera remplacée par une fille qui survivra jusqu'à l'âge de procréer), le taux de croissance démographique est en déclin et, dans certains cas, la population décroît. La fécondité est faible dans tous les pays d'Europe, dans 23 des 51 pays d'Asie, dans 18 des 38 pays des Amériques, dans 2 pays d'Afrique et dans 1 pays d'Océanie⁵¹⁹.

⁵¹⁸ P. R. Ehrlich, *The Population Bomb* (New York, Ballantine Books, 1968).

⁵¹⁹ *World Population Prospects: The 2012 Revision* (voir note de bas de page n° 336).

⁵²⁰ Les estimations par période présentées ici diffèrent des estimations ponctuelles qui ont été exposées en introduction, du fait de la différence de baisse de fécondité déclarée.

762. Pour la période allant de 2010 à 2015, le taux de fécondité total devrait demeurer élevé (supérieur ou égal à quatre enfants par femme) dans 45 pays en développement, y compris 18 pays où ce taux est supérieur ou égal à cinq enfants par femme. Ces pays se trouvent pour la plupart en Afrique (38 des 57 pays du continent ont des taux de fécondité élevés), mais l'Asie en compte cinq et l'Océanie deux⁵¹⁹.

763. Au fur et à mesure que la fécondité diminue, la proportion d'enfants à charge diminue, donc la proportion d'adultes en âge de travailler (15-59 ans) augmente et il y a moins de personnes dépendantes. Dans les pays développés, la proportion de la population en âge de travailler a crû de façon stable entre 1990 et 2005, passant de 61,8 % à 62,9 %, puis elle a de nouveau baissé pour revenir en 2010 à son niveau de 1990. Dans les pays en développement, la part de la population en âge de travailler a considérablement augmenté, passant de 56,8 % en 1990 à 62,4 % en 2010, et elle devrait redescendre à 58,4 % en 2050. Parmi les pays les moins avancés, la proportion de la population en âge de travailler devrait augmenter et passer de 53,8 % en 2010 à 59,8 % en 2050, puis décliner par la suite⁵¹⁹.

764. La diversité des taux de fécondité est à l'image de la diversité des situations démographiques dans lesquelles se trouvent les différents pays. Les pays à faible fécondité doivent faire face à la question du vieillissement car leurs citoyens vivent plus longtemps et en meilleure santé. Les pays dont la proportion de jeunes et de personnes en âge de travailler augmente en raison de la récente baisse de fécondité peuvent profiter à court terme d'un atout démographique si la situation sociale et économique s'y prête. Quant aux pays où le taux de fécondité est élevé, ils continuent à connaître un accroissement démographique rapide et ont des difficultés à garantir l'éducation et la santé de chacun et à créer suffisamment d'emplois pour tous. La mortalité diminue et les gens vivent plus longtemps presque partout dans le monde, mais dans un certain nombre de pays en développement, les taux de morbidité et de mortalité demeurent beaucoup trop élevés et l'espérance de vie trop courte.

765. Les migrations internationales n'augmentent pas de façon considérable mais elles se sont diversifiées dans ce monde interconnecté et interdépendant. De nombreux pays sont à la fois des terres d'émigration, d'immigration et de transit pour les migrants. Par ailleurs, les pays en sont à des étapes d'urbanisation extrêmement différentes. La population urbaine est stable en Europe et en Amérique du Nord, tandis qu'en Asie et en Afrique les villes croissent rapidement, ce qui provoque une baisse de la population rurale.

766. L'examen de la mise en œuvre du Programme d'action a démontré que l'évolution démographique avait des conséquences sur le développement et influait sur des aspects cruciaux de la dignité, de la santé, du rôle et de la mobilité de chacun. Le fait que les pays se trouvent dans des situations de plus en plus diverses sur le plan démographique signifie que l'évolution de la population dépend de leur situation propre et des nombreux aspects des différents modes de développement qu'ils choisissent. Trop souvent cependant, les questions de population, notamment le nombre d'habitants et la croissance démographique, sont abordées en bloc au cours de débats internationaux consacrés à des phénomènes tout autres qui, eux, sont réellement mondiaux. Les changements climatiques, qui constituent l'un des enjeux les plus importants du développement durable, sont par essence mondiaux. Leur évolution dépend de plusieurs facteurs qui sont liés, comme la population, les

modèles de croissance économique, la production et la consommation, et ils nécessitent des mesures mondiales. Il est donc fondamental de comprendre comment ces facteurs interagissent pour élaborer des stratégies de développement durable.

B. Changements climatiques : causes et remèdes

767. Le modèle actuel de développement s'appuie sur un schéma social et économique qui met l'accent sur la production, l'accumulation et la consommation de biens et de services dans des quantités toujours plus importantes⁵²¹. Il est essentiel d'augmenter la consommation pour améliorer le bien-être des pauvres, mais une fois que les revenus sont élevés, continuer de consommer plus n'a plus d'influence notable sur le bien-être⁵²². Si la population mondiale croît lentement, la production et la consommation par habitant a augmenté et elles devraient continuer de s'accélérer aussi longtemps que les ressources naturelles pourront suivre la cadence. Le produit intérieur brut mondial a été multiplié par 73 entre 1820 et 2008 alors que la population mondiale n'a été multipliée que par 7 pendant la même période⁵²³. La consommation moyenne par habitant a presque triplé entre 1960 et 2006⁵²⁴. Ces avancées économiques ont permis à des centaines de millions de personnes de sortir de l'extrême pauvreté, notamment au cours des 20 dernières années. Le nombre de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar par jour est passé de 2 milliards en 1990 à 1,4 milliard en 2008 alors que la population mondiale a augmenté de près de 1,5 milliard dans le même temps, témoignant à la fois des progrès considérables accomplis et du nombre toujours faramineux des laissés-pour-compte.⁵²⁵

768. Le progrès économique s'est fait au détriment de l'environnement. Nous faisons fi des limites environnementales de notre planète pour atteindre des niveaux toujours plus hauts de production et de consommation, au prix de risques qui augmentent de façon exponentielle. On estime que, si les activités d'origine humaine n'ont pas déjà dépassé les seuils écologiques des systèmes fondamentaux et des cycles naturels de la Terre, elles le feront bientôt. Les préoccupations les plus

⁵²¹ T. Veblen, *The Theory of the Leisure Class: An Economic Study of Institutions* (New York, Macmillan, 1899; édition de 1915 disponible en ligne); N. Georgescu-Roegen, « The entropy law and the economic problem », in *Valuing the Earth: Economics, Ecology and Ethics*, H. E. Daly et K. N. Townsend, dir. (Cambridge, MIT Press, 1993), p. 75 à 88; N. Georgescu-Roegen, « Energy analysis and economic valuation », *Southern Economic Journal*, vol. 45, n° 4 (1979), p. 1023 à 1058; H. E. Daly, *Steady-State Economics*, 2^e édition (Washington, Island Press, 1991); N. Stern, *Stern Review on the Economics of Climate Change* (United Kingdom, H. M. Treasury, 2006); T. Jackson, *Prosperity Without Growth? The Transition to a Sustainable Economy* (Commission du développement durable, 2009); Worldwatch Institute, *State of the World 2010: Transforming Cultures – From Consumerism to Sustainability* (New York, Norton and Company, 2010); E. Assadourian, « The rise and fall of consumer cultures », in *State of the World 2010: Transforming Cultures – From Consumerism to Sustainability*, Worldwatch Institute (New York, Norton and Company, 2010).

⁵²² E. Diener et M. E. P. Seligman, « Beyond money: toward an economy of well-being », *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1): vol. 5, n° 1 (2004), p. 1 à 31.

⁵²³ A. Maddison, Université de Groningen, « Statistics on world population, GDP and per capita GDP, 1-2008 AD », 2010, disponible sur www.ggd.net/maddison/oriindex.htm et *World Population Prospects: The 2012 Revision* (voir note de bas de page n° 336 plus haut).

⁵²⁴ Worldwatch Institute, *State of the World 2010: Transforming Cultures – From Consumerism to Sustainability*.

⁵²⁵ *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2012* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.12.I.4).

pressantes concernent la biodiversité, le cycle du nitrogène et les changements climatiques, mais la dégradation des terres et des sols, la surproduction de phosphore, la diminution de la couche d'ozone stratosphérique, l'acidification des océans, la consommation mondiale d'eau potable, les nouveaux modes d'utilisation des terres pour l'agriculture et la pollution chimique et aérienne constituent également des sources d'inquiétude⁵²⁶.

769. Les scientifiques s'accordent dans l'ensemble à dire aujourd'hui que l'activité humaine est à l'origine des menaces qui pèsent sur l'environnement. Dans le cas des changements climatiques, c'est surtout notre empreinte carbone qui est en cause. La concentration de dioxyde de carbone (CO₂) et d'autres gaz à effet de serre dans l'atmosphère continue d'augmenter – le seuil de 400 parties par million (ppm) a été dépassé pour la première fois en 3 millions d'années⁵²⁷ –, ce qui rend de plus en plus difficile à atteindre l'objectif de contenir l'augmentation moyenne de la température mondiale afin qu'elle demeure inférieure ou égale à 2 degrés Celsius au-dessus de son niveau préindustriel⁵²⁸. La concentration croissante de ces gaz à effet de serre est à l'origine de la hausse des températures mondiales, des changements climatiques et de l'acidification des océans⁵²⁹. Cette hausse des températures accélérera la fonte des glaciers et du permafrost qui pourraient libérer du méthane (CH₄), un gaz 30 fois plus puissant que le CO₂ même si sa demi-vie est bien plus courte. L'utilisation croissante d'énergies fossiles en abondance, notamment dans les bâtiments et les transports, constitue la principale source d'émissions de gaz à effet de serre⁵³⁰. Plus nous mettrons de temps à réduire ces émissions, que ce soit en passant aux énergies renouvelables ou par d'autres moyens, plus le dérèglement économique provoqué par les changements climatiques et les initiatives entreprises pour les atténuer sera grave⁵³¹.

⁵²⁶ PNUE, *UNEP Yearbook 2012: Emerging Issues in our Global Environment* (Nairobi, 2012).

⁵²⁷ États-Unis, Département du commerce, National Oceanic and Atmospheric Administration, Earth System Research Laboratory, Global Monitoring Division, Up-to-date weekly average CO₂ at Mauna Loa. Disponible à la page : www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/weekly.html.

⁵²⁸ Institut de recherche sur le climat de Potsdam et Climate Analytics pour la Banque mondiale, *Turn Down the Heat: Why a 4°C Warmer World Must Be Avoided* (Washington, Banque mondiale, novembre 2012).

⁵²⁹ Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, « Summary for policymakers », in *Climate Change 2013: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, T. F. Stocker *et al.*, dir. (Cambridge, Cambridge University Press, 2013).

⁵³⁰ Les estimations varient, mais les carburants fossiles représentent toujours plus de 80 % de la consommation énergétique mondiale. Comme l'a souligné Murphy, les carburants fossiles sont un cadeau généreux mais non renouvelable de la Terre. Aucune autre source d'énergie n'offre les mêmes avantages, mais les stocks ne sont pas inépuisables. Voir T. W. Murphy, Jr., « Beyond fossil fuels: assessing energy alternatives », in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*, Worldwatch Institute (Washington, 2013); T. Princen, J. P. Manno et P. Martin, « Keep them in the ground: ending the fossil fuel era », in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*; et V. Smil, *Energy Transitions: History, Requirements, Prospects* (Santa Barbara, California, Praeger, 2010).

⁵³¹ National Research Council, *Hidden Costs of Energy: Unpriced Consequences of Energy Production and Use* (Washington, National Academies Press, 2010); E. Zencey, « Energy as master resource », in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*, Worldwatch Institute (Washington, Island Press, 2013); S. Makhijani et A. Ochs, « Renewable energy's natural resource impacts », in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*; C. A. S. Hall, S. Balogh et D. J. R. Murphy, « What is the minimum EROI that a sustainable society must

770. Les changements climatiques, et plus largement la dégradation de l'environnement, menacent les moyens de subsistance et le bien-être de toutes les sociétés et de tous les individus. Cependant, leurs conséquences immédiates et à long terme seront sans doute plus graves pour les populations pauvres ou marginalisées alors qu'elles n'ont que peu contribué aux émissions de gaz à effet de serre et qu'elles manquent des moyens et des appuis sociétaux nécessaires pour s'adapter efficacement aux changements en cours et à venir⁵³². Du fait des changements climatiques, l'humanité est confrontée à des décisions extrêmement difficiles qui portent à la fois sur le développement, l'égalité et la viabilité. Les négociations menées dans le cadre de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques ont placé ces questions au centre des débats. Cependant, l'absence de progrès réalisés jusqu'à présent du fait de l'incapacité de la communauté internationale à infléchir l'augmentation des émissions et de l'insuffisance des financements pour mettre en place un dispositif de préparation aux changements climatiques ou d'atténuation de leurs conséquences, montre que le chemin à parcourir est encore bien long si l'on veut procéder aux changements indispensables pour arrêter le réchauffement climatique.

771. La technologie a toujours été le moyen qui a été utilisé pour alléger les pressions sur les ressources naturelles et atténuer les impacts sur l'environnement et pour que la consommation et la production soient moins synonymes de surutilisation des ressources et de pollution de l'environnement. Les progrès technologiques peuvent et doivent contribuer aux efforts faits pour maintenir la croissance économique et la consommation tout en préservant les ressources environnementales. Certaines découvertes ont déjà fait leurs preuves et sont employées très largement mais il faudra s'efforcer d'élaborer des technologies nouvelles et pionnières pour réaliser les objectifs ambitieux de réduction des effets nocifs des activités humaines sur l'environnement qui s'imposeront dans les prochaines décennies. À cet égard, il est urgent de trouver plusieurs sources d'énergie renouvelable et technologies de stockage afin de remplacer les carburants fossiles⁵³³. Il reste également de nombreux problèmes techniques à résoudre, par exemple l'intermittence et la variabilité de l'énergie éolienne et solaire, l'intégration durable de la production d'énergie issue de sources renouvelables dans les réseaux électriques existants et la raréfaction des terres rares utilisées dans la fabrication des éoliennes et des voitures électriques et la pénurie d'autres ressources plus communes⁵³⁴.

772. Il faut absolument améliorer l'efficacité énergétique pour faire diminuer la quantité d'énergie renouvelable qui sera nécessaire. Cependant, une meilleure efficacité énergétique peut faire baisser le prix de l'énergie, ce qui peut inciter les usagers à augmenter leur consommation (un phénomène appelé « paradoxe de

have? », *Energies*, n° 2, n° 1 (2009); p. 25 à 47; N. Stern, *The Economics of Climate Change: The Stern Review* (Cambridge, Cambridge University Press, 2006).

⁵³² C. B. Field *et al.*, dir., *Managing the Risks of Extreme Events and Disasters to Advance Climate Change Adaptation: Special Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (Cambridge, Cambridge University Press, 2012).

⁵³³ R. Costanza, J. Farley et I. Kubiszewski, « Adapting institutions for life in a full world » in *State of the World 2010: Transforming Cultures – From Consumerism to Sustainability*, Worldwatch Institute (New York, Norton and Company, 2010).

⁵³⁴ Worldwatch Insitute, *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*

Jevons »). Même si le monde entier passe à l'énergie renouvelable, il est essentiel de ménager la consommation d'énergie pour garantir un avenir viable.

773. Les États devraient éliminer tous les obstacles à la viabilité en recourant plus souvent aux technologies propres et à l'innovation et en promouvant et en élaborant des modèles de production et de consommation viables issus de la coopération scientifique et technique entre les différents pays et régions, notamment l'échange accepté de part et d'autre de toutes les technologies pertinentes.

774. Lorsqu'il est question de démographie et de changements climatiques, on commet souvent l'erreur d'associer une population plus nombreuse à des émissions plus importantes de gaz à effet de serre, soit une personne par unité de consommation. Toutefois, seules 2,5 milliards de personnes, soit un peu plus du tiers de la population mondiale, pourraient être actuellement considérées comme ayant des habitudes de consommation qui contribuent aux émissions⁵³⁵. Moins d'un milliard de ces personnes ont en réalité un impact majeur sur les émissions, et une faible minorité est responsable d'une grande partie des dommages. Tous les êtres humains devraient profiter des ressources de la Terre, mais s'ils le faisaient à la manière et au niveau des pays développés, il y a longtemps que notre système écologique se serait effondré.

775. Certes, la stabilisation immédiate du nombre d'habitants permettrait d'améliorer nettement la situation à long terme, mais cela ne changerait pas grand-chose à la crise écologique mondiale que nous traversons actuellement. À de très rares exceptions près, les pays qui affichent des niveaux de consommation élevés ont déjà des taux de fécondité faibles voire inférieurs au seuil de renouvellement des générations. Par conséquent, leur croissance démographique est due à un solde migratoire positif ou à l'inertie (c'est-à-dire qu'elle résulte de la fécondité des générations précédentes et donc du nombre de femmes actuellement en âge de procréer) et n'est guère influencée par les programmes de planification familiale. En effet, nombre de ces pays essaient de faire remonter la fécondité de leur population.

776. En revanche, les pays dont le taux de fécondité est élevé sont généralement enlisés dans la pauvreté et connaissent des taux de consommation très faibles. Les pays pauvres et leur population ont le droit de se développer et d'améliorer leurs conditions de vie, un objectif qui nécessite aujourd'hui une croissance économique plus importante. Si ce scénario se concrétise, leur consommation augmentera et à moins que cette augmentation ne suive des modes de consommation radicalement différents de ceux des pays plus riches, elle contribuera d'autant plus aux changements climatiques.

777. Le lien qui existe entre l'évolution de la fécondité et celle de la consommation est un aspect important mais souvent oublié des questions démographiques relatives au développement. Au fur et à mesure qu'une société évolue, les individus et les ménages tendent à diminuer leur fécondité pour diverses raisons complémentaires, notamment une mortalité infantile plus faible et des désirs de consommation plus

⁵³⁵ Les « consommateurs » sont définis dans une étude de McKinsey and Company comme les personnes gagnant au moins 10 dollars par jour. Bien entendu, le fait que la barre ait été placée si bas gonfle le nombre de personnes qui contribuent dans une mesure importante aux émissions de gaz à effet de serre, mais il démontre aussi que seule une minorité de la population est en réalité consommatrice et responsable de ces émissions.

importants. La baisse de la fécondité fait alors augmenter le revenu par habitant du foyer, qui a alors une plus grande capacité de consommer. Par conséquent, si les programmes de planification familiale parviennent à réduire la fécondité, la capacité de diminuer les émissions de gaz à effet de serre dépendra entièrement du niveau et de la nature de la consommation et de la croissance économique.

C. Coût d'un développement durable inégal

778. De nombreuses personnes sont sorties de la pauvreté grâce au modèle mondial de développement. Cependant, les inégalités qui subsistent au niveau des revenus, des conditions de vie et plus généralement des perspectives d'avenir demeurent la cause d'une segmentation économique, sociale, environnementale et politique : 8 % de la population mondiale cumule 82 % des richesses de la planète, et l'inégalité a crû de façon exponentielle à cet égard au cours des 20 dernières années.

779. Quand l'inégalité qui se creuse fait obstacle au bien-être d'un grand nombre de personnes, tous les pans de la société sont touchés. L'inégalité menace la cohésion sociale, l'empathie et le partage des responsabilités parce qu'elle cause et exacerbe la segmentation sociale. C'est vrai sur le plan politique, car les ressources économiques jouent un rôle prépondérant dans l'accès à la vie politique, l'influence qu'on y exerce et dans l'obtention de résultats, et sur le plan social car il est peu probable que des personnes ayant des degrés de richesse et de revenus différents vivent dans les mêmes quartiers, se rencontrent à l'école, puissent se comprendre et éprouver de l'empathie. L'inégalité entrave également la mobilité sociale et la capacité des gens à sortir de la pauvreté et à obtenir des moyens de subsistance plus sûrs⁵³⁶.

780. L'objectif du développement consiste à faire en sorte que la population soit largement éduquée, en bonne santé, en sécurité et maîtresse de son destin, conditions qui sont également celles d'une croissance économique qui profite à tous. Les États qui s'efforcent de promouvoir activement les capacités de leur peuple, offrent des services publics universels, gouvernent de façon efficace et efficiente, luttent contre la discrimination et sont issus d'un système politique participatif sont en mesure de produire un développement plus égal⁵³⁷. Quand l'inégalité augmente, la capacité et la volonté des gouvernements à offrir une base commune et solide de capacités à l'ensemble de la population se dégrade. Et quand la population fait l'expérience de la discrimination, que ce soit en raison des revenus, du sexe, de l'origine ethnique ou de la race, du handicap, de l'orientation ou de l'identité sexuelle ou d'autres facteurs, sa santé, sa dignité et son aptitude à tirer le meilleur

⁵³⁶ J. S. Hellman et D. Kaufmann, « The inequality of influence », document de travail du réseau Social Science Research Network, disponible à l'adresse : http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=386901; M. Corak, « Income inequality, equality of opportunity, and intergenerational mobility », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 27, n° 3 (2013), p. 79 à 102; K. Bjorvatn et A. W. Cappelen, « Inequality, segregation, and redistribution », *Journal of Public Economics*, vol. 87, n° 7 et 8 (2003), p. 1657 à 1679.

⁵³⁷ J. Dreze et A. Sen, *An Uncertain Glory: India and its Contradictions* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013).

parti possible de ses moyens et de ses contributions sont profondément entamées, ce qui a un coût considérable pour l'ensemble de la société⁵³⁸.

781. La dégradation de l'environnement ne fait que refléter l'étendue et les conséquences de l'inégalité. Ce sont les plus pauvres qui subissent la plupart des conséquences néfastes pour l'environnement des déchets et des sous-produits générés par l'industrie, et ils sont touchés au plus haut point par les changements climatiques. Le fait que l'inégalité se creuse menace également la capacité de la planète à produire suffisamment pour tous. La création de richesses nécessite des ressources naturelles. Par conséquent, le détournement par une petite partie de la population de l'écrasante majorité des richesses de la planète et donc de ses ressources limitées diminue les ressources qui sont disponibles pour réduire la pauvreté et transmettre le développement fondé sur les droits aux générations actuelles et futures. Ces difficultés montrent la nécessité d'instaurer des conditions de vie semblables pour tous et de répartir équitablement les risques que posent l'industrie et ses conséquences sur la santé.

Nouvelles dispositions relatives aux droits de l'homme adoptées depuis la Conférence internationale sur la population et le développement

Encadré 31

Droit au développement

Textes relatifs aux droits de l'homme issus des travaux d'organes intergouvernementaux. Le Conseil des droits de l'homme, réaffirmant la Déclaration sur le droit au développement (1986) et soulignant qu'il est urgent de faire du droit au développement une réalité pour tous, a adopté une série de résolutions, y compris la résolution 21/32 sur le droit au développement (2012) dans laquelle il a pris note des activités du Groupe de travail sur le droit au développement, notamment pour élaborer des critères et les sous-critères correspondants qui permettront de surveiller l'application de ce droit.

Dispositions non contraignantes. Dans sa résolution 17/4 (2011), le Conseil des droits de l'homme a entériné les Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme : mise en œuvre du cadre de référence « protéger, respecter et réparer » des Nations Unies, qui définissent une norme mondiale en matière de prévention et de lutte contre les effets néfastes des activités commerciales sur la jouissance des droits de l'homme.

⁵³⁸ Krieger, « Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination »; Pascoe et Smart Richman, « Perceived discrimination and health: a meta-analytic review »; Williams, Neighbors et Jackson, « Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies »; Williams et Mohammed, « Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research » (voir note de bas de page 176 plus haut).

Priorités des gouvernements : liens entre population et développement durable

Développement socialement viable, réduction de la pauvreté et droits	70 % des gouvernements
Préservation de l'environnement	52 % des gouvernements
Prise en compte de l'évolution de la population dans le développement durable	43 % des gouvernements
Développement de l'infrastructure	40 % des gouvernements
Santé et éducation	35 % des gouvernements

782. Les réponses des gouvernements à l'enquête mondiale laissent penser qu'une large majorité d'entre eux sont conscients que le développement pour tous passe par le développement socialement viable et la préservation de l'environnement et que la croissance économique est un moyen de réaliser le bien-être et non de le mesurer. Au sujet des liens entre la population et le développement durable, 70 % des gouvernements ont répondu qu'au cours des 5 à 10 prochaines années, ils allaient accorder la priorité à la question « développement socialement viable, réduction de la pauvreté et droits ». La deuxième priorité citée a été la « préservation de l'environnement » (52 % des gouvernements), tandis que la « croissance économique » n'a été considérée comme prioritaire que par 25 % des gouvernements.

D. Solutions de durabilité : population et développement après 2014

783. Les progrès notables présentés dans les sections précédentes du présent rapport mettent en évidence le succès du modèle adopté par les États Membres à la Conférence internationale sur la population et le développement, il y a 20 ans, à savoir que la protection des droits individuels et la promotion de l'égalité entre les sexes non seulement accéléreraient la réalisation d'un développement sans exclusion mais contribueraient aussi à ralentir encore l'accroissement démographique. D'importants résultats ont été obtenus depuis 1994, ce qui permet de mener une réflexion plus poussée sur ce qui doit être fait après 2014 pour réaliser les objectifs de développement durable qui n'auront pas été atteints ainsi que dans le cadre du programme pour l'après-2015.

784. Dans chacune des sections précédentes, des changements techniques, institutionnels et politiques ont été recommandés afin d'assurer l'exercice des droits de l'homme, d'améliorer l'état de santé, les connaissances et la participation de la population, d'offrir des solutions de logement plus sûres et plus abordables et d'établir des systèmes de responsabilisation plus solides. Les recommandations peuvent certes être considérées séparément, néanmoins elles se renvoient l'une à l'autre en se complétant et offrent des bases pour la réalisation du développement

durable, comme récapitulées dans les sept solutions devant conduire à la durabilité et exposées ci-après.

1. Renforcer l'égalité, la dignité et l'exercice des droits

785. Depuis 20 ans, les principes établis par les États Membres à la Conférence internationale sur la population et le développement, à savoir que tous les êtres humains sont libres et égaux en dignité et en droits, ont guidé les efforts faits pour développer les systèmes de protection des droits de l'homme et les dispositifs de responsabilisation, et en particulier pour réaliser et protéger les droits procréatifs des femmes et des adolescentes. Toutefois, si ces progrès méritent d'être salués, la discrimination et l'absence de débouchés demeurent une réalité quotidienne pour beaucoup de femmes, de filles, de jeunes, de personnes âgées, de migrants, de personnes handicapées, de membres des communautés autochtones et des minorités ethniques et raciales, de personnes d'orientation et d'identité sexuelles différentes, de personnes vivant avec le VIH, de réfugiés, de travailleurs du sexe et d'autres.

786. Les violations des droits fondamentaux des femmes et des filles, notamment la violence sexiste, les pratiques néfastes, comme le mariage d'enfants, le mariage précoce ou forcé et les mutilations génitales et sexuelles féminines, l'inégalité d'accès des femmes et des filles à l'éducation et l'inégalité d'accès des femmes à l'emploi et aux fonctions de direction et de décision sont ce qui porte le plus préjudice à leur dignité et leur bien-être et à ceux de leur famille et de leur communauté et qui entrave la réalisation d'un développement durable sans exclusion. Il est par conséquent indispensable de faire en sorte que l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes soient une réalité.

787. Par ailleurs, les éléments examinés dans le présent rapport mettent en avant de plus en plus de recherches sociales démontrant que la stigmatisation, la discrimination et la violence, qui entravent la pleine participation des personnes à la vie de la société, entraînent des coûts non seulement du fait de leurs effets préjudiciables sur la santé physique et mentale des victimes mais aussi parce qu'elles limitent leur productivité et leurs réalisations. Afin de mettre les avantages formidables qu'offrent la créativité humaine, l'innovation, la diligence et la productivité au service du développement, il faut et il faudra s'investir bien davantage dans l'instauration de sociétés justes et exemptes de discrimination et de violence.

788. Les objectifs relatifs à la population et au développement définis en 1994 et qui n'ont pas été réalisés, demeurent plus que jamais d'actualité et la suite à donner au Programme d'action après 2014 devrait s'inspirer du principe consacré de l'universalité des droits de l'homme et de la dignité de tous, pour les générations actuelles comme pour les générations futures. Il est nécessaire de faire en sorte que les avantages sectoriels décrits dans le Programme d'action bénéficient à tous si l'on veut mettre fin à la perpétuation de la pauvreté d'une génération à l'autre et édifier des sociétés durables, adaptatives et solidaires.

2. Investir dans les soins de santé et l'éducation tout au long de la vie, en particulier pour les jeunes

789. La nécessité d'assurer un bon état de santé et un enseignement de qualité, y compris une éducation sexuelle complète, doit être réaffirmée et prise en compte dans les investissements des pouvoirs publics et du secteur privé. Le manque

d'éducation et la mauvaise santé sont les manifestations et les facteurs de risque les plus communs de la pauvreté; ils compromettent la croissance économique et le bien-être humain et empêchent les individus et les sociétés d'innover et de prospérer dans un monde en évolution. Les investissements dans l'éducation et la santé des filles et des femmes ont toujours été insuffisants mais, si l'on en juge par ce qu'une plus grande autonomisation et une meilleure éducation des femmes et la réalisation progressive de leurs droits procréatifs apportent au développement mondial depuis 20 ans, ces investissements rapportent beaucoup à la société.

790. La cohorte de jeunes la plus nombreuse de l'histoire humaine est sur le point d'entrer dans la vie active, et leur réussite définira des modèles de développement non seulement pour l'Afrique subsaharienne et l'Asie centrale, où ils constituent une forte proportion de la population, mais aussi pour le monde entier, compte tenu de l'interdépendance et de la mondialisation croissantes des économies. Il nous appartient d'enrichir la vie des jeunes et de leur donner les moyens dont ils auront besoin pour élargir leurs choix et forger un avenir novateur et durable pour la planète.

791. Avec le vieillissement des sociétés – phénomène que connaissent beaucoup de pays et que bien d'autres connaîtront dans les prochaines décennies – les effets de la sous-éducation perdurent, d'où la nécessité d'envisager une éducation tout au long de la vie. Une telle éducation permettra aux personnes âgées de contribuer aux économies en mutation et fournira un deuxième dividende démographique grâce à une main-d'œuvre âgée engagée, expérimentée et bien formée.

792. Le présent rapport met l'accent sur les progrès accomplis par beaucoup de pays sur les plans de la santé sexuelle et procréative, de l'accès à l'éducation et de la parité des sexes à l'école, mais ces améliorations n'ont guère bénéficié à ceux qui en ont le plus besoin, et qui, en 1994, en étaient exclus. Les capacités des populations les plus pauvres du monde, urbaines et rurales, demeurent non exploitées en raison d'une éducation de mauvaise qualité, de systèmes de soins de santé précaires dotés d'effectifs insuffisants, du détournement de l'argent public par la corruption ou au profit de rendements économiques à court terme. Les différences dans les progrès faits en matière de développement depuis 20 ans entre les États qui ont réinvesti dans les capacités du secteur public et ceux qui ne l'ont pas fait montrent combien ces investissements sont importants pour la croissance économique, la santé publique et le bien-être de la population à long terme.

3. Garantir l'accès universel aux soins de santé sexuelle et procréative et aux droits sexuels et procréatifs

793. Pour la plupart des femmes dans le monde, et des jeunes femmes en particulier, le combat pour les droits individuels et la liberté de choisir leur avenir est un combat de longue haleine qui est loin d'être gagné. Le fait que l'usage de la force et de la violence pour maintenir le pouvoir patriarcal est toléré dans de nombreux pays et dans toutes les classes de la société est l'une des plus grandes injustices de l'histoire humaine. Pour que les femmes puissent contribuer à l'enrichissement et à la croissance de la société, à l'innovation et au développement, elles doivent pouvoir décider du nombre d'enfants qu'elles veulent avoir et planifier les naissances, sans être soumises à la violence ou à la coercition, envisager la grossesse et l'accouchement en toute confiance, sans crainte d'être malades, de

devenir handicapées ou de mourir, et s'attendre à ce que leurs enfants survivent et soient en bonne santé.

794. Loin d'être une garantie de protection sociale, le mariage précoce a pour conséquence des grossesses précoces avec les nombreux risques qui y sont liés et met souvent fin à l'éducation des jeunes femmes. Le retardement du mariage et de la maternité donne aux jeunes femmes le temps de développer leur potentiel, de sortir du cadre familial ou de partir ailleurs, d'accéder au marché du travail et de gagner leur vie, et d'aborder le mariage et la maternité en toute indépendance et connaissance de cause. Le retardement du mariage et de la maternité sauve aussi des vies, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement étant les principales causes de décès parmi les adolescentes de 15 à 19 ans dans les pays en développement⁵³⁹.

795. L'égalité entre les sexes ne peut être réalisée que si toutes les filles et les femmes peuvent faire librement des choix éclairés en matière de sexualité et de procréation; de nouveaux investissements doivent donc être faits pour leur assurer à toutes l'accès à des soins de santé sexuelle et procréative de qualité et l'exercice des droits sexuels et procréatifs. L'examen a fait ressortir des inégalités persistantes dans l'accès aux services de santé et a mis l'accent sur les conséquences préjudiciables qui en résultent pour beaucoup de personnes, en particulier la mortalité et la morbidité des femmes pauvres durant la grossesse et à l'accouchement ou du fait d'avortements non médicalisés.

796. Pour garantir l'accès universel à des soins de santé sexuelle et procréative de qualité et l'exercice des droits sexuels et procréatifs, il faut investir davantage dans le renforcement des systèmes de santé afin de rendre ces services essentiels disponibles partout. Cet aspect devrait être particulièrement pris en compte dans les propositions visant à généraliser la couverture sanitaire. Par ailleurs, il faut s'attaquer aux inégalités structurelles et aux autres obstacles à l'accès aux services de santé, notamment ceux liés à la stigmatisation et à la discrimination, afin de permettre à tous de jouir de la santé et des droits sexuels et procréatifs.

4. Promouvoir la sécurité d'occupation et la mobilité en toute sécurité

797. Les migrations sont une caractéristique de la mondialisation, les individus ayant de plus en plus accès à l'information et la possibilité de se déplacer, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des frontières nationales. Dans certains endroits, la pauvreté, le manque de débouchés ou l'absence d'investissements dans l'acquisition de capacités conduisent les personnes, en particulier les jeunes, à migrer à l'intérieur du pays ou à l'étranger pour obtenir de meilleurs salaires, pouvoir envoyer de l'argent à leur famille et améliorer leurs conditions de vie. Pour les jeunes femmes vivant sous le joug patriarcal, la migration est de plus en plus un moyen de conquérir la liberté et l'indépendance, qu'elles ne pourraient obtenir autrement.

798. Pour certains, la migration est donc moins un choix qu'une nécessité pour leur propre survie ou celle de leur famille. En matière de migration, il est peu aisé de déterminer celles qui se font par nécessité ou par choix, car dans la plupart des cas

⁵³⁹ FNUAP, *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights* (New York, 2010).

elles ne sont ni entièrement volontaires ni entièrement forcées⁵³⁹. Promouvoir la durabilité en garantissant la mobilité en toute sécurité et la sécurité d'occupation revient à mettre fin à la migration forcée et à aider ceux qui veulent migrer. Cela suppose qu'il faut offrir à ceux qui veulent rester là où ils sont de meilleurs moyens de subsistance et créer des conditions sociales qui garantissent la dignité et l'égalité et offrent des débouchés, afin de réduire les facteurs d'incitation énoncés dans le Programme d'action. Toutefois, même quand ces facteurs n'existent pas, beaucoup veulent migrer pour améliorer leur situation sociale ou économique. Pour leur assurer la liberté de migrer, il faut lever les obstacles auxquels ils se heurtent, qu'il s'agisse de migrants effectifs ou potentiels, accepter leurs contributions aux sociétés de destination et d'origine et les protéger ainsi que les membres de leur famille contre la discrimination ou toutes les autres formes d'exclusion. Il faut encourager les investissements dans les collectivités d'origine et de destination en promouvant et protégeant les droits de l'homme et les libertés fondamentales de tous les migrants, quel que soit leur statut migratoire, et en luttant contre toutes les formes de discrimination à leur égard, notamment la violence et l'exploitation visant les femmes et les filles.

799. Si certains migrants internes et internationaux parviennent à atteindre leur objectif, d'autres ne peuvent même pas quitter leur lieu d'origine, car ils n'ont ni la liberté ni les ressources nécessaires pour le faire et vivent dans une insécurité accrue, une pauvreté et une vulnérabilité extrêmes. Certains perdent leur maison et leurs terres et se retrouvent sans abri, tandis que d'autres sont déplacés dans leur propre pays ou chassés vers un autre pays par des conflits. Toutes ces personnes, migrants internes, migrants internationaux, sans-abri, personnes déplacées ou réfugiés, devraient avoir accès à l'éducation, aux soins de santé et à la protection sociale et leur sécurité devrait être assurée et leur intégration facilitée.

5. Édifier des villes durables et solidaires

800. Sachant que le taux de croissance des villes dans le monde est actuellement de plus de 1,3 million de personnes par semaine, la planification de l'urbanisation et l'édification de villes durables devraient être une priorité pour les pays en transition urbaine. Des villes capables d'absorber l'accroissement démographique reliées aux zones rurales alentour et garantissant des services pour les pauvres sont un élément clef du développement durable et du développement effectif des zones rurales.

801. Les résultats qui pourront être obtenus en matière d'environnement dépendent beaucoup des décisions prises concernant l'emplacement et l'organisation des agglomérations urbaines et de leur croissance. Les villes peuvent présenter beaucoup d'avantages pour ce qui est de concilier les réalités économiques et démographiques du XXI^e siècle avec les exigences de durabilité et de faire face aux effets des changements climatiques. Il est généralement admis que, abstraction faite du revenu, la concentration urbaine est plus économe en ressources et, avec ses économies d'échelle, permet une utilisation plus rationnelle des terres. De plus, la protection de la biodiversité et des écosystèmes naturels, notamment la conservation des forêts naturelles, dépend de l'absorption de la population dans les zones densément peuplées. Les villes pourraient devenir un élément essentiel de la solution aux problèmes posés par les changements climatiques et autres problèmes

⁵³⁹ G. Hugo, « Environmental concerns and international migration », *International Migration Review*, vol. 30, n° 1 (1996), p. 105 à 131.

environnementaux⁵⁴¹, grâce à un aménagement urbain respectueux de l'environnement, y compris une amélioration du rendement énergétique, en particulier dans les secteurs des transports et du logement. Le fait que le monde connaît une urbanisation spectaculaire, en particulier en Afrique et en Asie, continents qui enregistreront le plus fort taux d'accroissement démographique, offre une occasion unique en matière de durabilité, pour peu que des politiques judicieuses soient mises en place.

802. Ces politiques doivent viser à renforcer l'utilisation rationnelle des ressources et à réduire au minimum les effets sur l'environnement tout en faisant en sorte que les villes soient conçues de manière à garantir la dignité humaine et le respect des droits de l'homme et à offrir des perspectives aux populations pauvres et marginalisées, à l'intérieur et à l'extérieur de leurs murs. Des interconnexions solides entre zones urbaines et zones rurales, qui facilitent l'accès à la ville et les flux de personnes et de ressources, peuvent stimuler les marchés, améliorer l'accès aux services et créer des débouchés. À mesure que les personnes migrent vers les villes, il est indispensable d'assurer leur sécurité d'occupation en veillant à ce qu'il y ait suffisamment de logements abordables, sachant que la croissance et la densité urbaines ont tendance à faire monter les prix et à accroître le risque d'exclusion des pauvres. Les expulsions liées au développement⁵⁴² sont une des causes les plus fréquentes du déplacement des citadins pauvres. Souvent effectuées au nom du bien public, elles portent en réalité atteinte aux droits de l'homme des pauvres et à leur dignité et compromettent leurs chances. Au Sommet mondial de 2005, les dirigeants politiques se sont engagés à lutter contre la prolifération des taudis et à réhabiliter les taudis existants afin d'éliminer les pratiques répandues de démolition des quartiers insalubres et d'expulsion. Les systèmes judiciaires doivent être dotés de l'autorité qui leur permettra de faire respecter ces engagements et de protéger la sécurité d'occupation des sols, en particulier pour les femmes qui n'ont souvent aucun droit en matière d'héritage, et pour les femmes et les groupes autochtones, qui souvent n'ont pas le droit de détenir des terres ou des biens, dans la pratique, voire sur le plan juridique.

803. La participation généralisée de la population à la gouvernance urbaine peut aider à faire en sorte que les politiques urbaines répondent aux besoins des plus vulnérables. Une telle participation doit être institutionnalisée, notamment par l'établissement de budgets à cet effet et d'une coopération officielle avec les organisations de la société civile et les communautés marginalisées, ce qui peut empêcher la mainmise de l'élite sur les systèmes de gouvernance et faciliter une gouvernance par tous et pour tous.

⁵⁴¹ *World Economic and Social Survey 2013: Sustainable Development Challenges* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.13.II.C.1).

⁵⁴² Expulsions planifiées ou pratiquées sous le prétexte de servir le « bien public », notamment celles associées à des projets de développement et d'infrastructures (comme la construction de barrages ou d'autres grands projets industriels ou de production d'énergie ou les activités minières et autres industries extractives); mesures d'acquisition de terres pour la réalisation de programmes de rénovation urbaine, de réhabilitation des quartiers insalubres, de modernisation du logement ou d'embellissement des villes ou d'autres programmes d'aménagement du territoire (y compris à des fins agricoles); litiges sur des droits fonciers; spéculation foncière incontrôlée; tenue de grandes manifestations commerciales ou sportives internationales; et, semble-t-il, des fins environnementales. Pour plus de renseignements, voir les principes de base et directives concernant les expulsions et les déplacements liés au développement (A/HRC/4/18, annexe I).

6. Modifier les modes de consommation

804. Il est nécessaire de changer radicalement les modes de consommation afin de freiner le gaspillage frénétique des ressources naturelles, de recentrer les aspirations en matière de développement sur le respect de la dignité de tous et donner aux générations futures de meilleures perspectives en la matière. Sans changement radical des modes de consommation et des aspirations matérielles, en particulier parmi ceux qui se situent tout en haut de la courbe de consommation et qui ponctionnent la plupart des ressources, les nouvelles techniques et l'amélioration des pratiques en matière de commerce et de transport ne peuvent que retarder des catastrophes imminentes.

805. C'est au niveau de la société qu'il faut d'abord modifier les modes de consommation. Les contributions de base à la consommation – modes de transport, types de logement, services d'utilité collective – sont déterminées surtout par l'organisation de la société dans laquelle nous vivons et l'infrastructure publique dont elle s'est dotée. Par conséquent, l'un des changements les plus efficaces et les plus justes dont disposent les pouvoirs publics pour améliorer l'efficacité et garantir un accès universel et équitable aux débouchés matériels, sociaux et économiques consiste à mettre en place et à entretenir des infrastructures et des services publics et universels rentables. Les services publics les plus essentiels sont l'alimentation en eau salubre, les systèmes de communication, un système de santé publique solide et qui fonctionne bien, des services d'utilité collective réglementés et des systèmes de transport publics à bon rendement énergétique. Ces services, qui doivent être assurés au premier chef par les pouvoirs publics, sont un moyen essentiel de réduire la consommation individuelle et générale, et en même temps de garantir la dignité des personnes et de créer des débouchés.

806. L'investissement dans les services publics a une incidence immédiate et concrète sur les individus et la société dans son ensemble. De plus, les produits de cet investissement sont dans beaucoup de cas transférés aux générations futures et permettent l'élargissement de leurs capacités. Notre génération ne verra probablement pas les effets bénéfiques qu'aura le changement de nos modes de consommation sur l'environnement. Nous ne devons pas pour autant oublier que nous avons la responsabilité partagée d'améliorer les perspectives des générations futures.

807. La consommation durable exige également que les consommateurs se responsabilisent. Au contraire de ceux qui se situent tout en bas de la courbe de répartition des revenus, et dont les choix en matière de consommation sont limités, voire inexistantes et de fait consomment relativement peu, ceux qui ont un revenu plus élevé ont beaucoup plus de choix et consomment souvent beaucoup. Comme les individus sont de plus en plus sensibilisés aux effets des changements climatiques et d'autres activités humaines sur l'environnement, des mesures d'incitation à la réduction de la consommation conjuguées avec des innovations visant à proposer des moyens viables de consommer moins sans perdre en bien-être permettront à tous de faire d'autres choix.

808. Si la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 a permis de réévaluer la manière dont le monde oppose droits de l'homme et crainte de la surpopulation, un changement culturel est à nouveau indispensable afin de faire admettre que le bien-être n'est pas, et ne doit pas être, synonyme de consommation accrue. Pour appliquer les principes de développement fondés sur les

droits de la personne énoncés dans le Programme d'action, il nous faut changer notre façon de concevoir le bien-être individuel qui doit découler de modes de vie et de moyens de subsistance plus équitables et moins préjudiciables pour l'environnement, l'accent étant mis sur l'innovation et sur une action collective plus efficace face aux défis mondiaux.

7. Renforcer l'action et la transparence au niveau mondial

809. Il faut renforcer l'action et la transparence fondées sur la connaissance au niveau mondial pour pouvoir progresser dans les six domaines décrits plus haut, ce qui nécessite une volonté politique, une large participation de la société civile et la création et l'utilisation des connaissances pour suivre le respect des engagements pris en matière de développement durable.

810. Vu la nature et la gravité de ces problèmes qui se recoupent, les initiatives mondiales revêtent une importance déterminante d'autant plus que la gouvernance mondiale actuelle laisse malheureusement à désirer, en particulier pour ce qui est des droits de l'homme, de la lutte contre la pauvreté, de l'évolution inégale de la situation économique et démographique dans différents pays et de la nécessité urgente et à long terme de protéger l'environnement.

811. Des questions nécessitant un consensus mondial ont été soulevées avant la quinzième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, tenue à Copenhague en 2009. C'est lors de cette réunion que se sont déroulées les plus importantes négociations ouvertes à tous sur le développement durable depuis le début des années 90, mais le peu de progrès qui en a résulté a suscité une perte générale de confiance vis-à-vis des conférences internationales. Les attentes ont été revues à la baisse pour les conférences des Parties qui ont suivi et la Conférence des Nations Unies sur le développement durable tenue à Rio de Janeiro (Brésil) en 2012, mais elles n'ont toutefois pas été dépassées⁵⁴³. Au vu des nombreuses tentatives faites par le passé pour créer des institutions de gouvernance mondiale, ces difficultés ne sont pas surprenantes⁵⁴⁴, même si, de l'avis général, les objectifs fixés étaient louables.

812. Il est peut-être nécessaire de concevoir de nouveaux mécanismes de direction et de participation, pour assurer la participation démocratique de toutes les catégories de la population aux processus de gouvernance et aux travaux des institutions publiques afin de générer des investissements pour promouvoir la durabilité sur les plans social, économique et environnemental. Toutefois, la participation et la direction exigent aussi que des informations fiables soient disponibles sur la dynamique des populations, les droits de l'homme, les tendances actuelles et naissantes en matière d'égalité sociale et économique et les menaces pesant sur l'environnement aux fins de la définition concertée des priorités, de l'élaboration de stratégies, de l'établissement de budgets et des responsabilités. Grâce à la révolution informatique, tous les individus dans le monde peuvent accéder à ces informations, y compris les jeunes et les personnes marginalisées ou défavorisées, jetant ainsi les bases d'une connaissance plus vaste, d'une plus grande transparence et d'une inclusion plus totale.

⁵⁴³ I. Goldin, *Divided Nations: Why Global Governance is Failing, and What We Can Do About It* (Oxford, Oxford University Press, 2013).

⁵⁴⁴ M. Mazower, *Governing the World: The History of An Idea* (New York, Penguin Press, 2012).

E. Après 2014

813. Au cours des 20 dernières années, les diverses structures sociales ont largement appuyé les principes essentiels convenus lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, à savoir que le développement du

le passe par l'investissement dans les droits de l'homme, les capacités et la dignité des personnes, dans nombre de secteurs et tout au long de la vie. Le cadre d'actions basé sur l'examen opérationnel exige une approche globale du développement durable, qui tienne compte des liens d'interdépendance entre les droits de l'homme, la non-discrimination, l'égalité entre les sexes, la santé sexuelle et procréative, la dynamique des populations, le développement et la durabilité, et entre la planification, l'exécution et l'obligation d'obtenir des résultats.

814. Étant donné les inégalités sociales et économiques actuelles, les menaces pesant sur la planète et les conclusions de l'examen, les choix qui sont et seront faits concernant le développement doivent être guidés par une conscience plus aiguë que nous partageons une humanité commune et par un respect rigoureux des principes et des objectifs énoncés dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Les jeunes grandissent en étant de plus en plus sensibilisés aux effets néfastes que les activités humaines peuvent avoir sur l'environnement, ce qui, cumulé à leur accès croissant à des connaissances et des moyens de communication collectifs, laisse espérer que l'innovation permettra d'édifier un avenir durable.

815. Pour mener une action collective efficace face aux défis mondiaux exposés dans le présent cadre de suivi, sur la base des conclusions de l'examen, l'Assemblée générale et le Secrétaire général, en coopération avec les organes directeurs des organisations du système des Nations Unies, devraient jouer un rôle de chef de file et procéder à l'examen des mécanismes institutionnels et de gouvernance qui ont été mis en place pour s'attaquer aux problèmes mondiaux, en vue d'assurer une coordination efficace, ainsi que l'intégration et la cohérence aux niveaux national, régional et mondial, à la mesure de l'ampleur de l'action nécessaire pour garantir un développement durable fondé sur les droits.

816. La session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au suivi du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014 offre une occasion unique de donner suite aux conclusions et recommandations issues de l'examen opérationnel concernant la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'action au-delà de 2014. L'Assemblée est invitée à examiner comment tenir compte de conclusions et recommandations lors de l'examen préliminaire du programme de développement pour l'après-2015 et lors des préparatifs de la session extraordinaire, en vue de faire bénéficier pleinement les générations futures des principes d'égalité, de dignité et de respect des droits, et de garantir un développement durable.

Cadre de suivi du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014

Tableau du cadre de suivi

<i>Programme d'action au-delà de 2014</i>		<i>Indicateurs retenus</i>	
<i>Objectifs et sous-objectifs</i>	<i>Engagement</i>	<i>Effort</i>	<i>Résultat</i>
I. Garantir la dignité, les droits de l'homme et la non-discrimination pour tous			
1. Éliminer la pauvreté et promouvoir des moyens d'existence équitables	Date d'entrée en vigueur et portée des lois nationales d'application du droit à la sécurité sociale, y compris assurance maladie, retraite, chômage, accidents du travail et maladies professionnelles, maternité/paternité, incapacité ou invalidité, et prestations pour orphelins et conjoints survivants	Pourcentage de pauvres bénéficiant d'un soutien financier ou d'une aide sous forme de complément de revenu périodique	Proportion de la population vivant en dessous du seuil international de pauvreté, qui est actuellement de 1,25 dollar des États-Unis par jour en parité de pouvoir d'achat (PPA)
	Plein emploi figurant parmi les objectifs des banques centrales (d'après leurs statuts) et des gouvernements (d'après leurs programmes électoraux)	Proportion de chômeurs recevant une allocation, par sexe	Proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté
Mesures en faveur des plus démunis, y compris adoption d'une loi sur le salaire minimum, la liberté de former des syndicats et de participer à des négociations collectives	Proportion de personnes âgées (60 ou 65 ans et plus) recevant une pension de retraite, par sexe	Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale	Augmentation de la consommation/des revenus des 40 % les plus pauvres (pourcentage de la consommation réelle/du revenu réel par habitant)
Date d'entrée en vigueur et portée des lois nationales d'application du droit au travail, y compris réglementations visant à garantir l'égalité des chances pour tous et à éliminer la discrimination liée à	Indicateurs de la protection sociale minimale*	Travailleurs pauvres [proportion de la population occupée disposant de moins de 1,25 dollar par jour (en parité de pouvoir d'achat)]	Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale
	Indicateur de l'apprentissage tout au long de la vie*		

<i>Programme d'action au-delà de 2014</i>		<i>Indicateurs retenus</i>	
<i>Objectifs et sous-objectifs</i>	<i>Engagement</i>	<i>Effort</i>	<i>Résultat</i>
	l'emploi, et mesures spéciales en faveur de groupes cibles (femmes, enfants, migrants, autochtones)		Ratio emploi/population parmi la population en âge de travailler, par sexe, groupe cible et niveau d'instruction Indicateur du travail domestique et familial non rémunéré* Taux de chômage par sexe, âge et lieu de résidence Proportion de la population active bénéficiant d'un ou plusieurs régimes de sécurité sociale*
2. Renforcer le pouvoir des femmes et des filles, réduire toutes les formes de violence faite aux femmes et promouvoir l'égalité des sexes	Durée du congé de maternité et de paternité et du congé parental Existence de lois sur la propriété et les successions non discriminatoires vis-à-vis des femmes et des filles Existence de lois contre le mariage d'enfants et d'une législation fixant l'âge légal du mariage à 18 ans	Application d'un quota hommes-femmes aux élections (sièges réservés aux femmes à l'assemblée législative, listes électorales réservant un nombre de places aux candidates et quotas volontaires de la part des partis politiques) Indicateur des mécanismes nationaux de suivi et de réduction de la violence sexiste* Indicateur de l'application du principe d'égalité en matière de succession et de propriété Indicateur de l'application des lois contre le mariage d'enfants* Écart de rémunération entre les sexes Proportion de la population ayant accès au crédit bancaire (autrement que le microfinancement), par sexe	Proportion de parlementaires femmes Proportion de femmes occupant un poste de direction Proportion de femmes et d'hommes ayant un emploi salarié Proportion de la population adulte possédant des terres, par sexe Proportion de femmes de 20 à 24 ans mariées ou en couple avant 18 ans Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques ou sexuelles au cours des 12 derniers mois Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations génitales

<i>Programme d'action au-delà de 2014</i>		<i>Indicateurs retenus</i>	
<i>Objectifs et sous-objectifs</i>	<i>Engagement</i>	<i>Effort</i>	<i>Résultat</i>
3. Investir dans le développement des capacités des enfants, des adolescents et des jeunes	Calendrier et portée des politiques nationales en faveur de l'éducation universelle, y compris mesures spéciales provisoires pour certains groupes cibles (enfants qui travaillent ou qui vivent dans la rue)	Proportion d'enseignants des niveaux primaire et secondaire ayant toutes les qualifications requises	Taux d'achèvement de l'enseignement primaire, par sexe
	Âge minimum légal pour travailler dans différents secteurs	Taux d'encadrement des élèves	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement secondaire, par sexe
	Politique nationale en matière d'enseignement professionnel et amélioration des compétences	Budget alloué par les gouvernements aux programmes d'insertion professionnelle après les études	Proportion d'adolescents atteignant des objectifs reconnus et mesurables sur le plan éducatif
		Indicateur de la qualité de l'enseignement*	Nombre de jeunes ne suivant pas d'études ou de formation ou ne travaillant pas, par sexe.
4. Éliminer la discrimination et promouvoir une culture du respect de tous	Existence de lois interdisant la discrimination contre qui que ce soit		Proportion d'enfants ayant une activité productive, par sexe
	Calendrier et portée de la politique nationale en faveur de l'élimination du travail forcé, y compris les pires formes de travail des enfants, des migrants et des domestiques, et la traite d'êtres humains	Indicateur de la qualité des programmes d'enseignement promouvant une culture du respect de tous*	Intervalle s'écoulant entre la fin des études et le premier emploi, par sexe et groupe cible
	Calendrier et portée de la politique nationale en faveur des personnes handicapées	Stigmatisation liée au VIH dans le milieu de la santé*	Indicateur de la peur de la violence*
		Indicateur de l'application des lois antidiscrimination*	Prévalence/incidence de la criminalité, y compris celle inspirée par la haine, par groupe visé*
II. Renforcer les systèmes de santé afin de garantir l'accès universel à la santé sexuelle et procréative			
1. Renforcer les systèmes de santé afin de progresser plus vite	Calendrier et portée de la politique nationale d'intégration de la santé sexuelle et procréative	Part des dépenses de santé par rapport à l'ensemble du budget de l'État	Taux de transmission mère-enfant du VIH

<i>Programme d'action au-delà de 2014</i>		<i>Indicateurs retenus</i>	
<i>Objectifs et sous-objectifs</i>	<i>Engagement</i>	<i>Effort</i>	<i>Résultat</i>
vers un accès universel à des services de santé sexuelle et procréative de qualité et la réalisation des droits en matière de sexualité et de procréation	Indice des politiques de gouvernance des systèmes de santé (OMS)	<p>Pourcentage de la population vivant à deux heures au moins d'un établissement de soins proposant des services de santé sexuelle et procréative</p> <p>Proportion des naissances ayant lieu en présence d'une personne qualifiée</p> <p>Proportion d'établissements de soins de santé primaires proposant des services de santé sexuelle et procréative et de planification de la famille</p> <p>Indice de performance du système d'information sanitaire (OMS)</p> <p>Indicateur des ressources humaines dans le domaine de la santé*</p>	<p>Indicateur de la qualité des services de santé sexuelle et procréative*</p> <p>Indicateur de l'accès aux établissements de soins et aux médicaments essentiels*</p>
2. Protéger et garantir le droit des adolescents et des jeunes d'être informés correctement, de recevoir une éducation sexuelle détaillée et de bénéficier de services complets de santé afin d'assurer leur bien-être sexuel et procréatif et leur santé tout au long de leur vie	Éliminer tous les obstacles juridiques empêchant les adolescents et les jeunes d'accéder aux services de santé sexuelle et procréative qui leur sont destinés, y compris les incohérences de la loi qui peuvent leur créer des problèmes à cause de leur âge	<p>Indicateur de la qualité des informations et services de santé sexuelle et procréative destinés aux adolescents et aux jeunes *</p> <p>Proportion d'adolescents, scolarisés ou non, ayant reçu une éducation sexuelle complète et des informations sur la santé sexuelle et procréative, l'égalité des sexes et les droits de l'homme</p>	<p>Taux de natalité chez les adolescentes</p> <p>Proportion de femmes entre 20 et 24 ans ayant eu une grossesse avant l'âge de 18 ans</p> <p>Proportion de femmes et d'hommes de 15 à 24 ans encore célibataires qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport</p> <p>Pourcentage de jeunes, femmes et hommes, de 15 à 24 ans sachant comment prévenir la transmission sexuelle du VIH et quelles sont les idées fausses les plus répandues concernant le VIH</p>

Programme d'action au-delà de 2014		Indicateurs retenus	
Objectifs et sous-objectifs	Engagement	Effort	Résultat
3. Renforcer certains services de santé sexuelle et procréative, notamment ceux de planification de la famille, de soutien après un avortement ou après une grossesse, et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH	Cas dans lesquels l'avortement est autorisé	Enveloppe budgétaire spéciale pour la planification de la famille	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes
		Enveloppe budgétaire spéciale pour les achats de contraceptifs	Demande non satisfaite de services de planification de la famille
		Niveau de prise en compte des droits en matière de sexualité et de procréation et de planification de la famille dans les services de soins post-partum, de soutien après avortement et de prise en charge des personnes séropositives (par exemple après aiguillage du patient, au sein du même établissement ou au cours d'une seule et même visite)	Taux de prévalence de la contraception
		Indicateur du consentement éclairé*	Accès aux soins prénatals (entre une et quatre consultations), par quintile de richesse
		Ressources nouvelles ou complémentaires allouées aux services de santé sexuelle et procréative au cours des deux dernières années	Proportion d'accouchements pratiqués par une personne qualifiée, par quintile de richesse
		Part du budget de l'État consacrée aux services de santé sexuelle et procréative*	Nombre de décès dus à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions
		Pourcentage d'établissements proposant un choix de moyens contraceptifs relevant des quatre catégories suivantes : contraception d'urgence, à court terme, réversible à action prolongée et permanente	Taux de mortalité maternelle
			Mortalité néonatale
			Accès au traitement antirétroviral
			Indicateur de la prévalence des infections sexuellement transmissibles*
	Indicateurs de la morbidité maternelle y compris : taux d'incidence des fistules obstétricales, de prolapsus utérin et d'anémie grave		
	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans qui ont effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent les résultats		

<i>Programme d'action au-delà de 2014</i>		<i>Indicateurs retenus</i>	
<i>Objectifs et sous-objectifs</i>	<i>Engagement</i>	<i>Effort</i>	<i>Résultat</i>
		Pourcentage d'établissements déclarant ne pas avoir été en rupture de stock de moyens contraceptifs modernes au cours des six derniers mois	
		Pourcentage d'établissements de soins de santé primaire proposant des services de santé procréative et de planification de la famille	
		Pourcentage d'établissements de soins de santé primaire proposant des tests de dépistage rapide des infections sexuellement transmissibles	
		Existence d'un centre d'approvisionnement régional qui soit opérationnel (outil d'évaluation SARA de la disponibilité et de la préparation des services (OMS)	
		Densité des services de soins obstétriques d'urgence pour 20 000 naissances	
4. Trouver une parade à la progression des maladies non transmissibles grâce à la promotion d'une bonne hygiène de vie dès l'enfance et l'adolescence, et à un dépistage systématique et un traitement précoce	Politique nationale de santé publique axée sur la promotion d'une bonne hygiène de vie et le dépistage des maladies non transmissibles à tous les stades de la vie	Indicateur des efforts gouvernementaux de promotion d'une bonne hygiène de vie à tous âges* Indicateur des efforts faits par les gouvernements pour inscrire au programme scolaire des formations pour la promotion d'une bonne hygiène de vie auprès des enfants et des adolescents*	Incidence et prévalence du cancer du col de l'utérus et du sein et mortalité en découlant Prévalence de l'obésité chez l'adulte, par sexe Prévalence du diabète, par sexe Consommation ponctuelle excessive d'alcool chez les jeunes et les adolescents, par sexe*

<i>Programme d'action au-delà de 2014</i>		<i>Indicateurs retenus</i>	
<i>Objectifs et sous-objectifs</i>	<i>Engagement</i>	<i>Effort</i>	<i>Résultat</i>
de ces maladies et à l'aiguillage des patients vers des services plus spécialisés	Investissements publics dans un dépistage systématique des maladies* Généralisation du dépistage systématique dans les centres de soins de santé primaire (indicateur de l'OMS) Proportion d'établissements de soins dotés de moyens de dépistage des maladies non transmissibles Consommation actuelle de tabac et tout produit dérivé du tabac (taux standardisé selon l'âge et proportion chez les jeunes), par sexe		Risque de décès dû à une maladie cardiovasculaire, au cancer, au diabète ou à une maladie respiratoire chronique, pour les personnes âgées de 30 à 70 ans, par sexe Taux de mortalité liée aux principales maladies non transmissibles, par sexe Prévalence des décès, blessures, maladies et incapacités dus à un environnement naturel ou professionnel dangereux
III. Garantir la sécurité de logement et la mobilité sans risque			
1. S'assurer que les politiques publiques, notamment d'urbanisme, répondent aux besoins créés par des formes de cohabitation de plus en plus diverses	Données sur les ménages d'une seule personne et les ménages monoparentaux produites et utilisées dans les politiques publiques, notamment d'urbanisme	Dépenses publiques consacrées à la protection sociale, par programme et groupe de population cible	Proportion de ménages d'une seule personne et de ménages monoparentaux bénéficiant d'une protection sociale, par sexe du chef de famille
2. Étendre tous les avantages de la vie en milieu urbain à l'ensemble des citoyens actuels et à venir, compte tenu des projections de la croissance démographique urbaine	Existence d'une politique nationale ne limitant pas les migrations internes Données sur les tendances en matière d'urbanisation produites et utilisées dans les politiques publiques, notamment d'urbanisme Calendrier et portée de la politique ou stratégie nationale du logement prévoyant l'adoption progressive de	Pourcentage du budget municipal consacré aux groupes vulnérables ou marginalisés Pourcentage du budget municipal consacré aux espaces publics Pourcentage du budget municipal consacré aux transports en commun Espaces publics inscrits au plan d'urbanisme, par citoyen	Proportion de la population urbaine vivant dans des taudis Proportion de la population ayant accès à une alimentation en eau améliorée Pourcentage de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées Proportion de la population ayant accès à l'électricité

<i>Programme d'action au-delà de 2014</i>		<i>Indicateurs retenus</i>	
<i>Objectifs et sous-objectifs</i>	<i>Engagement</i>	<i>Effort</i>	<i>Résultat</i>
	mesures pour assurer le droit à un logement correct, notamment de mesures spéciales pour certains groupes	Part de l'énergie urbaine provenant de sources à faible émission de carbone	Proportion de la population ayant accès à des services hebdomadaires de collecte des déchets solides
	Indice de bonne gouvernance urbaine (ONU-Habitat)	Indicateur des disparités à l'intérieur des zones urbaines et entre elles*	Pourcentage de la population urbaine utilisant les transports en commun
		Rapport loyer/revenu	
		Espaces verts accessibles pour chaque résident urbain	
3. Mettre la migration internationale au service du développement	Existence de lois garantissant l'égalité d'accès des migrants internationaux aux services de santé	Nombre de programmes gouvernementaux facilitant le retour temporaire, virtuel ou définitif des travailleurs qualifiés issus de la diaspora	Proportion des migrants internationaux ayant accès aux services de santé
	Nombre d'accords bilatéraux et régionaux existants sur la reconnaissance des qualifications des migrants internationaux	Coût moyen des transferts de fonds pour le donneur d'ordre et le bénéficiaire	Proportion de migrants internationaux ayant accès aux services bancaires et au transfert de fonds
	Nombre d'accords bilatéraux et régionaux signés et appliqués concernant le transfert de couverture sociale	Indicateurs du coût de recrutement des migrants*	Indicateur du bien-être des migrants internationaux*
		Indicateur du coût de la migration internationale*	Indicateur de la traite d'êtres humains*
4. Améliorer les conditions d'existence et garantir l'intégration sociale pleine et entière des personnes sans domicile fixe	Existence de lois garantissant l'égalité des droits de succession	Plans de préparation aux situations d'urgence prévoyant des services de santé procréative	Proportion de personnes déplacées dans leur propre pays
	Existence de lois offrant une protection contre les expulsions forcées		Proportion de réfugiés
	Existence de politiques offrant une protection, voire un hébergement à titre temporaire		Proportion de sans-abri*
			Cas signalés d'expulsions pendant la période concernée*

Programme d'action au-delà de 2014		Indicateurs retenus	
Objectifs et sous-objectifs	Engagement	Effort	Résultat
IV. Renforcer l'implication au plus haut niveau et la responsabilité à l'échelle mondiale			
1. Renforcer les moyens dont disposent les pays pour produire, diffuser et utiliser comme il se doit les données et projections concernant la population et la santé procréative dont ils ont besoin pour élaborer leurs stratégies et politiques pour le développement durable	Proportion des naissances, décès et mariages inscrits au registre d'état civil	Enveloppe budgétaire spéciale pour renforcer les services statistiques nationaux	Existence de données en vue de l'évaluation du cadre de suivi au-delà de 2014*
		Indicateur des efforts faits pour coordonner les politiques de financement et procédures de planification des donateurs afin d'éviter les doubles emplois, de mettre en évidence les lacunes existantes en matière de financement et de s'assurer que les ressources sont utilisées aussi efficacement et rationnellement que possible*	Indicateurs propres à améliorer le contrôle de l'utilisation des ressources destinées à l'ensemble des quatre catégories d'activités en matière de population : services de planification de la famille; soins élémentaires de santé procréative; lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA; et recherche fondamentale, analyse des données et des politiques relatives à la population et au développement*
2. Veiller à la transparence de la budgétisation et de l'élaboration des politiques et établir des mécanismes d'assurance qualité pour pallier les insuffisances des services publics et privés	Date d'entrée en vigueur et compétence des tribunaux administratifs ou des mécanismes spéciaux de recours	Nombre d'ONG déclarées ou actives (pour 100 000 personnes) veillant au respect des engagements pris par les États dans certains domaines	Indicateur de la transparence et de la corruption*
			Indicateurs de la participation sociale par groupe cible* Indicateur de la collaboration et des partenariats internationaux*

* Domaines exigeant des outils d'évaluation nouveaux ou améliorés et indicateurs ne couvrant actuellement qu'un nombre très limité de pays (voir plus haut par. 8).

Suivi de la mise en œuvre du Programme d'action au-delà de 2014

1. Le cadre de suivi, inspiré des principes qui sous-tendent les droits de l'homme, vise avant tout à mesurer, au moyen d'indicateurs, la tenue des engagements pris et les efforts faits dans ce sens, mais aussi à évaluer les résultats de ces efforts et la mesure dans laquelle ils ont répondu aux besoins des populations qu'ils ciblent.
2. Le cadre repose sur le même postulat que le Programme d'action, à savoir que, pour parvenir à un développement durable, il faut garantir équitablement la dignité et les droits de l'homme, la santé, la sécurité du logement et la mobilité des populations et prendre pour cela des mesures de bonne gouvernance y compris promouvoir, aux niveaux national et mondial, une action sociale, économique et environnementale intégrée, qui s'inscrive dans la durée, afin d'améliorer les conditions de vie et le bien-être des générations futures.
3. Pour chacun des grands domaines thématiques sur lesquels a porté l'examen opérationnel de la mise en œuvre du Programme d'action au-delà de 2014, des objectifs et sous-objectifs ont été définis sur la base des recommandations d'actions issues de cet examen. Les sous-objectifs ont fait l'objet d'un débat par thème, puis d'un examen d'ensemble, de manière à éviter les chevauchements. Plusieurs indicateurs ont été définis pour mesurer les engagements, efforts et résultats concernant chacun de ces sous-objectifs à différents stades de leur réalisation.
4. Le cadre proposé répond à plusieurs préoccupations : il s'appuie sur un petit nombre d'indicateurs de façon à ce que les pays à faible revenu n'aient pas à recueillir une trop grande quantité de données et que les pays en général puissent s'acquitter plus facilement de leurs responsabilités. Il tient également compte des moyens dont disposent les pays pour collecter et analyser les données demandées et des capacités à renforcer pour ce faire. À ce propos, l'une des principales recommandations du présent rapport concerne les mesures décisives que les pays doivent prendre pour créer des systèmes d'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès ou pour améliorer ceux qui sont en place.
5. Le cadre devra mettre l'accent sur les indicateurs d'efforts, car c'est sur eux qu'il est plus facile d'influer. Ainsi, dans les objectifs relatifs à la santé, le résultat recherché est l'amélioration de la santé mais les indicateurs sur la situation sanitaire évoluent lentement et ne font apparaître les progrès accomplis qu'après un certain temps. À l'inverse, il est souvent plus facile de suivre les efforts déployés et les processus engagés et de mesurer ainsi les progrès accomplis au niveau de l'état de santé des populations. Les données les concernant devraient normalement être étroitement liées aux indicateurs de résultat.
6. L'égalité et la non-discrimination sont les deux éléments cruciaux du Programme d'action qui doivent être correctement pris en compte dans le cadre de suivi au-delà de 2014. Les données recueillies à ce sujet devraient pouvoir être ventilées par sexe, âge, appartenance à une minorité et quintile de richesse et donner également une idée des incapacités et autres problèmes de santé qui influent sur l'accès aux soins de santé ou à d'autres services. Elles devraient en outre inclure les zones éloignées ou mal desservies pour mettre en évidence les inégalités géographiques et se prêter à des analyses des tendances et disparités régionales et sous-nationales.

7. L'un des principaux inconvénients des indicateurs retenue vient du fait qu'ils ont été définis sur la base des mécanismes existants de collecte des données sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et qu'il devront donc être affinés, grâce à la recherche et à la mise au point et à l'essai de nouveaux outils d'évaluation et de mesure, pour permettre de réunir des informations sur les problèmes naissants et les nouvelles priorités que fera apparaître le cadre de suivi du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014.

8. Il faudra pour cela procéder à une analyse technique de la mesurabilité des indicateurs proposés, compte tenu de leurs déterminants (numérateur/dénominateur, clarté, périodicité, comparabilité, rapport coût-efficacité) et des étapes à suivre pour valider cette mesurabilité, sachant qu'à l'heure actuelle, ces indicateurs ne sont pas encore utilisés systématiquement pour recueillir des données au niveau international. Cette étape devrait déboucher sur les résultats suivants :

a) Une liste finale commune des indicateurs à inclure dans le cadre de suivi, leur définition opérationnelle et des informations sur leur portée, leur cycle de mise à jour et l'organisation ou l'organisme chef de file;

b) Des recommandations pour fixer l'orientation et le calendrier précis des travaux de recherche à mener pour améliorer les indicateurs et les dispositifs de collecte de données existants ou en mettre au point de nouveaux, en tenant compte des différences en termes de clarté de définition, de validité testée, de disponibilité des données, de faisabilité et de facilité de collecte des données, notamment :

i) Définition de normes pour mettre au point des définitions standard et créer des outils de mesure et de communication des données, y compris recensement et évaluation de sources différentes de données pour concevoir les nouveaux indicateurs;

ii) Mise à l'essai et validation pour tester dans la pratique et valider les indicateurs et améliorer les outils de mesure de communication des données;

iii) Mobilisation et information pour promouvoir l'utilisation de certains indicateurs dans les outils de mesure et de communication des données.

9. Pour mener à bien ces tâches, il faudra solliciter l'apport de divers partenaires et parties prenantes, assurer la continuité entre les activités mondiales et régionales (Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) de l'OMS et partenariat Family Planning 2020 (FP2020), etc.), et de faire des propositions claires pour tirer parti des effets de synergies et de complémentarité des efforts au niveau des pays et du monde.

10. Pour permettre de suivre la mise en œuvre du Programme d'action, le cadre devra être accompagné d'un plan de travail mettant en évidence les objectifs à atteindre, les principales orientations, les initiatives à prendre, les responsabilités à confier aux partenaires et la répartition des attributions aux niveaux national et mondial et les moyens à utiliser pour mesurer les progrès accomplis. Le mécanisme général de communication des données, de contrôle et de mise en jeu des responsabilités au titre de ce plan de travail, exigera une information en retour de la part des principaux partenaires et parties prenantes.