

Les générations nouvelles

Gâce aux efforts sans précédent déployés au cours des 30 dernières années, l'élan qui entraînait l'accroissement de la population s'est ralenti, est en train de se ralentir et pourrait continuer de se ralentir davantage encore pendant les prochaines décennies. Cependant, la population mondiale augmente chaque année de plus de 80 millions d'individus, et la décrue ne s'amorcera que graduellement. En 1987, le monde comptait 5 milliards d'habitants ; le cap des 6 milliards sera atteint en 1999 et le mouvement se poursuivra au moins jusqu'au milieu du XXI^e siècle.



UNICEF/90-0027/Ellen Toimie

Le 16 juin 1999 a été déclaré "Journée des 6 milliards". La population mondiale atteindra ensuite à coup sûr les 7 milliards, mais la question de savoir quand le septième milliard sera atteint et si la population mondiale atteindra ensuite 8, 10 ou 12 milliards dépend de ce que seront les décisions stratégiques et les comportements des individus pendant les dix prochaines années. Quel que soit le montant de l'augmentation nette de la population, celle-ci se produira à hauteur de plus de 90 % dans les pays en développement actuels.

Il n'y a aucune contradiction entre des taux plus faibles d'accroissement de la population et des augmentations annuelles

ENCADRÉ 1

Accroissement, remplacement et fécondité

importantes du nombre d'individus : les taux moins élevés d'aujourd'hui sont calculés sur une base beaucoup plus large. En 1960, au plus fort de l'"explosion démographique", la population mondiale était de 3 milliards d'individus, le taux d'accroissement de la population était de 2 % (2,4 % dans les pays en développement) et il y avait chaque année 58 millions d'individus en plus. Aujourd'hui, la population mondiale atteint près de 6 milliards d'individus, l'accroissement est de 1,4 % (1,7 % dans les pays en développement) et il y a chaque année environ 80 millions d'individus de plus (voir chapitre premier).



Le legs de la grande fécondité passée, c'est l'accroissement rapide de la population, jamais la génération des jeunes n'ayant été aussi nombreuse.

Au cours des 40 dernières années, les pays en développement ont fait des progrès tout à fait remarquables sur le plan de l'amélioration de la santé, en particulier la santé infantile et post-infantile, et de l'allongement de l'espérance de vie et en permettant aux personnes de décider elles-mêmes la dimension de leur famille. Dans leur très grande majorité, les gens ont choisi d'avoir moins d'enfants, ce qui a eu pour effet de diminuer non seulement leur propre fécondité, mais également le taux global d'accroissement de la population. C'est là un succès sans précédent, non seulement du point de vue de la politique nationale, mais également pour la coopération internationale.

Mais le legs de la grande fécondité passée, c'est l'accroissement rapide de la population auquel nous assistons, jamais la génération des jeunes n'ayant été aussi nombreuse dans tous les continents, sauf en Europe. Ces jeunes et leurs enfants contribueront à accroître la population mondiale pendant encore de nombreuses années.

Dans une minorité de pays en développement, dont la plupart se trouvent en Afrique, les taux de fécondité et de mortalité demeurent élevés. Plus d'une femme sur 20 risque de mourir des suites d'une grossesse, l'espérance de vie est inférieure à 60 ans et 10 %, voire davantage, de nouveau-nés ne passent pas le cap de la première année de vie. Pourtant, même dans ces pays, la fécondité et la mortalité sont en baisse et l'espérance de vie s'allonge graduellement.

Parallèlement, les populations âgées gagnent du terrain tant dans les pays développés que dans

les pays en développement. Dans certaines parties de l'Europe, de l'Amérique du Nord et du Japon qui connaissent couramment une faible fécondité et une espérance de vie élevée, la proportion de personnes âgées augmente plus rapidement qu'aucun autre groupe d'âge.

Les générations nouvelles de jeunes et de personnes âgées sont liées par autre chose qu'une simple coïncidence chronologique. Leur dimension à elle seule appelle un examen explicite du contrat tacite conclu entre les générations. En outre, la rapidité des changements sociaux et économiques lance de nouveaux défis à la société et à la famille qui doivent préparer les jeunes à assumer leur rôle dans la société, et mieux appréhender la contribution des personnes âgées et l'obligation de prendre soin d'elles.

Le droit à la santé en matière de reproduction

Pour la première fois dans l'histoire de l'accroissement de la population, l'humanité atteindra le prochain milliard d'habitants avec des idées claires et un consensus sur la manière d'y faire face. Cette réponse se fonde sur le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 et sur le consensus réalisé à d'autres conférences internationales qui se sont tenues dans les années 90¹.

Le droit de l'individu à la santé en matière de reproduction, y compris le droit de décider du nombre d'enfants qu'il veut avoir et de l'espace de leurs naissances, fait aujourd'hui partie

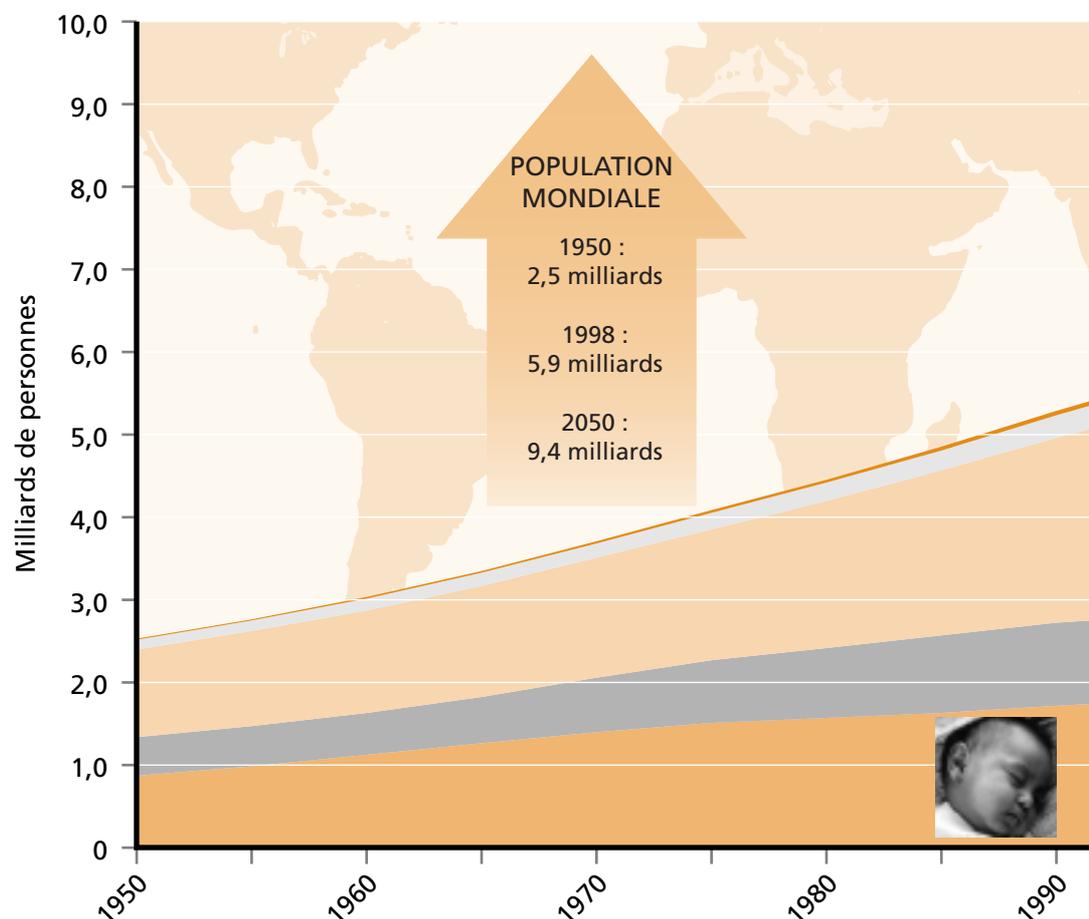
TABLEAU 1 :
Accroissement de la population mondiale par groupe d'âges, 1950 - 2050

Groupes d'âges

- 80+
- 65-79
- 25-64
- 15-24
- 0-14

Source : Nations Unies.
World Population Prospects :
The 1996 Revision.

Photos (de gauche à droite) :
UNICEF/80-0010/Ellen Tolmie;
Jorgen Schytte/Still Pictures;
UNICEF/HQ96-0245/Nicole Toutounji;
Gerard & Margi Moss/Still Pictures;
Hartmut Schwarzbach/Still Pictures



intégrante du cadre des droits de l'homme dont la mise en place a commencé en 1948². Les familles ont moins d'enfants qu'elles n'en avaient dans la génération précédente, mais un pourcentage élevé de grossesses sont non voulues et non souhaitées. Un grand nombre de grossesses non voulues se terminent par un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, mettant ainsi la vie des femmes en péril et compromettant durablement leur santé. Le défi de la prochaine décennie consistera à garantir concrètement les droits en matière de reproduction. Il s'agit là d'une fin en soi, mais cela réduira aussi le nombre d'avortements au minimum et renforcera aussi la tendance à réduire la dimension de la famille et à ralentir l'accroissement de la population. Les droits de l'homme coïncident ainsi avec les besoins de la planète.

Les jeunes

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans, qui sont 1,05 milliard, n'ont jamais été aussi nombreux auparavant et ce groupe d'âges est en expansion rapide dans beaucoup de pays. Ils ont des besoins spécifiques en matière de soins de santé et d'éducation, y compris dans le domaine très important de la santé en matière de sexualité et de reproduction, car ils doivent pouvoir réaliser leurs potentialités individuelles et maximiser leur contribution au développement. Les jeunes femmes et les fillettes ont des besoins particuliers, notamment en ce qui concerne la santé en matière de reproduction.

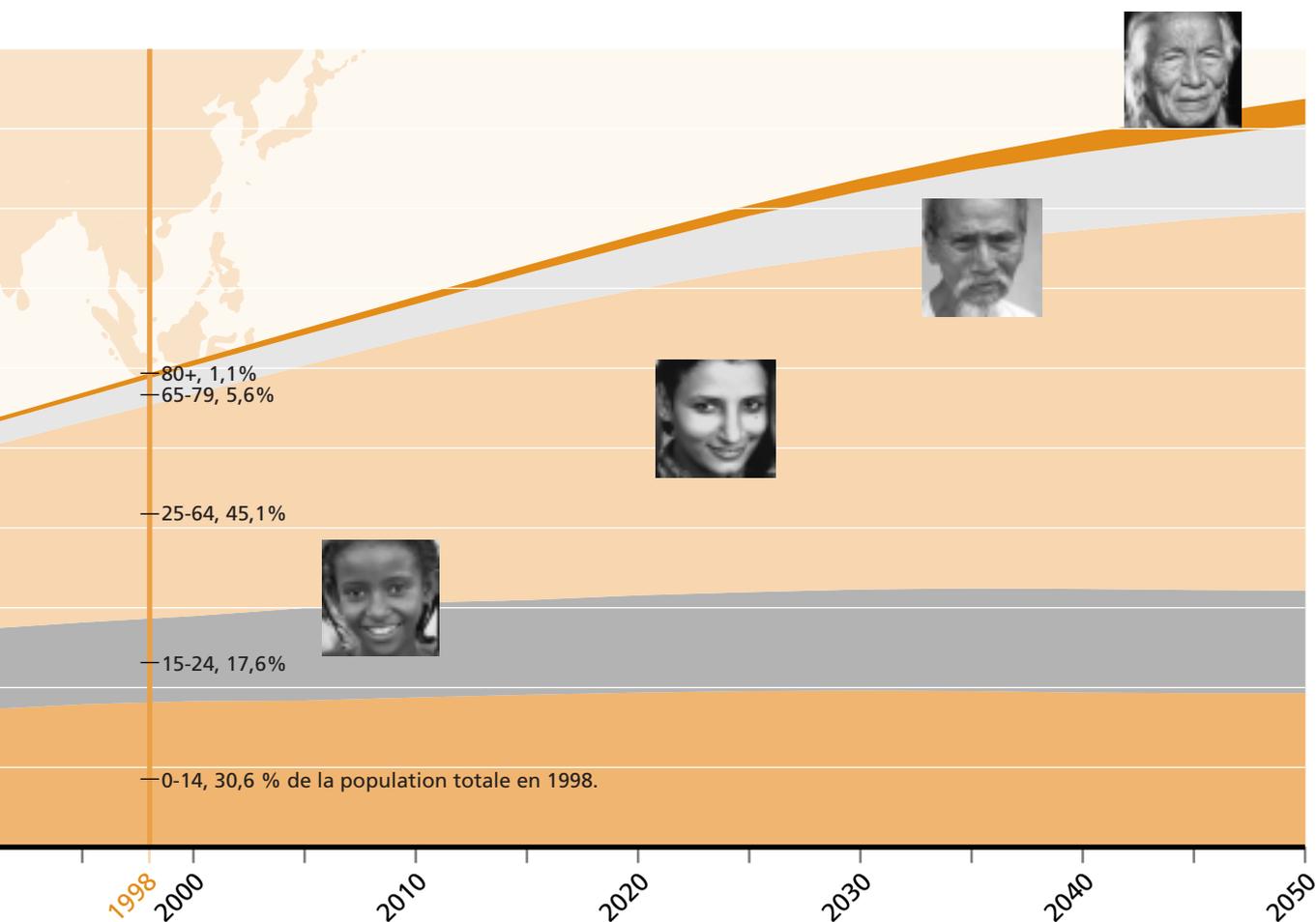
Pour répondre aux besoins des adolescents, il ne suffit pas de leur fournir des services et une information, encore faut-il que ceux-ci soient accessibles et abordables. Dans beaucoup de régions, des attitudes négatives et des préjugés contrecarrent l'aide aux adolescents. Des pratiques traditionnelles, comme les mariages et les grossesses précoces et la mutilation de l'appareil génital féminin, sont le révélateur d'un préjugé plus vaste qui voudrait interdire aux femmes et aux fillettes de décider par elles-mêmes. L'adoption d'attitudes plus positives à l'égard des femmes et des fillettes lèvera nombre d'obstacles qui s'opposent à l'amélioration de la santé en matière de reproduction.

Les familles sont plus réduites qu'il y a une génération, mais une proportion élevée de grossesses sont non voulues et non souhaitées.

Les populations vieillissantes

L'amélioration des soins médicaux permet de conserver la vie aux deux extrémités du spectre : la mortalité infantile a décliné rapidement et un nombre plus élevé de personnes vivent plus longtemps. Ce phénomène, qui se combine avec une diminution de la fécondité, a pour effet d'accroître la proportion de personnes âgées. C'est ce que l'on entend par une population "vieillissante".

Tous les pays vont connaître une modification de la pyramide des âges au cours des prochaines



décennies. L'adaptation aux réalités nouvelles va modifier les relations entre les générations, ainsi que la conception du travail, des soins de santé et de l'éducation. Dans les pays en développement, les personnes âgées travaillent habituellement aussi longtemps qu'elles en sont capables, et seule une poignée de privilégiés bénéficient d'une retraite rémunérée. Dans les pays industrialisés, les retraités qui souhaitent arrondir leur retraite ou simplement se rendre utiles n'en ont parfois guère la possibilité. Dans les régions plus prospères du monde, on voit émerger, à mesure que la vie active est prolongée, un "troisième âge" au cours duquel les personnes âgées exigeront d'être associées plus étroitement à la vie économique et sociale. La génération dite du "baby boom" ne manquera pas de renforcer cette tendance, à mesure qu'elle avancera en âge.

Sous l'effet de l'augmentation du nombre de personnes âgées et de l'érosion des systèmes de soutien familiaux, il va falloir réaménager les soins aux personnes âgées. Une majorité d'entre elles étant des femmes, il faudra être attentif à la nécessité de satisfaire les besoins de santé des femmes tout au long du cycle de vie. Jusqu'ici, l'essentiel du fardeau des soins aux membres âgés de la famille a été supporté par les femmes ; à mesure que ce fardeau ira s'alourdisant, les politiques nationales devront prendre le relais.

La proportion de gens qui doivent s'attendre au cours de leur vie à avoir soit des parents âgés, soit un enfant à la maison augmente, fût-ce à des rythmes différents selon les régions. Les pays qui se trouvent à des stades différents de la transition démographique et qui sont placés dans des conditions économiques et sociales différentes vont devoir faire face à des scénarios différents.

L'afflux de la main-d'oeuvre

La diminution des taux de natalité qu'on observe aujourd'hui dans les pays en développement va permettre de dégager un boni démographique au cours des 15 à 20 prochaines années, grâce à l'afflux de jeunes sur le marché du travail combiné avec une diminution du nombre de naissances. A condition de pouvoir leur offrir un travail, tous ces "bataillons" de jeunes peuvent constituer la base de nouveaux investissements, d'une meilleure productivité et d'un développement économique rapide. Les revenus ainsi générés permettront de réaliser des investissements sociaux dans le domaine de la santé, de l'éducation et de la sécurité sociale, de satisfaire les besoins des personnes âgées et des jeunes et d'affermir la base sur laquelle s'édifieront de nouveaux progrès.

D'ici à 2010, 700 millions de jeunes vont arriver sur le marché du travail dans les pays en développement (c'est-à-dire un nombre plus élevé que l'ensemble de la main-d'oeuvre des pays développés en 1990). L'Organisation internationale du Travail estime qu'il faudrait créer plus d'un milliard d'emplois pour accueillir ces nouveaux travailleurs et réduire le chômage. Pour relever ce défi redoutable, il sera indispensable de continuer à abaisser les taux de natalité et à développer des programmes éducatifs.

Certains pays en développement ont déjà touché leur "dividende démographique" ; d'autres l'attendent, à mesure que les taux de natalité diminuent. Pour beaucoup de pays en développement, les 10 prochaines années seront une période critique :

- ◆ Grâce à la diminution du taux de natalité et à un haut niveau d'emploi, les investissements réalisés dans le domaine de la santé et de l'éducation ont favorisé une croissante économique rapide en **Asie de l'Est et du Sud-Est**.
- ◆ Certains de ces traits se retrouvent en **Amérique latine**, mais comme l'accent n'a pas été mis avec la même vigueur sur l'amélioration des soins de santé et de l'éducation, le "dividende" a été moins élevé.
- ◆ A mesure que la fécondité diminuera en **Asie du Sud**, les groupes d'âges les plus jeunes se

Plus d'un milliard d'emplois vont devoir être créés d'ici à 2010 pour accueillir les jeunes entrant sur le marché du travail et réduire le chômage. Ci-dessous et à droite, un centre de formation professionnelle au Bangladesh.



Jorgen Schytte/Still Pictures

réduiront. Le groupe des 65 ans ou plus va augmenter, mais à un rythme plus lent. Le défi consiste à créer des emplois productifs pour le groupe le plus important aujourd'hui, celui des 15-24 ans.

- ◆ Les pays d'Asie de l'Ouest et d'Afrique du Nord pourraient bénéficier du même scénario, les jeunes possédant de très bonnes qualifications devant pouvoir trouver plus facilement un emploi.
- ◆ Les pays d'Afrique subsaharienne, où les personnes âgées constituent un groupe relativement réduit, où le taux de fécondité est élevé et où la population en âge de travailler forme un groupe nombreux, ne pourront bénéficier des mêmes possibilités que moyennant une diminution rapide des taux de fécondité et un rythme soutenu de création d'emplois.

- ◆ Le pourcentage des plus de 65 ans augmente rapidement en Europe occidentale, en Amérique du Nord et au Japon. La génération du "baby boom" parviendra à l'âge de la retraite dans les 10 prochaines années, ce qui déterminera une diminution rapide de la main-d'œuvre par rapport aux personnes à charge plus âgées. Il est improbable que la fécondité augmente, et cela ne suffirait de toute façon pas à changer la structure de la population de manière significative ou rapidement. Une immigration plus poussée pourrait avoir un effet plus prononcé.
- ◆ Le fait que la diminution de la fécondité et le raccourcissement de l'espérance de vie surviennent simultanément dénote une crise des soins de santé dans de nombreuses parties de l'ex-Union soviétique.

Des politiques adaptées à une nouvelle pyramide des âges

Les questions clés à résoudre portent sur la santé, la productivité et la participation à la vie de la société, ainsi que sur les relations entre les vieux et les jeunes.

Les données concernant la dynamique de la population et la qualité de la vie joueront un rôle déterminant dans l'élaboration des politiques. Il faudra également mobiliser les ressources et exploiter les gisements que recèlent les familles, les collectivités, les organisations de la société civile et le secteur privé pour améliorer la qualité de la vie des jeunes et des vieux.

A mesure que les populations vieillissent, il faudra assigner un rang de priorité élevé à l'amélioration de la santé, de la sécurité financière et du confort des personnes âgées. Les solutions apportées pourront n'être pas identiques, mais elles devront toutes s'inspirer des considérations de base ci-après :

1) Les implications de la **dynamique démographique** doivent être appréhendées comme faisant partie intégrante de l'élaboration des politiques, programmes et stratégies de développement social. Il faudra au même titre analyser les politiques qui ont une incidence sur les décisions concernant le moment choisi pour fonder une famille et sur les décisions en matière de migration (voir chapitre premier).

2) Pour tirer parti de l'afflux de main-d'œuvre que représentent **les jeunes**, il faut les aider à réussir, dans de bonnes conditions de santé et de travail, leur intégration dans une société en mutation. Il faut être attentif à leurs besoins économiques et sociaux de base, y compris la santé en matière de sexualité et de reproduction, ce qui passe par un accès aisé à l'information et aux services et la qualité des échanges avec les prestataires de soins, y compris les parents (voir chapitre 2).

3) Il faudra évaluer les conséquences qu'auront le vieillissement des sociétés et l'augmentation du nombre de jeunes sur l'équité entre les

La diminution des taux de natalité dans les pays en développement actuels va permettre de dégager un boni démographique au cours des 15 à 20 prochaines années.



Jorgen Schytte/Still Pictures



L'application effective du Programme d'action de la CIPD entraînera un allongement de l'espérance de vie, une baisse de la fécondité et une réduction du nombre de jeunes, lesquels bénéficieront en revanche d'une meilleure éducation.

générations (voir chapitre 3). Il faudra revoir les politiques d'emploi et de retraite des personnes âgées, ainsi que le rôle qu'assume la famille en matière de soutien et d'aide aux personnes âgées. La prise en charge des personnes âgées par la collectivité, qu'il s'agisse de leur assurer des revenus ou de veiller sur leur santé et leur bien-être, et la possibilité de continuer à le faire occuperont une place toujours plus importante dans le débat public, tout comme les moyens à mettre en oeuvre pour aider les familles et relayer les efforts déployés par la collectivité. Le débat prendra un tour différent, selon qu'il aura lieu dans les pays industrialisés qui comptent un fort pourcentage de personnes âgées, dans les économies en transition où l'entraide familiale est de règle ou dans les pays en développement pauvres qui ignorent pratiquement la retraite.

Il faudra être particulièrement attentif à l'impact qu'aura une réduction de la **dimension de la famille** sur les dispositions en matière d'aide. En investissant dans l'**éducation** et en éliminant les obstacles à l'accès liés au sexe, au lieu ou à la classe sociale, on améliorera la santé, la productivité et la capacité de générer des revenus permettant d'aider les personnes âgées. Les transferts réalisés par voie d'**héritage et de donation** contribuent de manière significative à garantir la sécurité, surtout pour les femmes, qui vivront vraisemblablement plus longtemps que les hommes. Il faudra éliminer les obstacles auxquels se heurtent les femmes en matière de propriété et d'héritage.

4) La santé des **personnes âgées** dépend de la qualité des soins de santé disponibles, des revenus et des conditions de vie, ainsi que de l'état de santé au cours des années antérieures, qui est lui-même conditionné par une vaste gamme de conditions économiques, sociales, politiques et culturelles (voir chapitre 4). Il importe à cet égard :

- ◆ De garantir le droit à la santé, en particulier aux soins de santé primaires de base, y compris la santé en matière de sexualité et de reproduction ;
- ◆ De mettre l'accent sur les mesures de santé publique et les soins de santé préventifs afin de réduire le coût de la médecine curative ;
- ◆ D'être particulièrement attentif aux besoins de santé des femmes âgées, qui ont jusqu'ici été ignorés par les décideurs.

La mise en oeuvre des accords conclus à une série de conférences internationales tenues dans les années 90 aura un impact sur ces considérations.

A la CIPD en 1994, il a été convenu que d'ici à 2015 la santé en matière de reproduction devrait être assurée partout dans le monde ; que tout le monde devrait avoir accès à l'éducation de base et que, dans ce domaine, l'écart entre les sexes devrait être comblé ; que le taux de mortalité maternelle devrait être réduit de 75 %. Des objectifs tout aussi ambitieux mais réalisables ont été fixés en matière de mortalité infantile et post-infantile et dans le domaine de l'espérance de vie.

Les mesures requises pour satisfaire ces besoins essentiels et réaliser l'égalité entre les sexes ont été élaborées plus avant en 1995 à la Conférence mondiale pour le développement social de Copenhague et à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing.

La mise en oeuvre effective du **Programme d'action de la CIPD** et des programmes d'action de Beijing et de Copenhague aura les conséquences ci-après :

- ◆ Dans les pays pauvres, **un allongement de l'espérance de vie, une baisse de la fécondité et une réduction du nombre de jeunes, lesquels bénéficieront en revanche d'une meilleure éducation** ;
- ◆ L'écart entre les riches et les pauvres se réduira ; dans les pays pauvres, **les pressions qui contraignent à la migration** diminueront, tout comme diminuera dans les pays nantis la **résistance opposée à la migration** ;
- ◆ La situation s'allégera en ce qui concerne le **malaise social**, les pénuries d'énergie, de vivres et d'eau, le stress **environnemental**, les épidémies, ainsi que le VIH, les MST et autres **défis en matière de santé** ;
- ◆ Il y aura une accélération en matière de **croissance économique et de création d'emplois** ;
- ◆ **Les femmes** seront considérées comme des **partenaires à part entière** en matière de développement ;
- ◆ Il sera plus facile de garantir la **sécurité des personnes âgées**.



UNICEF/5832/Jeremy Hartley

CHAPITRE PREMIER :

Transformation et dynamique

1

Un nombre croissant de personnes parviennent à un âge avancé et la proportion de personnes ayant atteint au moins l'âge de 60 ans ne cesse de croître dans presque tous les pays, comme cela n'a jamais été le cas auparavant. Aujourd'hui, on compte plus de 578 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, et cette génération augmente à une allure sans précédent.

Parallèlement, un nombre jusqu'ici jamais égalé d'adolescents, fruit d'une forte fécondité passée, sont en passe d'atteindre l'âge adulte. Il y a aujourd'hui plus de 1,05 milliard de jeunes dans le groupe d'âges 15-24.



Au cours des 20 prochaines années, certains pays en développement bénéficieront d'un "afflux" momentané de population d'âge actif par rapport aux personnes à charge, tant jeunes que vieilles. Ce "boni démographique" offre à ces pays la possibilité de constituer un capital humain et de stimuler un développement à long terme, à condition d'investir dans l'éducation, l'emploi et les services de soins de santé, y compris les soins de santé en matière de reproduction.

UNICEF/5826/Jeremy Hartley



Il faut renforcer les institutions publiques et privées, y compris la famille, pour pouvoir répondre aux besoins et aux aspirations des jeunes et des vieux en matière de santé, d'éducation, d'emploi et d'engagement actif dans la vie sociale.

L'impact de ces "générations nouvelles" se fera sentir tout au long du XXI^e siècle. On reconnaît de plus en plus la nécessité de renforcer les institutions publiques et privées, y compris la famille, pour être en mesure de répondre aux besoins et aux aspirations des jeunes et des vieux en matière de santé, d'éducation, d'emploi et d'engagement actif dans la vie sociale.

Le changement d'une génération à l'autre est un processus graduel. Le présent rapport examine la situation des générations nouvelles au 30 juin 1998, ainsi que les perspectives des personnes qui parviendront plus tard à un âge avancé.

En observant la façon dont les gens gèrent le présent et préparent l'avenir, nous pouvons discerner l'avenir qui attend les générations nouvelles à mesure qu'elles vieilliront. A partir de ce que l'expérience nous a enseigné à propos de la modification de la pyramide des âges, nous pouvons essayer de démêler quelques-unes des questions auxquelles tous les pays et la communauté internationale devront faire face progressivement et toujours davantage.

Le présent rapport se concentre sur les implications des nouvelles générations pour les développement durable et sur des questions présentant un lien étroit avec la santé et les droits en matière de reproduction.

diversité n'ont pas de précédent dans l'histoire, avec une accélération impressionnante au cours des dix dernières années :

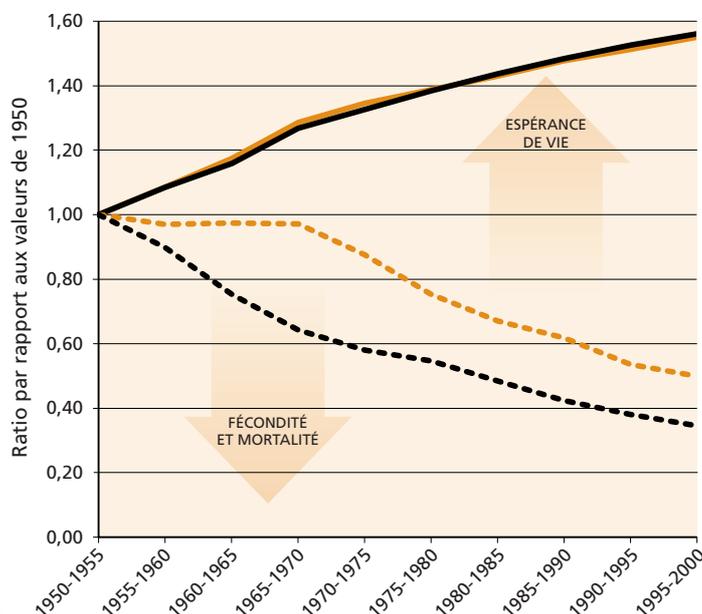
- ◆ Emergence de douzaines de nations nouvelles se dégageant de la gangue du colonialisme, de la domination étrangère et de l'ex-Union soviétique ; augmentation du nombre de gouvernements élus démocratiquement ; décentralisation accrue des administrations publiques ;
- ◆ Mondialisation accrue des marchés et des échanges ; abandon des stratégies de développement fondées sur la planification au profit de stratégies faisant confiance au jeu du marché ;
- ◆ Aggravation des menaces pesant sur l'environnement ; progrès et accélération de l'urbanisation ; propagation des médias, diffusion et dissémination des techniques nouvelles, notamment la vaccination et autres techniques sanitaires ; "révolution contraceptive" ;
- ◆ Réduction continue de la fécondité mondiale et de la dimension moyenne de la famille ; ralentissement de l'accroissement de la population, mais augmentation continue de la population mondiale, surtout dans les régions en développement, du fait d'une fécondité passée importante ;
- ◆ Recours à l'aide internationale comme moyen de transférer des richesses et des compétences ; augmentation, au cours des dix dernières années, du flux des investissements privés dans les pays en développement (avec une concentration sur un nombre relativement réduit de pays considérés comme présentant peu de risques, le secteur social étant négligé) ; appui renforcé aux programmes de population (toutefois, ce soutien semble plafonner depuis un certain temps) ;

La dynamique du changement

Quatre décennies de changements

En l'espace des 40 années qui séparent les nouvelles générations – le temps qui s'est écoulé depuis le moment où ceux qui arrivent sur leurs vieux jours étaient dans leur jeunesse (voir les définitions p.10 et 13) – le monde a été le théâtre de changements dont le rythme, l'ampleur et la

TABLEAU 2 :
Taux de mortalité infantile, taux de fécondité totale, espérance de vie (hommes/femmes) 1950-2000 (en tant que ratio par rapport aux niveaux de 1950) dans les pays en développement



Source : Nations Unies. Demographic Indicators 1950-2050 (The 1996 Revision).

- ◆ Emergence d'une "société civile" qui représente une force dans la vie nationale et internationale ; développement d'un mouvement international des femmes ; accent mis sur le développement humain et social dans les accords internationaux ; prise de conscience accrue du fait que le développement social sous-tend la croissance économique ;
- ◆ Niveau sans précédent de prospérité économique atteint dans davantage de pays, mais écarts croissants de revenus dans les pays et entre les pays ; exclusion sociale renforcée et déficits croissants de services pour différents groupes ; aggravation des tensions sociales et des conflits internes dans certains Etats, ce qui crée de vastes populations de réfugiés qui ne bénéficient pas de services sociaux appropriés.

Ces transformations ont modifié les attentes, les perspectives et la qualité de la vie de milliards de personnes.

L'examen de l'évolution des indicateurs concernant les pays en développement depuis le début des années 60 jusqu'au milieu des années 90 permet de prendre la mesure des changements impressionnants survenus ces 30 dernières années. Par exemple, le PNB par habitant a été multiplié par trois (passant de 915 dollars en 1960, calculés en dollars de 1987, à près de 3 000 dollars en 1994). L'utilisation des contraceptifs a été multipliée par cinq, passant de 10-12 % des couples mariés en 1960 à 60 % en 1995. Le taux d'inscription dans les écoles primaires a crû plus lentement, passant de 87 à 96 % chez les garçons et de 59 à 76 % chez les filles.

Dans de nombreux pays en développement, la fécondité et la mortalité, notamment la mortalité infantile, n'ont jamais atteint un niveau aussi bas. Le tableau 2 illustre la baisse de la fécondité et de la mortalité infantile, en même temps que l'allongement de l'espérance de vie dans les pays en développement depuis 1950. La baisse de la mortalité infantile s'est amorcée plus tôt et a évolué plus rapidement que celle de la fécondité, et ceci rend compte de la multiplication par le coefficient 2,6 de la population des pays en développement.

Les indicateurs d'un changement positif comportent, à y regarder de près, un grand nombre de différences. Le progrès n'a pas été constant, et il a été lent et inégal notamment dans les pays pauvres. Le rythme et la constance du progrès¹ sont influencés par les décideurs et les circonstances.

La transition démographique

L'accroissement sans précédent de la population au cours des 50 dernières années s'explique par la mise en oeuvre de techniques d'un faible coût, comme les antibiotiques, les améliorations dans le domaine de l'agriculture et de la nutrition, la réhydratation orale et les vaccins dans des sociétés qui connaissaient traditionnellement des taux élevés de mortalité et de fécondité. De ce fait, la mortalité, en particulier la mortalité infantile, a baissé rapidement dans les pays en développement,

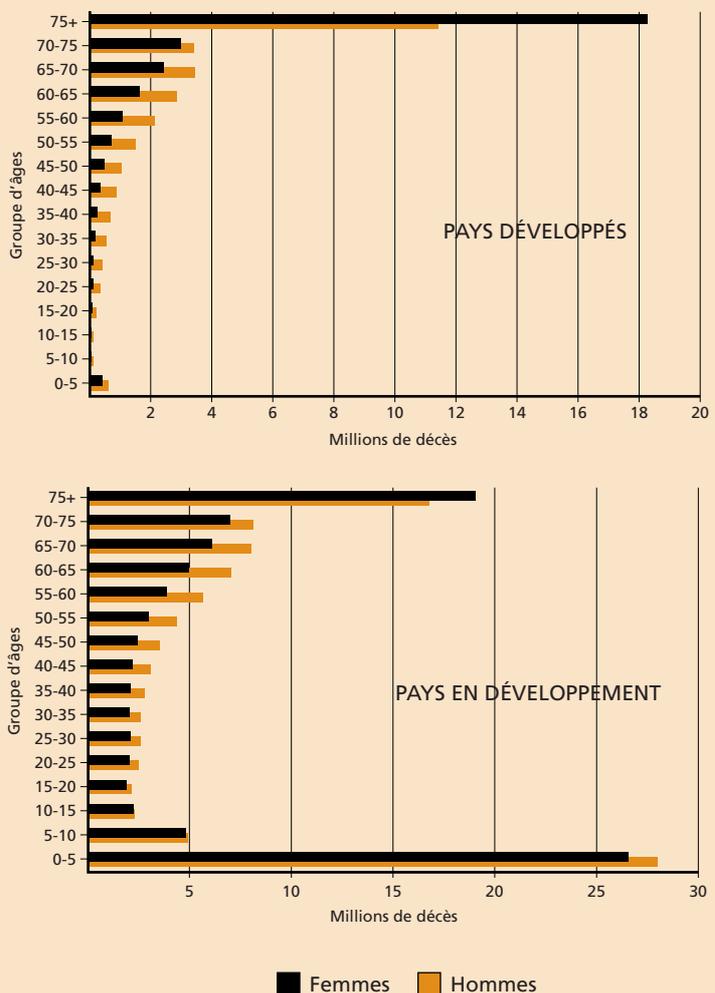
Les étapes de la réduction de la mortalité

La transition d'une mortalité élevée à une mortalité faible commence toujours dans le tout jeune âge. La mortalité infantile a diminué de plus de moitié, dans le monde et dans les pays en développement, depuis 1960. Les pays où l'espérance de vie générale est la plus faible continuent d'avoir une mortalité infantile élevée.

Pour ceux qui ont survécu aux premières années de vie chargées de risques, les différences du point de vue de l'espérance de vie² se trouvent fortement réduites. Un individu de 60 ans vivant dans un pays où l'espérance de vie à la naissance est de 45 ans a, à ce moment-là, une espérance de vie inférieure de quelques années seulement à celle d'un individu de 60 ans vivant dans un pays où l'espérance de vie à la naissance est de 65 ans³. Le tableau 3 montre la répartition par âge des décès dans les pays où l'espérance de vie est faible et dans ceux où elle est élevée.

La diminution de la mortalité après la prime enfance, y compris chez les femmes en âge d'avoir des enfants, survient à un stade ultérieur de la transition. Enfin, après que l'espérance de vie a dépassé 65 ans, le risque de décès diminue considérablement à un âge plus avancé.

TABLEAU 3 : Age au décès (hommes/femmes), 1990-1995



Source : Nations Unies. *World Population Monitoring* : 1998.

Les adultes ont moins d'enfants que n'en avaient leurs parents. Mais ils sont beaucoup plus nombreux et l'augmentation nette de la population mondiale continue à frôler des niveaux historiques.

tandis que la fécondité diminuait beaucoup plus lentement.

Les enfants qui ont vu le jour et survécu pendant l'explosion démographique de l'après-guerre sont aujourd'hui adultes et ont, dans la plupart des pays, moins d'enfants que n'en avaient leurs parents. Mais comme ils sont beaucoup plus nombreux, la population s'en trouve augmentée plus que jamais auparavant dans beaucoup de pays et l'augmentation nette de la population mondiale continue à frôler des niveaux historiques.

En revanche, dans les pays industrialisés où les taux de fécondité et de mortalité sont relativement faibles, le "baby boom" de l'après-guerre s'expliquait par des naissances jusque là différées pendant plusieurs années en raison des difficultés économiques et des perturbations du temps de guerre. Il s'agissait davantage d'une augmentation temporaire de la fécondité et d'une modification survenue dans le calendrier des naissances que d'une diminution de la mortalité, même si une baisse de la mortalité infantile n'y a pas été étrangère.

Dans l'ensemble, on a assisté dans les pays en développement à un allègement impressionnant du fardeau de la maladie et des décès prématurés, à des progrès dans le domaine de l'éducation et à l'exercice effectif accru du droit au choix en matière de reproduction, ce qui s'est traduit par une diminution des taux de natalité et un ralentissement de l'accroissement de la

population. Ces changements ont contribué à modifier la composition des populations des différents pays.

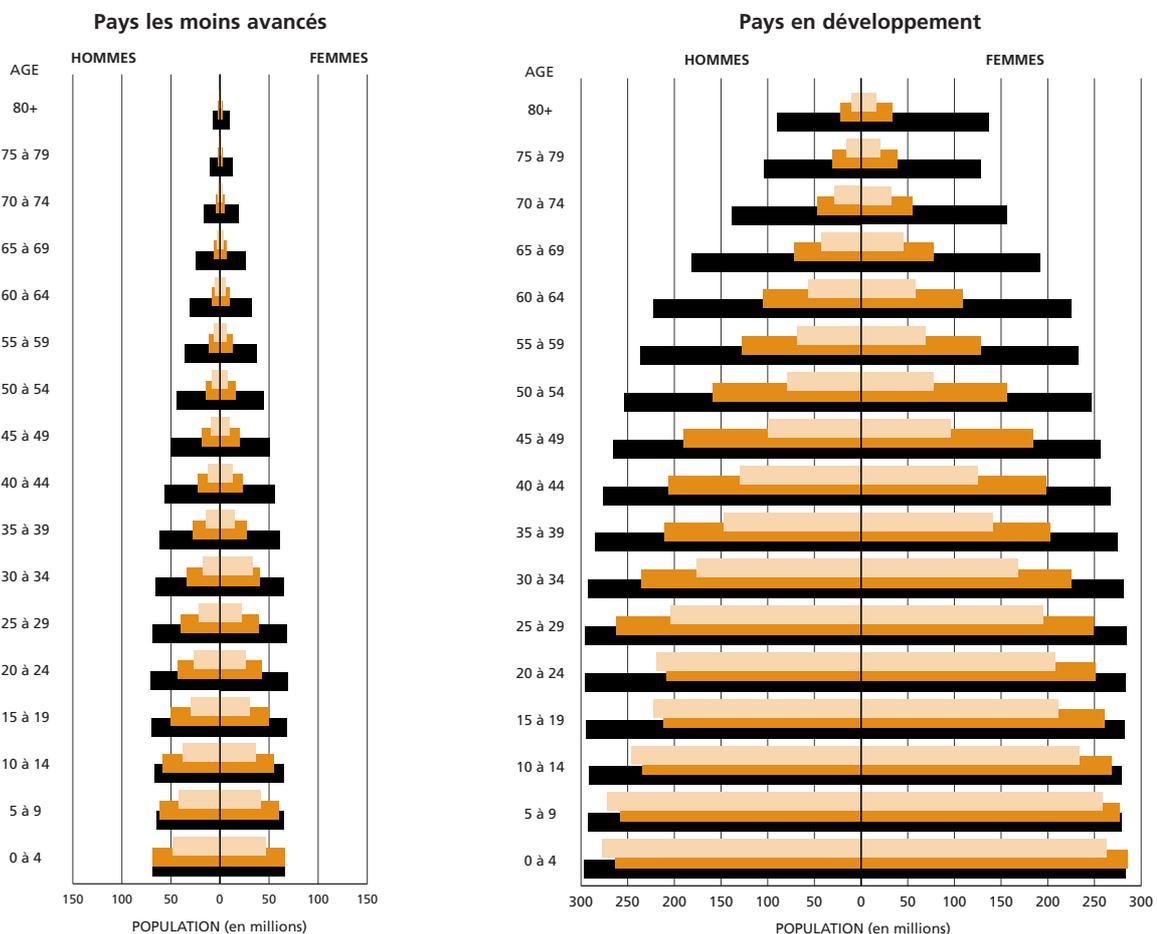
Changements survenus dans les groupes de populations jeunes

Le tableau 4 montre comment se présente la structure de la population dans les pays les moins avancés, dans les pays en développement et dans les pays développés et comment cette structure devrait se modifier au cours des 50 prochaines années. Les pays les moins avancés en sont encore au début de la transition qui mène de taux de natalité et de mortalité élevés à des taux faibles ; leur population se concentre dans les tranches d'âges jeunes. Le temps aidant, à mesure que la fécondité et la mortalité diminueront, la structure de la population de ces pays ressemblera davantage à la structure actuelle de la population des pays développés, où les taux de fécondité et de mortalité sont faibles.

On répartit communément les âges jeunes entre différents groupes dans différents contextes démographiques, politiques et sociaux :

Enfants	0-18
Adolescents	10-19
Jeunes	15-24
Jeunes gens	10-24
Jeunes à charge	0-15

TABEAU 4 : Structure de la population ventilée par âge et par sexe, 1995, 2015 et 2050



Source : Nations Unies. *Sex and Age Quinquennial 1950-2050 (The 1996 Revision)*.

Il y a encore dans le monde environ 71 pays et territoires dont la population se compose à plus de 40 % de personnes âgées de moins de 15 ans. Quarante-quatre de ces pays se trouvent en Afrique, 12 en Asie, huit dans les Etats arabes et sept en Amérique latine.

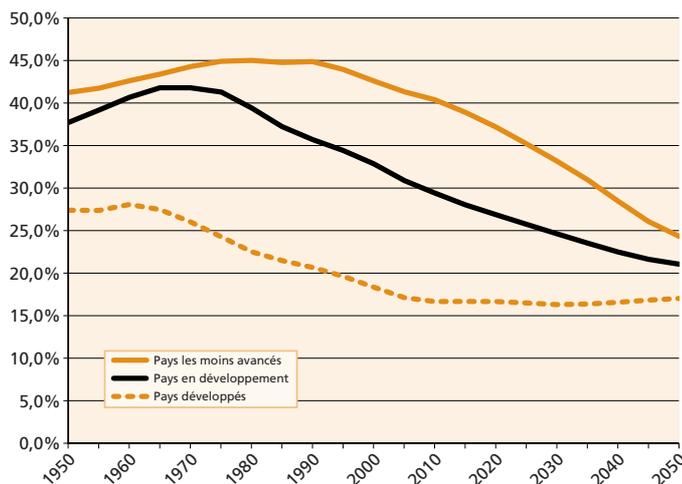
La dimension du groupe 0-15 traduit des tendances récentes dans le domaine de la fécondité. Elle indique aussi la dimension de la cohorte qui arrivera à l'âge de la reproduction dans les 15 prochaines années.

Dans les pays développés, le pourcentage de la population âgée de moins de 15 ans a culminé vers 1960, dix ans plus tôt et à un niveau moins élevé (15 % de moins) que dans l'ensemble des régions en développement (voir tableau 5).

Au niveau mondial, c'est en Asie, continent qui abrite 60 % de la population mondiale, qu'on trouve et qu'on continuera de trouver le pourcentage le plus élevé d'adolescents (et d'autres groupes d'âges jeunes). Mais depuis 1980, plus de 50 % de l'augmentation du nombre de jeunes a eu lieu en Afrique subsaharienne. De 1960 à 1995, le nombre d'adolescents âgés de 10 à 19 ans a augmenté en Afrique subsaharienne dans une proportion allant de 80 à 200 millions par décennie. Le rythme s'est ralenti, mais l'augmentation se poursuivra au moins jusqu'en 2015.

Dans les pays les moins avancés, le pourcentage des enfants de moins de 15 ans a atteint son niveau le plus élevé entre 1975 et 1990, aux alen-

TABLEAU 5 : Pourcentage de la population âgée de moins de 15 ans, 1950-2050



Source : Nations Unies. *World Population Prospects : The 1996 Revision*.

tours de 45 % de la population. Aujourd'hui, le pourcentage est de 34 % (pays en développement), 19 % (pays développés) et 43 % (pays les moins avancés). Les pays en développement ne devraient se situer en deçà du point culminant atteint par les pays développés qu'après 2015 ; les pays les moins avancés ne devraient parvenir à ce résultat que vers 2040.

Dans les pays en développement, le groupe d'âges 15-24 a atteint un point culminant vers 1985 (20,6 %) et a diminué depuis pour atteindre 19,1 % en 1995. Ce pourcentage va aller diminuant, pour atteindre 14,1 % en 2050, compte tenu de la dimension de la population totale. On comptera dans ce groupe d'âges 1,16 milliard de personnes en 2050, contre 863 millions en 1995 et 769 millions en 1985.

Dans les pays développés, tant les nombres que les pourcentages relatifs à ce groupe d'âges ont déjà amorcé une diminution depuis le point culminant atteint en 1975 avec 16,8 % (176 millions). Avec quelques exceptions mineures rappelant de loin en loin le "baby boom", cette tendance se poursuivra, le pourcentage variant entre 11,1 et 11,3 % (135 millions) à partir de 2020.

La montée en puissance des populations âgées

Dans les pays développés, le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans est passé de 7,9 % en 1950 à 13,5 % aujourd'hui, et il devrait atteindre 24,7 % d'ici à 2050. Dans tous les pays ayant un niveau faible de fécondité (principalement en Europe, en Amérique du Nord, au Japon et en Australasie), la population âgée de plus de 65 ans a augmenté de 10 à 15 % par rapport à la population totale, et elle devrait doubler en dimension relative au cours des 30 à 35 prochaines années. Les pays qui connaissent le vieillissement le plus rapide (notamment le Japon, l'Allemagne et l'Italie) compteront 40 %, voire davantage, de leur population dans les tranches d'âges élevés. Dans certains pays, la population âgée de plus de 85 ans fera plus que doubler au cours de la même période.

1995 2015 2050

Pays développés

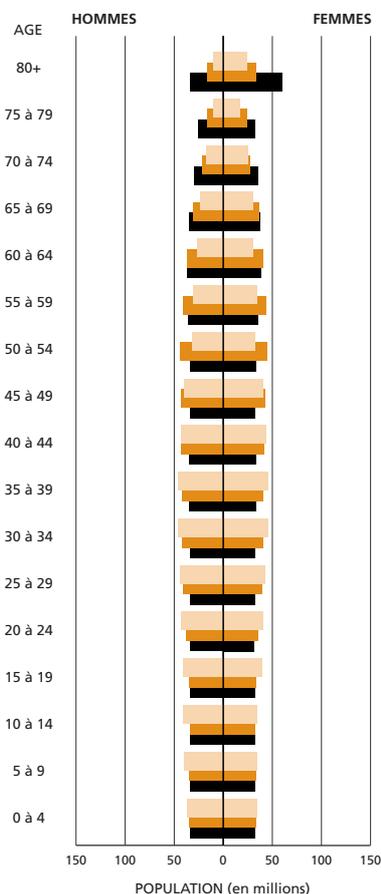
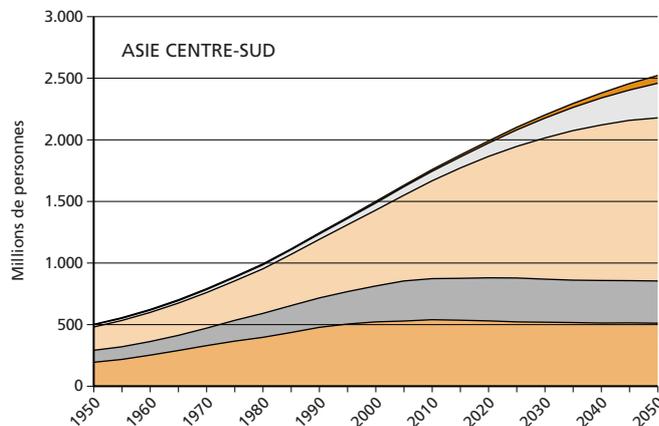
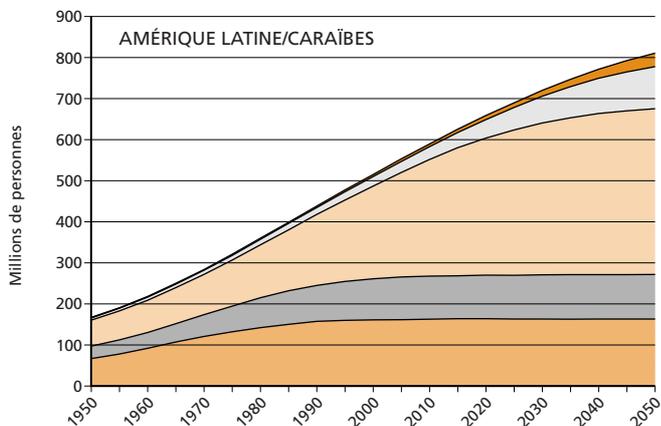
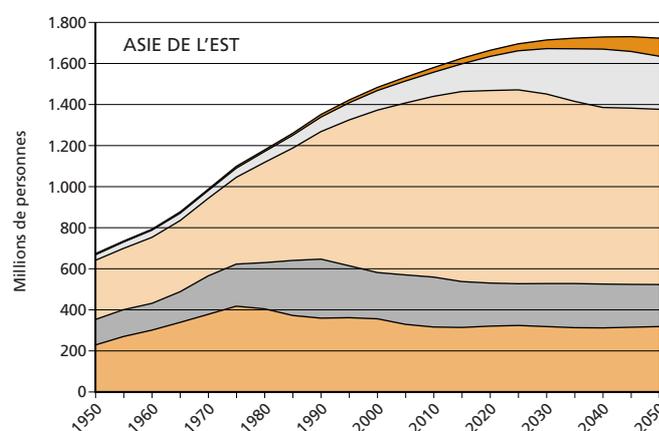
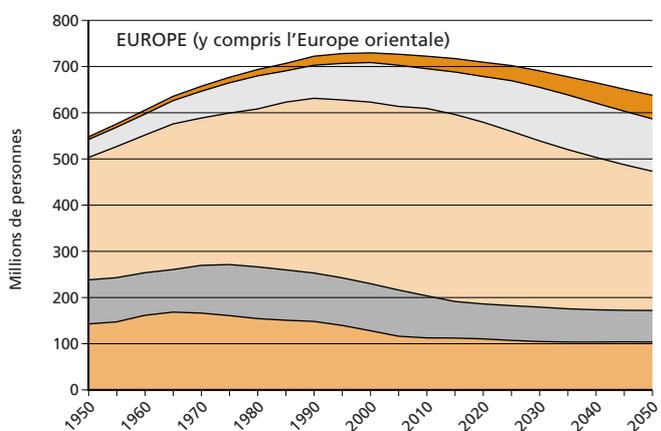
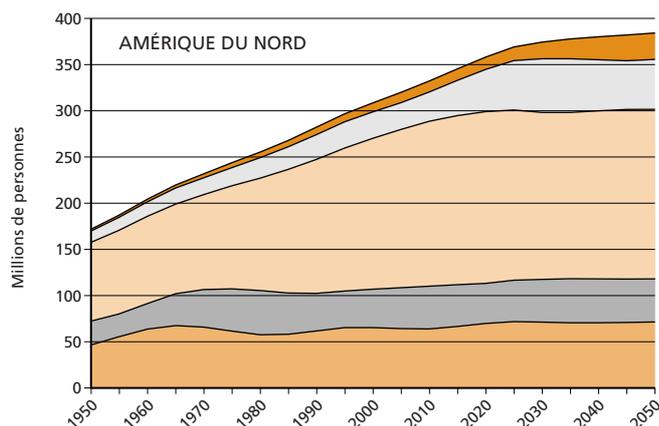
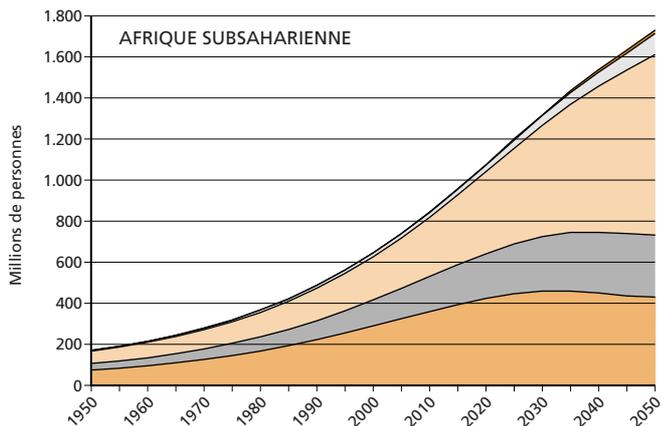
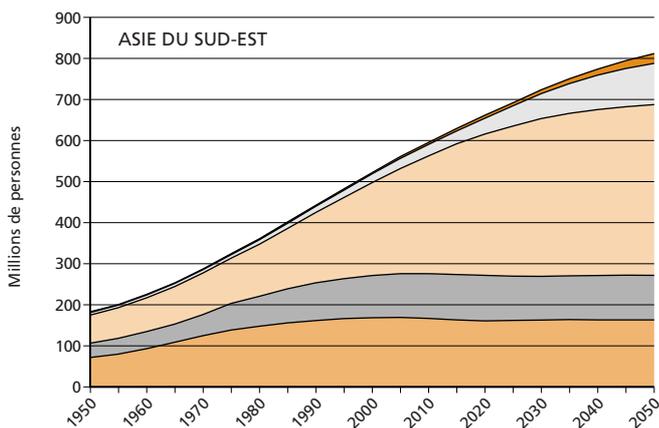


TABLEAU 6 : Accroissement de la population par groupe d'âges dans quelques régions/sous-régions, 1950-2050



Age
 80+ 65 à 79
 25 à 64 15 à 24 0 à 14

Source : Nations Unies. *Sex and Age Quinquennial 1950-2050 (The 1996 Revision)*.





Au cours des premières décennies du siècle prochain, il y aura un glissement démographique progressif vers une population plus âgée dans tous les pays.

Ces changements sont sans précédent, si on se réfère à leur ampleur et à la vitesse à laquelle ils se produisent. Le nombre de personnes âgées qui viennent grossir la population mondiale approche aujourd'hui les 9 millions par an, soit plus de 10 % de l'augmentation annuelle. Ce nombre devrait atteindre 14,5 millions par an en 2010-2015⁴. Aujourd'hui, environ 77 % de l'augmentation de la population âgée a lieu dans les pays en développement. D'ici à 2015, le pourcentage devrait dépasser les 80 %. D'ici à 2045-2050, au moment où la population totale augmentera de moins de 50 millions par an, les populations âgées augmenteront d'environ 21 millions de personnes par an ; 97 % de cette augmentation aura lieu dans les pays en développement actuels (plus d'un quart de cette augmentation surviendra en Inde).

Au cours des premières décennies du siècle prochain, nous assisterons donc à un glissement démographique progressif vers une population plus âgée dans tous les pays. C'est en Europe qu'on trouve le pourcentage le plus élevé de personnes âgées de 65 ans et plus, et il continuera d'en être ainsi pendant au moins 30 ans encore. L'Amérique du Nord et l'Océanie comptent, elles aussi, un pourcentage appréciable de personnes âgées de plus de 65 ans. L'Afrique et l'Asie occidentale comptent relativement peu de personnes âgées, ce qui s'explique par la persistance des taux élevés de fécondité ; c'est en Afrique subsaharienne que la proportion de personnes âgées est la plus faible par rapport à toutes les régions. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans augmentera rapidement de 1995 à 2025, passant de 22,7 à 61,2 millions. Toutefois, leur proportion n'augmentera que de 3,2 à 4,2 %, compte tenu de l'accroissement de la population de base.

On note également de grandes disparités au sein d'une même région, au gré du rythme que les changements en matière de fécondité et de mortalité revêtent selon les pays. Même de proches voisins en Asie, comme le Bangladesh, la Thaïlande, le Myanmar et la Malaisie, présentent de très grands écarts en ce qui concerne le pourcentage de personnes âgées. De nombreux pays des Caraïbes comptent un pourcentage élevé de populations âgées, à l'opposé de leurs proches voisins d'Amérique centrale.

Grandes catégories de groupes d'âges âgés

Presque vieux	55-64
Jeunes vieux	65-79 (Asie/ Pacifique 60-69)
Très vieux	75+ (parfois 80+ ; aussi appelés les vieillards fragiles)
Populations âgées (et personnes âgées à charge)	65+

Les comparaisons de pays à pays sont malaisées. Des systèmes statistiques nationaux différents utilisent des points de séparation différents, en fonction de l'âge officiel de la retraite dans le pays (lorsqu'il est inférieur à 65 ans) et de l'espérance de vie (ce qui peut ramener vers le

haut le groupe des "très vieux"). Par exemple, l'Inde considère que sa population active se situe dans le groupe des 15-59 ans⁵.

Le nombre de personnes "très âgées" (catégorie où l'on classe les personnes âgées d'au moins 75 ans) augmente rapidement dans toutes les régions du monde. A partir du moment où la mortalité atteint un niveau relativement faible, le principal facteur de l'allongement de l'espérance de vie est constitué par l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées. La contribution de ces changements au vieillissement de la population demeure importante. Une étude⁶ a montré que même si la fécondité se maintenait en Italie au niveau de 1,4 enfant par femme jusqu'en 2040, plus de la moitié de l'augmentation de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus serait imputable à des changements en matière de mortalité et moins de la moitié au maintien d'un faible taux de fécondité.

Là où l'espérance de vie atteint un niveau très élevé et où la vie dans de bonnes conditions de santé se prolonge, la limite inférieure de la catégorie des personnes "très âgées" se déplace encore plus vers le haut. Historiquement, la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans a toujours été très faible. Dans les pays développés, elle est passée d'environ 1,1 % en 1950 à environ 3 % en 1995. D'ici à 2050, elle dépassera le cap des 8 %. Il s'agit de l'augmentation proportionnelle la plus rapide par rapport à toutes les autres catégories de personnes âgées.

Comparaisons démographiques

On peut utiliser un certain nombre d'indicateurs pour rendre compte des différents aspects de la transformation démographique. Chacun de ces indicateurs contribue à l'image d'ensemble et appelle une interprétation nuancée, si tant est qu'on entende tirer des conclusions pertinentes. En dépit de ces difficultés, il est possible d'établir certaines comparaisons entre différentes régions et différents groupes.

Une comparaison directe de la dimension des groupes jeunes et vieux qui sont à charge peut servir à mesurer à grands traits la manière dont évolue le rapport entre les groupes jeunes et les groupes âgés, à mesure que la société s'engage dans la voie de la transition démographique qui doit la mener vers une diminution de la fécondité et de la mortalité (voir tableau 7).

En 1950, le ratio jeunes/vieux dans les pays en développement s'établissait à plus du double du ratio dans les pays développés. Dans les premiers, ce ratio était d'environ 10 pour 1 et il a augmenté au cours des 20 à 25 années suivantes jusqu'à atteindre un maximum de plus de 11 pour 1. En 1995, bien qu'il ait diminué, il est toujours de 7 pour 1.

Une comparaison entre la population en âge de travailler et le reste de la population, tant jeune que vieille, dans les pays développés révèle l'impact du "baby boom". En 1950, il y avait 1,85 personne en âge de travailler pour chaque personne à charge, jeune ou vieille⁷ ; en 1960-1965, le ratio est passé à 1,72. Il y a eu ensuite une période d'accroissement soutenu, qui devrait continuer jusque vers 2005-2010. A partir de ce

moment-là, cependant, à mesure que la population âgée augmentera, le ratio diminuera pour s'établir à 1,39 en 2050.

En 1990, l'Asie Centre-Sud comptait 1,35 personne en âge de travailler pour chaque personne à charge (le même ratio s'établissait à 2,04 dans les pays développés). Le ratio devrait augmenter pour s'établir à 2,04 en 2020 et culminer à 2,13 au cours de la période 2025-2035, avant d'amorcer une nouvelle baisse.

Le changement démographique et les occasions de développement

Le dividende démographique

L'augmentation de la population en âge de travailler par rapport aux personnes à charge, jeunes ou vieilles, représente une "fenêtre de tir" pour les pays en développement, qu'ils doivent mettre à profit pour investir dans la santé et l'éducation, constituer un capital humain et faire en sorte que la fécondité et la mortalité diminuent comme prévu. Ces investissements stimuleront le développement économique et contribueront à le soutenir après coup. En tirant un bon parti du "dividende" ou boni démographique, il est possible d'alléger le fardeau que constitue une population âgée en expansion ces dernières années.

Des études récentes montrent comment des pays d'Asie ont su tirer parti de ce dividende démographique. Elles partent de l'hypothèse des économistes selon laquelle tous les pays vont combler l'écart existant entre leur revenu réel et leur revenu potentiel par habitant à un taux constant. Le potentiel national est déterminé par des facteurs géographiques fixes, comme le climat, l'accès à la mer et aux ressources naturelles, mais également par des facteurs variables, notamment :

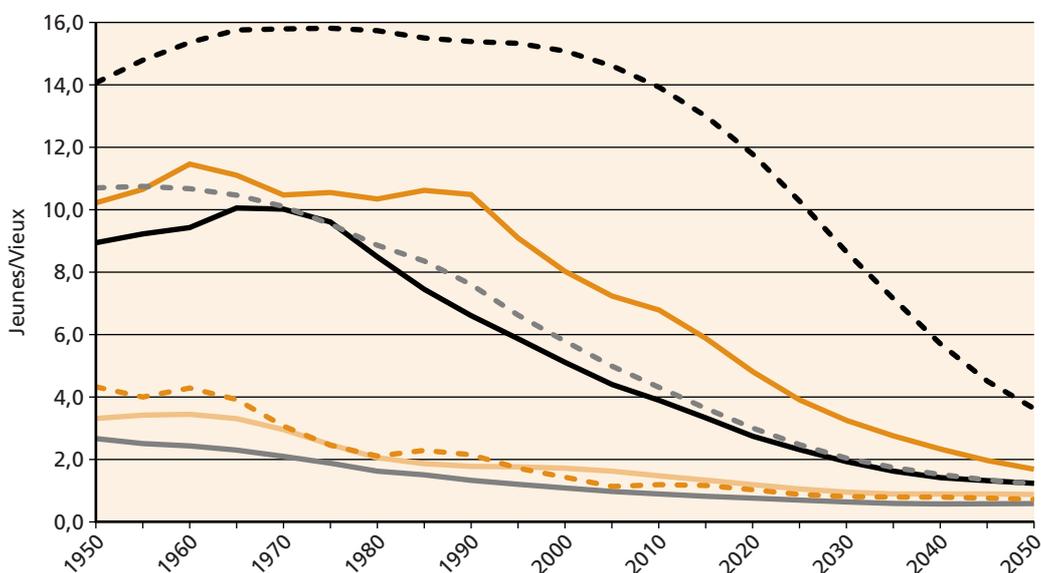
- ◆ **Des variables économiques et politiques** : par exemple, la politique commerciale, le taux d'épargne et le niveau des dépenses publiques ; la qualité de la gouvernance, notamment l'efficacité et le niveau de corruption ; le respect de la primauté du droit, notamment des droits de propriété et des contrats ;

- ◆ **Des variables sociales** : par exemple, le niveau de santé et d'éducation ; des facteurs démographiques, comme l'accroissement de la population, la pyramide des âges et l'espérance de vie ; la condition de la femme par rapport à celle des hommes.

Parmi les pays qui ont un revenu de départ similaire, ceux qui bénéficient de conditions sociales, économiques et politiques plus favorables disposent d'un potentiel plus élevé et connaîtront donc une croissance économique plus rapide. Parmi les pays qui disposent d'un potentiel comparable, ceux qui ont un revenu de départ moins important connaîtront un taux plus élevé de croissance économique.

Les études montrent que l'accroissement de la population à lui seul, sans qu'il soit tenu compte des différences existant quant aux points de départ et aux variables politiques, permet difficilement de prévoir le rythme de la croissance économique. Cependant, les résultats se présentent tout autrement, lorsqu'on tient compte de la *structure par âge de la population*⁸. Pendant la transition démographique, une mortalité et une fécondité élevées cédant le pas à une mortalité et à une fécondité faibles, la combinaison des forts taux de natalité passés et des taux faibles du moment produit un "gonflement" temporaire du pourcentage de la population en âge de travailler. **Ce changement, bien plus que la modification du niveau de l'accroissement de la population qui l'accompagne, présente une corrélation étroite avec le rythme de la croissance économique.**

TABLEAU 7 :
Rapport des populations jeunes (0-15) aux populations âgées (65+), 1950-2050, dans toutes les régions



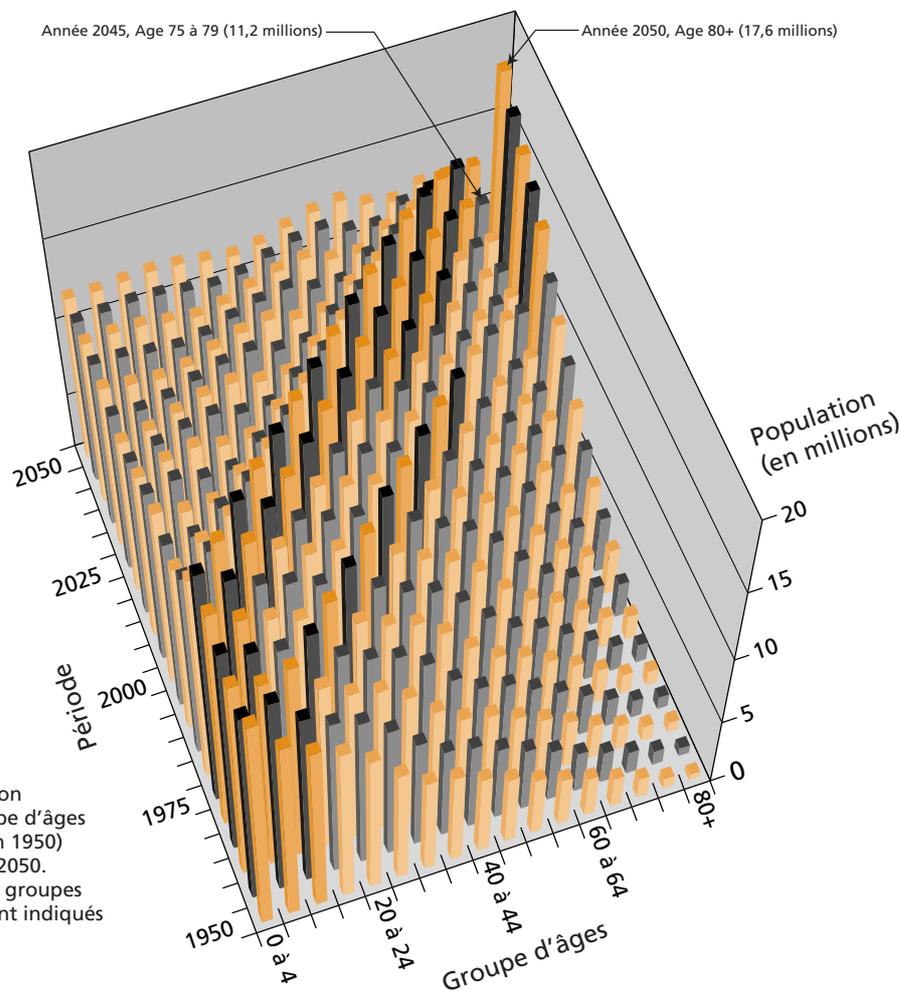
Source : Nations Unies. *Sex and Age Quinquennial 1950-2050 (The 1996 Revision)*

TABEAU 8 :

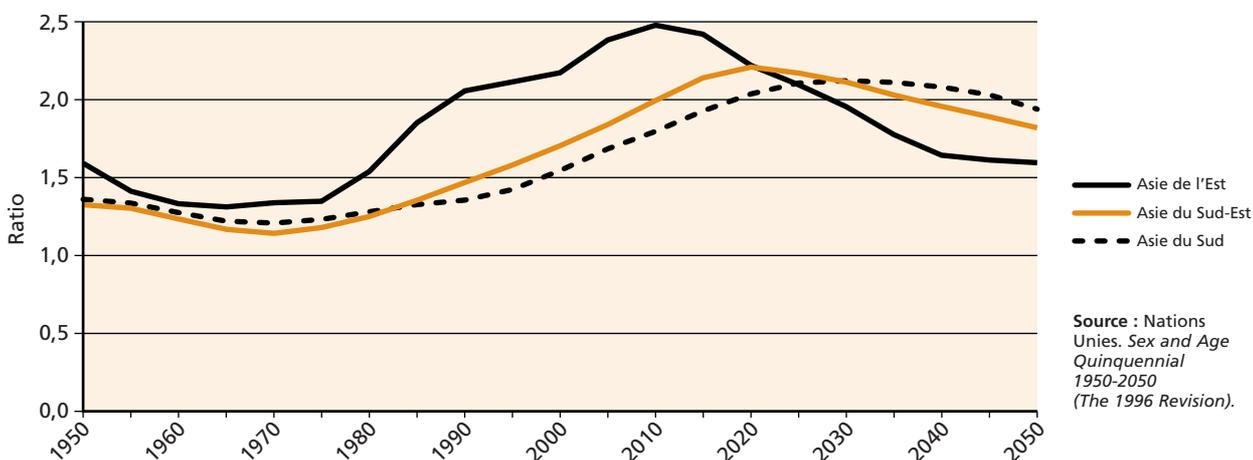
Structure de la population par âge, Asie de l'Est (sauf la Chine), 1950-2050

Source : Nations Unies. *Sex and Age Quinquennial 1950-2050 (The 1996 Revision)*.

Le graphique illustre le vieillissement de la population par groupe d'âges. Le groupe d'âges le plus nombreux (0-4 ans en 1950) devient celui de 80+ ans en 2050. Pour chaque année, les trois groupes d'âges les plus nombreux sont indiqués par des barres plus foncées.



TABEAU 9 : Rapport des populations d'âge actif aux populations d'âge non actif, 1950-2050, Asie de l'Est, Asie du Sud-Est et Asie du Sud



Source : Nations Unies. *Sex and Age Quinquennial 1950-2050 (The 1996 Revision)*.

Le tableau 8 illustre l'évolution de la structure par âge de la population en Asie de l'Est (à l'exclusion de la Chine)⁹. Le mouvement impressionnant que décrivent au cours de leur vie des cohortes de naissances jusque là importantes apparaît comme un net gonflement de la structure par âge.

Le tableau 9 indique le ratio population en âge de travailler/population à charge en Asie de l'Est, en Asie du Sud-Est et en Asie du Sud calculé sur la base de données historiques et de projections. Comme on peut l'observer, c'est en Asie de

l'Est que l'augmentation est intervenue le plus tôt et le plus rapidement et, à présent, les autres sous-régions abordent une période pendant laquelle les niveaux précédemment atteints en Asie de l'Est seront atteints.

Pour que l'afflux soudain de la main-d'oeuvre ait un effet stimulant, il faut que les jeunes trouvent du travail, ce qui souligne le rôle essentiel que joue l'environnement politique et économique. Mais une structure par âge favorable accroît l'impact des mesures destinées à développer les possibilités d'emploi et le marché du travail.



Comment on mesure la "dépendance"

Le rapport de la population âgée de moins de 15 ans à celle du groupe d'âges 15-64 est appelé le **ratio de dépendance du jeune âge**. Dans les pays qui mettent toujours davantage l'accent sur l'éducation et la formation de la jeunesse, cependant, la phase de préparation à la participation au travail productif s'étend bien au-delà de l'âge de 15 ans.

Pareillement, en divisant la population âgée de plus de 65 ans par le nombre des personnes appartenant à la tranche d'âges 15-64 on obtient le **taux de dépendance de la vieillesse**. Il s'agit là d'une appellation conventionnelle, qui considère comme "dépendante" ou comme étant à charge toute personne âgée de plus de 65 ans, sans tenir compte du fait que tout le monde ne quitte pas les rangs de la population active au même âge ou de l'accumulation de richesses qui fait de beaucoup de personnes âgées des personnes indépendantes économiquement. La contribution productive des personnes appartenant à la tranche d'âges 15-64 doit être ajustée pour tenir compte du degré de participation à la vie active en fonction du sexe et du niveau d'éducation¹⁰.

Une autre mesure, le **taux de dépendance sociétale**, rassemble les groupes à charge jeunes et vieux par rapport à la population âgée de 15 à 64 ans. Ce rapport, qui n'échappe pas à toutes les difficultés mentionnées pour les autres ratios de dépendance, reflète la nécessité pour la société prise dans son ensemble de prendre en charge les populations jeunes et âgées. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'analyser les transferts de richesses, de responsabilités et de contributions qui s'opèrent entre les différents groupes d'âges, il demeure un outil sommaire.

Son contraire, le nombre de personnes "en âge de travailler" (15-64 ans) divisé par la somme des populations qui ne sont pas en âge de travailler, peut être utile lorsqu'il n'est pas nécessaire de distinguer les contributions respectives des groupes "dépendants" jeunes et vieux.

Le taux de dépendance peut être raffiné, par exemple en excluant les travailleurs âgés de plus de 65 ans des personnes à charge ou les chômeurs des personnes "en âge de travailler". Les ratios de substitution – qui indiquent des niveaux plus élevés de "dépendance effective" – sont plus élevés dans tous les pays. Il importe de tenir compte des taux de participation à la population active lorsqu'on évalue le fardeau démographique. Une politique informée devrait également prendre en considération les tendances en matière de chômage, d'âge moyen de la retraite, de politiques des pensions et de niveaux d'invalidité¹¹.

Le **ratio de soutien sociétal**, qui indique le rapport de la population âgée de plus de 65 ans à la population des 20-64 ans, ajuste vers le haut le début de l'âge "productif", mais il présente à part cela les mêmes inconvénients que d'autres mesures.

Le rapport de la population âgée de plus de 80 ans à celle des 50-64 ans est parfois désigné comme le **ratio de soutien parental**¹². Il sert à rapporter le nombre des "très vieux", un groupe de moins en moins capable de mener une vie indépendante, à celui de leurs descendants en mesure de leur offrir un soutien sans devoir supporter en même temps la charge des soins à leurs propres enfants. Certaines régions se réfèrent à des groupes d'âge différents pour appréhender le même concept¹³.

Cette mesure ne tient pas compte des responsabilités des enfants de familles ayant des dimensions différentes, de la capacité ou de la volonté des enfants de soutenir leurs parents, des attentes culturelles d'un soutien à des degrés différents de relations, de l'état de santé de la population âgée ou des différences en fonction du sexe qui apparaissent dans le soutien que les personnes âgées de plus de 80 ans (dont une large majorité sont des femmes) reçoivent de leur famille, des systèmes publics de soutien et de la communauté dans son ensemble.

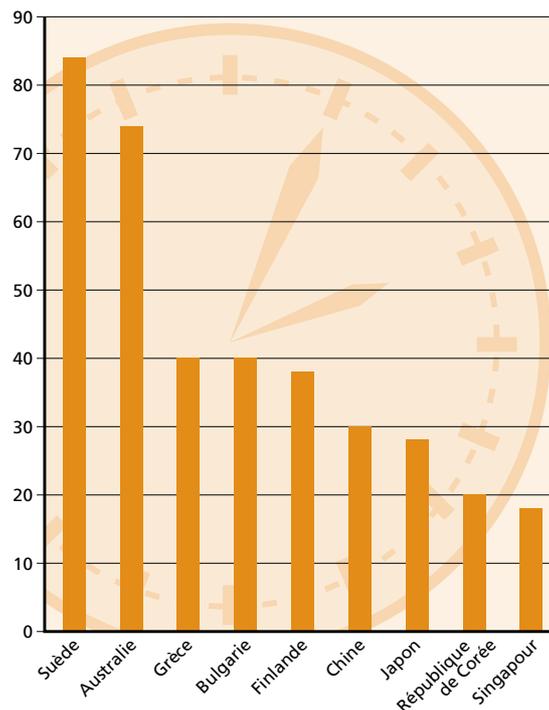
Les pays d'Asie ont su tirer parti du "dividende" démographique pour renforcer le socle social du développement. Ainsi la République de Corée a porté le taux net d'inscription dans l'enseignement secondaire de 38 % à 84 % de 1970 à 1990 et plus que triplé le volume des dépenses consenties par élève du secondaire¹⁴. Pour l'Asie de l'Est prise dans son ensemble, les facteurs démographiques ont contribué à hauteur de 3-4 % à l'augmentation du nombre d'élèves inscrits et à hauteur de 10-13 % à l'augmentation des dépenses¹⁵.

Il restera à des analyses plus approfondies d'évaluer l'impact de la dimension relative des différents groupes d'âges composant la population, et des micro-études en cours de réalisation¹⁶ se proposent d'examiner les mécanismes qui permettent de réaliser des gains. Au nombre des facteurs les plus importants figurent l'impact du changement démographique sur la croissance de la dotation de travail par habitant, l'augmentation de l'épargne et l'augmentation de l'investissement¹⁷. La dimension relative, la croissance et le développement des possibilités offertes à des personnes âgées de 20 à 50 ans paraissent représenter l'essentiel de la contribution observée à la croissance. La contribution des personnes ayant atteint la cinquantaine ou la soixantaine est relativement faible¹⁸.

La balance commence à pencher du côté des vieux

Le rythme du vieillissement de la population dépend plus du stade auquel on se trouve de la

TABLEAU 10 : Nombre d'années requis pour que la population âgée de plus de 65 ans passe de 7 à 14 % de la population totale dans quelques pays



Source: Nations Unies, CESAP et de JOICFP. 1996. *Population Ageing in Asia and the Pacific*, et Kevin Kinsella Cynthia M. Tauber. 1992. *An Aging World II*.

transition démographique vers une fécondité et une mortalité plus faibles. A mesure que l'allure de la transition s'accélère, le pourcentage de personnes âgées augmente rapidement. A une étape plus avancée, la fécondité et la mortalité diminuent plus lentement et le rythme du vieillissement de la population se ralentit¹⁹.

La plupart des pays en développement d'aujourd'hui ont encore un long chemin à parcourir avant d'atteindre les pourcentages observés dans les pays européens qui ont effectué leur transition démographique il y a un siècle, mais il n'est pas impossible qu'ils atteignent ces pourcentages plus rapidement, du fait que leur transition démographique s'est opérée plus vite.

En Suède, un des pays à avoir effectué le plus tôt sa transition démographique, il a fallu 84 ans pour que le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans passe de 7 à 14 %. Il faudra beaucoup moins de temps pour passer de 7 à 14 % de la population âgée de plus de 65 ans dans les pays où la transition démographique est la plus rapide (voir tableau 10).

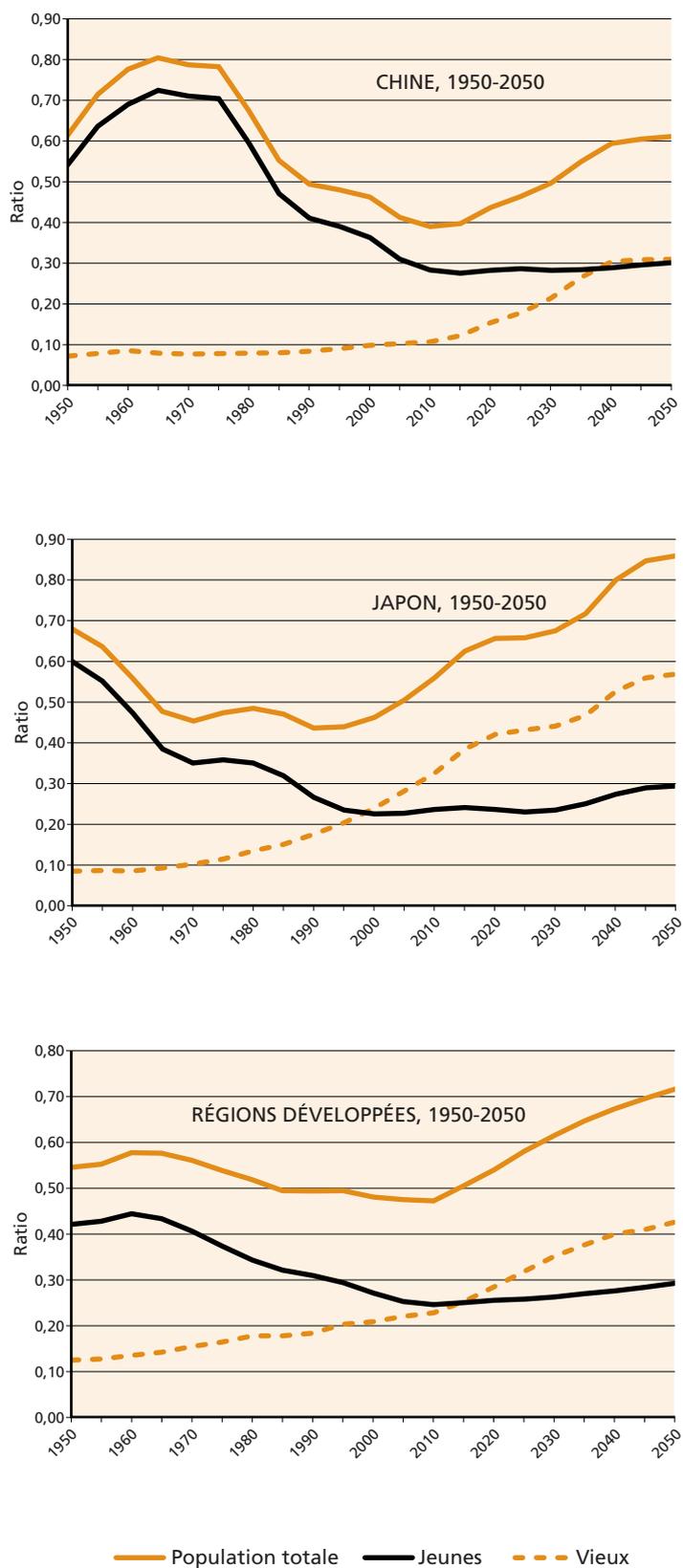
Le Japon se trouve dans une position tout à fait à part, car il a connu sa transition démographique plus récemment que l'Europe. L'expérience qu'il fait aujourd'hui d'une augmentation rapide de la population âgée sera suivie par d'autres pays d'Asie.

La Chine, elle aussi, a connu une transition démographique rapide, fût-ce à une époque plus récente, et il faudra encore un certain temps avant que sa population âgée ne constitue le gros des personnes à charge de la société. Les pays développés, où le rapport de dépendance économique s'est situé dans le passé à des niveaux moins élevés que dans les pays en développement, atteindront des niveaux plus élevés en raison de la dimension de la population âgée (voir tableau 11).

La modification de la structure par âge se produit plus rapidement que dans le passé, mais elle ne s'en déroulera pas moins sur une période étendue, en particulier dans les régions et les pays les moins avancés. L'avènement d'une structure par âge comportant plus de personnes âgées que de jeunes demeure une perspective lointaine dans une bonne partie du monde. En 1995, seule l'Italie comptait plus de personnes âgées (plus de 65 ans) que de jeunes (moins de 15 ans). Un certain nombre d'autres pays développés et à revenu moyen, notamment beaucoup de pays d'Europe orientale, devraient atteindre ce stade d'ici à 2050.

Parmi les pays en développement dans d'autres régions, seule la Chine (en 2040), la Thaïlande et 15 petits pays devraient compter plus de personnes âgées que de jeunes d'ici à 2050. En Afrique, le rapport de 1,1 jeune pour une personne âgée s'établira à Maurice en 2050. A cette même époque le Sahara occidental, l'Afrique du Sud et le Kenya verront s'établir le rapport de 2 pour 1 ou moins. La plupart des pays d'Afrique auront un rapport beaucoup plus élevé : au Burkina Faso, en Ethiopie, au Niger, au Soudan et en Ouganda, il devrait y avoir plus de cinq jeunes pour une personne âgée en 2050.

TABLEAU 11 : Ratio de dépendance, 1950-2050, Chine, Japon et régions développées



Source : Nations Unies. *Sex and Age Quinquennial 1950-2050 (The 1996 Revision)*.



L'effet du "miracle asiatique" ne se limite pas à l'Asie

L'impulsion provenant de l'afflux de main-d'oeuvre s'exerce dans toutes les régions, et ce de la même façon ; ce qui diffère, c'est la modification de la population en âge de travailler, plutôt que l'accroissement de la population globale. L'effet est transitoire : lorsque la fécondité et la mortalité diminuent à partir de niveaux historiquement élevés, il y a un boni démographique exceptionnel, avant que la population âgée n'augmente fortement.

Entre 15 et 40 % de l'augmentation du revenu par habitant en Asie de l'Est est imputable aux changements apparus dans la structure par âge au cours des quelques dernières décennies. L'effet de l'afflux de main-d'oeuvre est plus prononcé dans ces pays, mais c'est à tort que les nouvelles analyses ont dit que cet effet est propre à l'Asie de l'Est. Certes, la culture et les systèmes de valeurs jouent un rôle important et ils influencent la nature et la qualité du développement, mais les facteurs déterminants sont communs à toutes les régions.

Ceci s'applique également au sein des régions. Par exemple, la différence de performance économique entre l'Asie de l'Est et l'Asie du Sud s'explique en grande partie par une différence dans l'allure du changement démographique. L'effet de l'afflux de main-d'oeuvre peut stimuler la croissance n'importe où. Le rôle qu'il a joué en Europe entre la fin du XIXe siècle et le début du XXe siècle fait actuellement l'objet d'études.

L'évolution récente des marchés asiatiques illustre également l'importance cruciale que revêtent une bonne gouvernance,

ainsi qu'une politique économique et des cadres institutionnels propices. L'incapacité de garantir des conditions économiques réellement habilitantes pourrait aboutir à dilapider les possibilités créées par le boni démographique²⁰.

Au nombre de ces conditions habilitantes, il y a des politiques de création d'emplois, des structures fiscales sûres, des institutions d'épargne bien encadrées et des systèmes de marché compétitifs. Faute de faciliter la création des millions de nouveaux emplois nécessaires pour des populations en expansion et de réduire le chômage, on s'exposerait à des troubles sociaux et à l'instabilité.

Les investissements passés consentis dans l'éducation et la santé aideront les économies des tigres asiatiques à surmonter les turbulences et les incertitudes : la réduction de la mortalité et de la fécondité imputable auxdits investissements rendra de nouveaux investissements moins nécessaires et une main-d'oeuvre mieux éduquée remettra les économies sur leurs rails. A condition d'apporter les changements politiques requis et d'accroître l'efficacité des marchés nationaux et régionaux, le boni démographique ne sera pas dilapidé.

Certaines analyses du boni démographique suggèrent qu'il existerait un effet analogue en Asie du Sud et du Sud-Est²¹. L'impact relatif du changement démographique est même plus profond en Amérique du Sud, même si certaines estimations pour cette région font état d'autres éléments qui ont réduit la valeur de l'afflux de main-d'oeuvre. L'Afrique n'a pas encore connu son boni démographique.

Les orphelins du sida devraient être cinq fois plus nombreux d'ici à 2010

Plus de 8 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans ont perdu leur mère ou leurs deux parents à la suite du sida depuis le début de l'épidémie, selon une étude récente réalisée par l'U.S. Agency for International Development des Etats-Unis (USAID)²². Le nombre de ces "orphelins du sida" dans les 23 pays étudiés devrait doubler dans les deux prochaines années et il devrait atteindre 40 millions d'ici à 2010.

Dans l'intervalle, le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (UNAIDS) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquent que la pandémie de VIH/sida est plus grave qu'on ne l'avait cru, surtout en Afrique subsaharienne. En utilisant des données plus fiables pour évaluer les taux de contamination dans chaque pays plutôt que par région, l'UNAIDS et l'OMS estiment aujourd'hui que 5,8 millions de personnes – environ 16 000 par jour – ont été contaminées en 1997, notamment 2,1 millions de femmes et 590 000 enfants âgés de moins de 15 ans²³.

Plus de 30 millions de personnes, dont plus de 90 % vivent dans des pays en développement, étaient séropositives au 31 décembre 1997. Pas moins de 27 millions d'entre elles pourraient n'être pas conscientes de leur état. Environ 2,3 millions de personnes sont mortes du sida l'année dernière, ce qui représente un cinquième des 11,7 millions de décès imputables au sida depuis la fin des années 70. Près de la moitié des personnes décédées sont des femmes.

Le VIH/sida a un impact dévastateur sur les vies individuelles, les familles et les collectivités. Il ampute la population en âge de travailler, accroît la pauvreté, réduit le nombre de professeurs et de travailleurs qualifiés et met à rude épreuve des systèmes de soins de santé et autres services sociaux qui sont déjà à la limite de leurs capacités.

Pour les enfants rendus orphelins par le VIH/sida, il y a de plus fortes probabilités qu'ils cesseront de fréquenter l'école que les autres enfants de leur groupe d'âges, qu'ils auront à assurer eux-mêmes leur subsistance et devront assumer des responsabilités d'adulte à la maison, et qu'ils devront quitter ou perdront leur chez-soi. Les filles pourront être exposées à des pressions plus fortes pour les amener à se marier.

La progression la plus rapide de la pandémie – et celle qu'on a le plus sous-estimée jusqu'ici – se situe en Afrique subsaharienne, dont deux tiers de la population vit avec le VIH et où 90 % des enfants sont contaminés. Pas moins de 7,4 % des adultes âgés de 15 à 49 ans sont contaminés. La mortalité infantile et post-infantile, dont on s'attend qu'elle augmentera énormément, va ramener l'espérance de vie à 40 ans ou moins dans 9 pays d'ici à 2010. Dans certains pays, la population diminuera à court terme.

Dans les 19 pays africains étudiés par l'USAID, on estime que 16 % des enfants âgés de moins de 15 ans se trouveront orphelins du fait du sida en 2010, sur un total d'environ 40 millions. D'autres millions d'enfants se trouveront orphelins en Asie du Sud, où la prévalence est plus faible que dans les pays étudiés mais où le nombre absolu des personnes contaminées continue à augmenter.

Le fardeau de l'entretien des orphelins du sida va peser pour une bonne part sur les grands-parents et autres membres de la famille. L'impact de la pandémie met déjà en difficulté les systèmes familiaux dans les pays où la prévalence est élevée. Un des résultats de cette situation, c'est le nombre croissant d'enfants des rues.

Par delà le dividende démographique

On peut s'attendre à un certain ralentissement du développement économique, une fois épuisé le dividende démographique, au début de la seconde moitié du XXI^e siècle dans beaucoup de régions, peut-être plus tard dans les régions où la transition procède à un rythme plus lent. Toutefois, si le dividende a été investi à bon escient, ces taux plus réduits s'appuieront sur une base économique plus large et ils demeureront importants. Une population stable offrira de nouvelles possibilités de réaliser des investissements productifs.

De nombreux facteurs pourraient entraver la transition en douceur qui doit conduire à une fécondité moindre et à une population stable. Au premier rang de ceux-ci, il pourrait y avoir le fait de ne pas tirer parti du dividende démographique pour assurer le développement humain par le biais d'une amélioration de la santé et de l'éducation. Ceci ne pourrait que renforcer le risque, par exemple, d'une pandémie de VIH/sida. La lutte contre la propagation du VIH/sida fait partie du programme de base concernant la population et la santé en matière de reproduction qui a été demandé à la CIPD. Elle revêt une importance décisive en raison de l'impact du sida sur la population en âge de travailler. Une propagation de l'infection pourrait réduire l'importance de l'afflux de main-d'oeuvre et gonfler le ratio de dépendance économique, faire un grand nombre d'orphelins et alourdir le fardeau que doivent porter les adultes en âge de travailler et les vieillards. Comme nous le verrons au chapitre 2, il est indispensable, si l'on veut endiguer le VIH/sida et en venir à bout, d'informer aussi bien les adolescents que les adultes et de leur fournir des services dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction.

Les pays qui ont mené à bien la transition démographique et atteint les niveaux de remplacement de la fécondité ne seront pas en mesure de toucher le dividende économique provenant d'un afflux de main-d'oeuvre. Mais le changement démographique n'assombriera pas nécessairement leurs perspectives économiques, s'il s'accompagne d'autres changements. Les migrations de travailleurs pourraient accroître la main-d'oeuvre et contrebalancer le tassement qui suivra l'afflux de main-d'oeuvre (voir encadré). Dans les pays qui ont déjà atteint des niveaux élevés de développement, des gains de productivité pourraient continuer de stimuler l'économie. Une croissance économique prometteuse pourrait résulter d'une transformation économique tenant compte des nouvelles demandes – dans les secteurs des services et de l'information, ainsi que dans les secteurs financier et médical – d'une population âgée plus nombreuse et disposant de plus de ressources que dans le passé.

Elan démographique et choix

Le rapide accroissement de la population au cours des 40 dernières années et la prochaine augmentation des populations âgées représentent deux

ENCADRÉ
6

La démographie et le progrès économique en Asie

Le vieillissement de certaines populations asiatiques va modérer le potentiel de croissance économique de l'Asie de l'Est et du Sud-Est. Pendant la période 1965-1990, le PNB par habitant en Asie de l'Est a augmenté chaque année de 6,1 % en moyenne ; la contribution des tendances démographiques à cette augmentation se situe entre 0,9 et 1,5 %. Pour la période 1990-2025, les tendances démographiques devraient réduire les taux de croissance à Hong Kong (Chine), en République de Corée et à Singapour à hauteur de 1,3 % à 1,9 %. Pareillement, la croissance en Asie du Sud-Est pourrait diminuer à hauteur de 0,2 % à 0,6 % du fait de la transition démographique. La tourmente financière que la région a connue récemment exigera certes de revoir ces projections sur un point ou l'autre, mais l'importance du rôle que jouent les facteurs démographiques sur le potentiel de croissance dans un cadre économique restabilisé reste très grande.

Par contraste, le changement démographique pourrait stimuler davantage encore la croissance de l'Asie du Sud pendant la période 1990-2025. La contribution totale des facteurs démographiques en Asie du Sud pourrait atteindre entre 0,55 % et 1,25 % – un "dividende démographique" similaire à celui que l'Asie de l'Est a touché pendant sa période d'ascension économique.

aspects du même phénomène de transformation historique. La diminution importante de la mortalité conjuguée au maintien d'une fécondité élevée qui a marqué l'après-guerre a contribué à alimenter un accroissement explosif de la population. Ces groupes d'âge nombreux sont à présent au seuil de la vieillesse. Leur santé et leurs capacités sont le reflet de l'infrastructure et des atouts sociaux de leurs jeunes années. Les groupes d'âge nombreux qui les suivent et arrivent à l'âge adulte éprouvent de nouveaux besoins, font de nouvelles expériences et voient s'ouvrir de nouvelles perspectives.

Le "problème démographique" est-il résolu ?

Pour certains observateurs, ce qui fait problème, c'est moins l'accroissement de la population que son vieillissement. Ils font état de la préoccupation que le vieillissement inspire aux pays industrialisés et des migrations internationales, qui seraient une des réponses possibles au vieillissement.

Le problème se pose d'une manière toute différente dans les pays en développement, dont beaucoup doivent faire face à deux problèmes en même temps : un accroissement rapide de la population totale, imputable à une forte fécondité présente ou dans un passé récent et donc à un grand nombre d'enfants et de jeunes, et l'augmentation rapide du nombre des personnes

La crainte d'un "tassement de la population" est prématurée

La population mondiale ne commencera certainement pas à diminuer avant le milieu du siècle prochain et elle ne le fera alors que si la fécondité mondiale est conforme aux projections les plus basses de l'Organisation des Nations Unies.

La fécondité est faible ou diminue rapidement dans de nombreux pays en Europe et ailleurs, et dans certains pays la fécondité totale se situe en deçà du "niveau de remplacement". Autrement dit, les couples ont moins d'enfants que les deux enfants requis pour les remplacer dans la population²⁴.

C'est le cas actuellement de 51 pays, qui représentent 44 % de la population mondiale. En 2015, ce pourrait être le cas de 88 pays représentant deux tiers de la population mondiale, mais cette projection est incertaine et elle est vivement contestée.

On pourrait être tenté de croire à un futur tassement de la population, mais les faits ne sont pas aussi clairs que cela :

Tout d'abord, lorsqu'on annonce un futur tassement de la population dans certains pays en se fondant sur le fait que la fécondité n'y atteint pas le seuil de remplacement, on ne tient pas compte de la possibilité d'une immigration en provenance de pays où la fécondité est élevée. De nombreux pays sont en train de renforcer les restrictions aux migrations, mais ils le font en réponse aux pressions croissantes qu'exercent ceux qui veulent aller chercher du travail ailleurs. Il n'est pas interdit de penser que les migrations vers les pays où la fécondité est faible vont augmenter à l'avenir plutôt que diminuer.

En deuxième lieu, la diminution de la fécondité dissimule une tendance innée qu'éprouvent les populations jeunes à continuer à croître – ce qu'on appelle "l'élan démographique" –, comme indiqué dans le présent chapitre.

En troisième lieu, ceux qui parlent d'une fécondité peu élevée forcent peut-être la situation telle qu'elle est. L'indicateur qu'on utilise habituellement pour mesurer les niveaux actuels de fécondité, par exemple dans les tableaux du présent rapport, est le taux de fécondité totale (TFT), et cette mesure risque de sous-

estimer la descendance finale. Il se pourrait que les familles – et les populations futures – aient une dimension supérieure à celle qu'indique le TFT.

Le TFT ne mesure pas l'expérience réelle des femmes. Au lieu de cela, il part de l'expérience de fécondité de femmes d'âges différents au cours d'une période de temps récente pour calculer combien d'enfants une femme aurait si elle avait un nombre similaire d'enfants tout au long de ses années de reproduction.

Ce qui arrive souvent lorsque la fécondité atteint un faible niveau, c'est qu'il se produit un changement dans le moment où les naissances ont lieu. Les femmes ont moins d'enfants, mais elles les ont aussi plus tard dans la vie et sur une période plus courte. Une mesure qui extrapole la fécondité actuelle peut sous-estimer ce qui se passe réellement. Mesurer les naissances qui surviennent actuellement chez de jeunes femmes ne permet pas d'augurer de leur intention d'avoir des enfants plus tard ; l'expérience actuelle de femmes âgées, par ailleurs, n'indiquera pas les enfants qu'elles ont eus antérieurement²⁵.

Par exemple, on estime que le TFT en France se situe aux environs de 1,63. Mais la descendance finale des groupes d'âges les plus récents s'établissait en moyenne à 2,1 enfants²⁶. De même, au Japon la descendance finale de couples mariés du groupe d'âges 15-19 s'est établie en moyenne à 2,2 enfants²⁷, alors que le TFT y est de 1,4.

L'ampleur d'une diminution risque aussi d'être exagérée par des projections. Une légère sous-estimation des niveaux actuels risque d'être démesurément grossie lorsqu'on la projette dans l'avenir. Comme les projections utilisent, comme une de leurs données, le TFT actuel et prévu, les estimations de l'accroissement de la population risquent d'être exagérées, à moins qu'on ne prenne soin, au moment d'établir les projections, de contrôler et d'évaluer les niveaux de fécondité par groupe d'âges et par couple, ainsi que les tendances en matière de mariage.

Les migrations et le boni démographique

La faisabilité politique de politiques de migration plus libérales demeure incertaine dans beaucoup de pays développés.

Mais une augmentation de la main-d'oeuvre, grossie par de jeunes travailleurs provenant de l'"afflux de main-d'oeuvre" des pays en développement, pourrait contribuer à atténuer les pressions démographiques qui s'exercent sur les régimes de sécurité sociale dans les pays où la fécondité est peu élevée. Cette augmentation devrait se situer bien au-delà des niveaux actuels de migration pour avoir le même effet qu'un relèvement de l'âge de la retraite. Les travailleurs migrants ont fait au cours de l'histoire une contribution importante au développement économique des pays d'accueil comme des pays d'origine.

Augmenter la fécondité dans les pays industrialisés pour y "faire pousser" la main-d'oeuvre ne constitue pas une réponse : tout d'abord, parce qu'aucun pays n'est parvenu à augmenter la fécondité en allant à contre-courant d'une tendance démographique à la baisse²⁸ ; ensuite, parce que cela exigerait des investissements considérables dans le domaine de l'éducation, du logement et de la santé qui pourraient effacer tout avantage qu'on pourrait escompter. Même si de telles politiques étaient faisables, elles n'auraient pas d'effet sur la main-d'oeuvre avant 20 ou 25 ans, et dans l'intervalle les mères ou les futures mères

ne seraient peut-être pas d'accord de devenir plus fécondes dans l'intérêt public.

Mis à part les appels au patriotisme et les incitations classiques d'ordre fiscal ou sous forme d'allocations qui ont tous échoué dans le passé, on ne voit pas très bien quel type de politique nataliste on pourrait mettre en oeuvre pour augmenter la fécondité sans empiéter sur les droits de l'homme. On pourrait certes attendre une certaine amélioration de l'abandon de politiques ou de l'élimination de contraintes (par exemple, les obstacles en matière d'emploi, de fiscalité et de logement) qui retardent la formation de la famille, mais cette amélioration concernerait vraisemblablement le moment de la formation de la famille plutôt que le niveau de fécondité souhaité.

Les migrations ont des incidences sur les structures sociales et familiales du pays d'origine. Un exode des travailleurs qualifiés risquerait de réduire l'importance du "dividende" démographique qu'il perçoit. En revanche, les envois de fonds des travailleurs migrants soutiennent leurs familles, les collectivités et l'économie nationale. Bien utilisé, le dividende démographique pourrait accélérer le développement des pays d'origine et réduire les pressions qui contraignent les individus à émigrer.

âgées. Il leur faut aussi accélérer le développement pour pouvoir offrir du travail et éviter un exode accru des compétences qui les priverait des meilleurs de leurs jeunes.

L'importance de la vitesse acquise

Le tableau 12 montre ce que serait le mouvement de la population mondiale si la fécondité baissait immédiatement jusqu'à atteindre le niveau de remplacement, c'est-à-dire l'hypothèse selon laquelle chaque couple n'aurait que le nombre d'enfants nécessaire pour le remplacer au sein de la population. Eu égard au fait que la fécondité a été élevée précédemment, un fort pourcentage de la population est jeune ; à mesure qu'elle prendra de l'âge et qu'un nombre croissant de personnes arriveront à l'âge d'avoir des enfants, le nombre total de naissances augmentera, même si les couples n'ont que deux enfants, de telle manière que l'accroissement de la population se poursuivra pendant plusieurs décennies. C'est ce qu'on appelle l'élan démographique.

L'accroissement du pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans, la diminution du pourcentage de celles qui ont moins de 30 ans et un âge moyen plus élevé sont autant de phénomènes présentant une corrélation directe avec l'élan démographique²⁹.

En partant de l'hypothèse réaliste d'un abaissement futur de la fécondité, on peut affirmer que pas moins de deux tiers de l'accroissement projeté de la population mondiale sera imputable à l'élan démographique ; ce pourcentage sera plus élevé dans certains pays en développement où la baisse de la fécondité a été plus rapide³⁰. Le reste de l'accroissement sera imputable à un ensemble de causes volontaires et accidentelles, certains couples souhaitant avoir davantage d'enfants et d'autres ayant davantage d'enfants qu'ils n'en souhaitent.

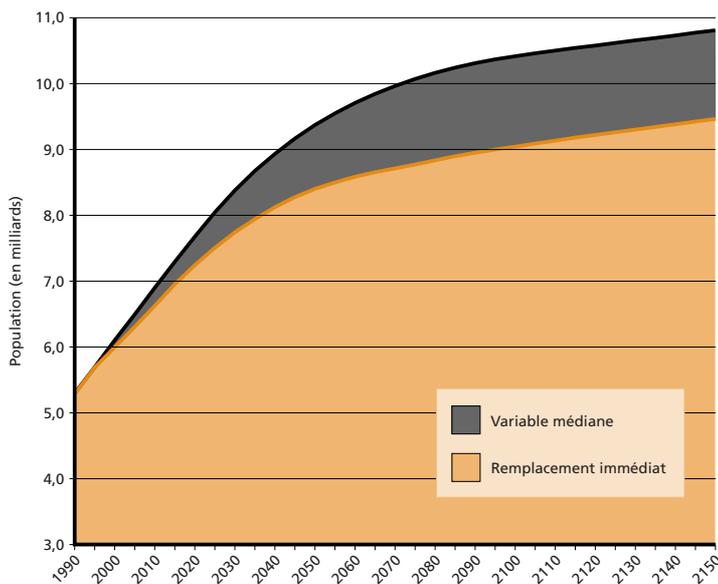
Quelle sera la dimension de la population mondiale ?

Les projections de la dimension de la population mondiale sont extrêmement sensibles à de légères variations dans les hypothèses. Une différence d'un seul enfant par couple aujourd'hui peut se traduire par une différence de plus de 23 milliards d'individus dans une projection de la population à l'horizon 2150. En partant d'une hypothèse située 10 % au-dessus du niveau de remplacement (environ 2,2 enfants) ou d'une hypothèse située 10 % en deçà du niveau de remplacement (environ 1,8 enfant) après 2025, on arrive en 2150 à une population de 18,3 milliards d'individus dans le premier cas et de 6,4 milliards dans le second cas.

En définitive, la dimension de la population dépend non seulement de la dimension de la famille, mais également de la décision concernant le moment de fonder une famille. On estime que si les mères avaient leur premier enfant non pas à 18 ans mais à 23 ans, cela réduirait l'élan démographique de plus de 40 %.

Dans le cas du Bangladesh, par exemple, ces cinq années supplémentaires tout au long d'une génération (le temps qui va de la naissance jusqu'à l'âge moyen où l'on a des enfants) pourraient donner en 2100 une population totale de 206 millions d'individus au lieu de 247 millions³¹.

TABLEAU 12 : Elan démographique et accroissement de la population mondiale, 1990-2050



Source : Nations Unies. 1996. *World Population Projections to 2150*.

ENCADRÉ 9

Quelques expressions-clefs en matière de dynamique de la population

Structure par âge et par sexe de la population : il s'agit de la répartition des individus dans une population selon leur sexe et leur âge (généralement par groupe d'âges de cinq ans, après la première année et ensuite jusqu'à la cinquième (groupe 1-4). On la représente par une pyramide dont la base est constituée par les groupes d'âges les plus jeunes. La structure par âge des populations jeunes présente une base large.

Elan démographique : cette expression désigne le potentiel d'accroissement accumulé dans une population et lié à la jeunesse de la répartition par âge. Il s'agit d'un ratio, c'est-à-dire de la dimension qu'atteindrait une population si les individus avaient immédiatement tout juste assez d'enfants pour les remplacer, divisée par la dimension actuelle.

Stabilisation de la population : cette expression recouvre souvent deux acceptions proches mais différentes, lorsqu'elle est utilisée dans des discussions à caractère non technique. Une acception est liée à la dimension de la population, l'autre à la structure de la population. Dans le premier sens (en termes techniques, on parlera d'une population stationnaire), une population est réputée stabilisée si les naissances et les décès ne déterminent aucun nouvel accroissement³². Dans le second sens (en termes techniques, on parlera d'une population stable), la structure par âge a atteint une configuration immuable ; une pyramide des âges peut demeurer stable, quelle que soit la combinaison des taux de fécondité et de mortalité, dès lors que ces taux ne changent pas sur une longue période de temps. Pour qu'il y ait stabilisation dans les deux acceptions du mot, il faudrait que des taux faibles de fécondité et de mortalité, s'équilibrant jusqu'à produire un accroissement nul, se maintiennent pendant plus d'un demi-siècle.



En réduisant l'élan démographique par le biais de choix individuels en faveur d'une fécondité plus tardive et plus faible, on accélérera la stabilisation de la population et on aplanira la route qui mène au développement durable.

En réduisant l'élan démographique par le biais de choix individuels en faveur d'une fécondité plus tardive et plus faible, on accélérera la stabilisation de la population et on aplanira la route qui mène au développement durable.

Si l'on parvient à abaisser les taux de fécondité et de mortalité, cela se traduira par des modifications de la structure par âge, tout le monde en convient ; mais il est plus important en général de réduire l'allure de l'accroissement de la population en appuyant le droit des individus de choisir d'avoir des familles plus réduites et d'avoir des enfants plus tard dans la vie, si tel est leur souhait³³.

La planification familiale et autres programmes de santé en matière de reproduction ont permis d'exercer une certaine maîtrise sur la dimension de la famille et sur l'espacement des naissances. Parallèlement, la dimension souhaitée de la famille a diminué rapidement, de telle

sorte que nombre de couples continuent d'avoir plus d'enfants qu'ils n'en souhaiteraient réellement. En donnant à chacun accès aux soins de santé en matière de reproduction, on continuera à réduire la fécondité, on rapprochera la dimension de la famille de la dimension souhaitée et on freinera en définitive l'accroissement de la population.

Les changements qui se sont produits ces dernières décennies dans l'entendement des gens, dans les normes de comportement et dans les attentes sont aussi profonds que les changements survenus dans des indicateurs mesurables. La transition vers une fécondité plus faible en fournit un bon exemple : les études révèlent que, même dans un pays aussi pauvre que le Bangladesh, les femmes admettent que l'avenir de leurs enfants sera bien différent de ce qu'elles ont connu elles-mêmes et que, pour réussir, leurs enfants devront posséder des talents nouveaux, participer davantage à la vie de la société et faire preuve d'une plus grande mobilité. Elles comprennent aussi que la meilleure façon de relever ce défi³⁴ consiste à avoir moins d'enfants et à investir davantage dans l'avenir de ceux-ci (voir chapitre 2).

ENCADRÉ 10

Le rôle des programmes de population

La réduction substantielle des taux de fécondité observée ces 30 dernières années dans un grand nombre de pays en développement a été le fruit d'un effort délibéré. Lorsque les individus souhaitent avoir moins d'enfants – c'est le cas à mesure que la situation économique et sociale, les taux de mortalité et l'idée qu'on se fait des agréments de la vie évoluent –, il leur faut disposer de l'information et des services requis pour concrétiser cette intention.

Les pays en développement se sont dotés d'une vaste gamme de programmes visant à fournir cette information et ces services. Le rôle respectif dévolu à cet égard au secteur public, aux organisations non gouvernementales et au secteur privé peut se présenter très différemment dans un même pays et selon les pays, ainsi qu'au fil du temps. Les pouvoirs publics ont un rôle important, qu'il s'agisse de réaliser un programme, de le financer ou de le légitimer, ou de créer un environnement propice.

On estime que les programmes nationaux de population ont joué un rôle important dans la réduction de l'accroissement de la population depuis les années 60³⁵. Les tendances à la réduction de la fécondité font que les projections démographiques extrapolent souvent les progrès enregistrés dans le domaine de l'efficacité des programmes. La concrétisation des tendances dépend d'une amélioration continue de la qualité, de la couverture et du dynamisme des programmes.

Cette amélioration n'est pas acquise d'avance. Beaucoup de programmes nationaux ont connu des périodes d'amélioration quantitative et qualitative entrecoupées de périodes de stagnation. A certains moments, les besoins non satisfaits de planification familiale augmentent, parce que la demande excède la capacité des programmes. L'amélioration de la qualité et du dynamisme des programmes exige un engagement sur les plans institutionnel, organisationnel et financier, ainsi qu'une participation accrue. Le Programme d'action de la CIPD fait des recommandations concrètes concernant les efforts requis et les principes qui doivent les guider.

Les programmes de population comportent aussi la collecte de données (recensements, enquêtes et études socioculturelles) et des analyses des tendances démographiques et de leur corrélation avec le développement économique et social. Ils doivent tenir compte de préoccupations diverses en matière de population, y compris le défi des nouvelles générations auxquelles leurs succès passés ne sont pas étrangers.



UNICEF / 93-1882 / Shams-uz-Zaman

CHAPITRE 2 :

Les jeunes et la préparation à la vie

Au moment où la jeune génération la plus nombreuse qu'on ait jamais connue aborde les étapes préparatoires qui doivent la mener à l'âge adulte, l'obligation qu'a la société de répondre à ses besoins en matière d'éducation et de santé revêt une importance plus grande que jamais. Comme indiqué au chapitre premier, beaucoup de pays en développement pourraient bien toucher un "dividende démographique", si les millions de jeunes qui entrent sur le marché du travail sont conscients et désireux de participer ainsi pleinement au développement économique.



2

Tous les pays doivent concevoir, pour offrir aux jeunes la possibilité de donner le meilleur d'eux-mêmes, des politiques qui les mettent à l'abri de toute discrimination et leur permettent de jouir de la meilleure santé possible et d'éviter les risques et difficultés dont ils peuvent se passer. Il s'agit là d'un impératif au regard des droits de l'homme, en même temps que d'une nécessité pratique. Il est indispensable de permettre aux jeunes femmes, en particulier, d'avoir une meilleure maîtrise de leur sexualité et de leur vie en matière de reproduction pour garantir leur contribution au développement.

UNICEF / 5557 / Jeremy Hartley



Une sexualité plus précoce, des mariages plus tardifs et des modifications affectant la forme de la famille ont contribué à faire accepter l'idée que l'adolescence marque une étape distincte de la vie.

Tous les pays doivent concevoir, pour offrir aux jeunes la possibilité de donner le meilleur d'eux-mêmes, des politiques qui les mettent à l'abri de toute discrimination et leur permettent de jouir de la meilleure santé possible et d'éviter les risques et difficultés dont ils peuvent se passer. Il s'agit là d'un impératif au regard des droits de l'homme, en même temps qu'une nécessité pratique. Il est indispensable de permettre aux jeunes femmes, en particulier, d'avoir une meilleure maîtrise de leur sexualité et de leur vie en matière de reproduction pour garantir leur contribution au développement¹.

L'éducation de base pour tous est un élément essentiel de toute stratégie prospective de développement social. Pour que les jeunes hommes et les jeunes femmes puissent se préparer à leur emploi de demain, participer à la vie de la société, créer leur propre entreprise et s'adapter tout au long de leur vie au changement des conditions économiques et sociales, ils devront pouvoir compter de plus en plus sur un niveau plus élevé d'éducation, des guides qui les soutiennent et des programmes scolaires appropriés². Pour accroître la participation des femmes à la vie active et à la prise de décisions, il faut impérativement appuyer leur droit à l'éducation et respecter leurs droits sociaux, économiques et politiques.

Pour permettre aux jeunes hommes et aux jeunes femmes de donner le meilleur d'eux-mêmes, il faudra réaliser des changements importants. Les politiques sociales doivent mettre en place le cadre politique et économique qui permettra la participation à la vie active. L'enseignement et les soins de santé doivent améliorer la qualité de la vie tout au long du cycle de vie. Et il incombe pratiquement à toutes les sociétés de modifier les attitudes et les comportements des jeunes, des parents, des collectivités et des institutions sociales afin de promouvoir l'égalité entre les sexes, des pratiques saines, la participation à la vie de la société et l'appui de la famille aux membres de toutes les générations.

Des normes et valeurs nouvelles

L'adolescence est une notion moderne

Bien qu'elle soit aujourd'hui fermement ancrée, la notion d'adolescence – une période comprise entre le moment où l'individu atteint l'âge de la puberté et celui où il assumera un rôle et des responsabilités d'adulte – est une innovation culturelle récente.

Dans les sociétés dites préindustrielles, le mariage et la maternité précoces étaient de règle. Souvent, les filles étaient mariées sitôt formées, ou au plus tard quatre ans après³. Les garçons étaient généralement plus âgés que leurs épouses, connaissaient mieux le monde en dehors du cercle familial, avaient une vie sociale et exigeaient du respect de la part de leurs épouses. Dans de telles sociétés, les filles étaient préparées dès le jeune âge à jouer le rôle qu'on attendait d'elles comme futures mères. Cela explique qu'aujourd'hui

encore les fillettes passent plus de temps que les garçons aux tâches ménagères. Toutefois, en dehors de ces exigences et attentes, les restrictions qui entravent la liberté de mouvement et de choix des filles peuvent être relativement mineures avant l'âge de la puberté. Les obligations des garçons se limitent à la formation qui doit leur permettre de jouer leur rôle de gagne-pain et de premier partenaire familial de la société globale.

Au moment où les enfants atteignent l'âge de la puberté, les différences entre les sexes deviennent plus marquées⁴. Dès qu'une jeune femme est en âge d'avoir des enfants, elle risque de voir ses possibilités entravées, son identité étant de plus en plus déterminée par son rôle potentiel en matière de reproduction. Sa famille peut se préoccuper du risque de victimisation sexuelle, laquelle illustre de façon frappante le fait que les garçons et les hommes n'ont pas été socialisés dans le respect des droits des femmes.

Certaines sociétés semblent nourrir l'idée que les femmes seraient dotées d'un appétit sexuel que la société se doit de réprimer en les isolant et/ou en leur faisant subir d'autres contraintes, voire une altération de leurs caractères physiques comme la mutilation de l'appareil génital. La volonté d'exercer un contrôle sur la sexualité des jeunes femmes peut entraîner pour celles-ci des handicaps physiques et sociaux. La mutilation de l'appareil génital peut leur causer de graves dommages physiques, psychologiques et sociaux.

La pratique du mariage précoce est en partie une façon pour les parents de s'acquitter de la responsabilité, telle qu'ils la conçoivent, de protéger une jeune femme pubère contre autrui ou contre elle-même. "Si une fille ne se marie pas à un âge précoce, elle couchera avec beaucoup d'hommes et personne n'acceptera plus tard de l'épouser", a déclaré récemment à un journaliste un père ivoirien, pour défendre la pratique des mariages forcés lorsque les filles atteignent l'âge de la puberté⁵.

Dans pareil cas, la notion d'adolescence est sans objet : filles et garçons passent directement de l'enfance à l'âge adulte. Pour les filles en particulier, ceci entrave sérieusement la participation à la vie et à des activités sociales qui pourraient leur permettre de se réaliser.

Certains font remonter l'idée d'adolescence aux premières années du XX^e siècle⁶. D'autres font état d'un développement plus graduel tout au long du XIX^e siècle en relation avec les progrès de l'industrialisation et de l'urbanisation, lesquelles exigent une préparation plus longue à l'entrée dans la vie sociale et économique hors du foyer. A mesure que le monde s'urbanise, les conditions propices à la diffusion de cette notion ne font que se renforcer.

Une sexualité plus précoce, des mariages plus tardifs et des modifications affectant la forme de la famille sont autant de facteurs qui ont contribué à faire accepter l'idée que l'adolescence est une étape distincte de la vie. Une nouvelle appréhension culturelle du rôle des hommes et des femmes, les progrès de l'éducation et des changements affectant la nature du travail ont abouti à ménager pour les filles en particulier un espace compris entre la fin de l'enfance et le moment où il faut assumer les responsabilités de la vie adulte.



Mark Edwards/Still Pictures

Port-au-Prince (Haïti). L'âge moyen du mariage est plus tardif partout dans le monde, mais il y a encore des millions de mères adolescentes.



2

On reconnaît quelqu'un comme adulte non seulement parce qu'il en a l'âge, mais parce qu'il a des activités axées sur le travail et la famille. Toutes les sociétés ont conçu des mécanismes pour préparer les jeunes à assumer leurs futures responsabilités d'adultes, et ces mécanismes étaient en général profondément ancrés dans des pratiques sociales. Ces pratiques, qui vont du respect des personnes âgées à l'âge considéré comme étant l'âge du mariage, se heurtent de plus en plus au rythme rapide du changement social.

Une bonne partie de ce changement est positive et traduit l'effet libérateur du développement : par exemple, la liberté croissante dont jouissent les jeunes des deux sexes, mais plus particulièrement les jeunes femmes, traduit un certain assouplissement de l'impératif du mariage et de la maternité précoces.

Mais la nouvelle génération des jeunes femmes célibataires ne jouit pas du respect dont jouissent traditionnellement les femmes mariées de leur âge – avec, en contrepartie, cependant, des responsabilités à l'égard de la belle-famille, le respect dû à leurs conjoints et l'attente impatiente d'une maternité précoce. De nouvelles normes définissant un comportement acceptable se développent, en grande partie inconsciemment, mais dans l'intervalle les jeunes femmes peuvent être vulnérables. Les filles et les garçons n'ont pas la même conception des relations sexuelles, de la contrainte et de la séduction ; les filles continuent de se voir appliquer deux mesures et beaucoup d'hommes affichent encore une sexualité de prédateur à l'égard des femmes célibataires. Pour protéger les jeunes des deux sexes et garantir leur liberté de mouvement, il faut encourager le processus de changement des normes sociales et prendre des mesures spéciales pour leur permettre de tirer parti, avec succès et d'une manière responsable, des possibilités nouvelles qui s'ouvrent devant eux.

A mesure que la préparation à la participation à la vie sociale devient plus longue et plus complexe, elle ouvre de nouvelles possibilités aux jeunes hommes et aux jeunes femmes. Encore faut-il que la préparation et l'orientation soient

adéquates et que les attitudes et les comportements s'adaptent au changement social ; à défaut de quoi, cette période de la vie pourrait être celle des occasions perdues, des risques de santé accrus et d'une victimisation renforcée. Les jeunes femmes continuent de porter l'essentiel du fardeau de la discrimination et du risque.

Mariage précoce et relations sexuelles avant le mariage

Le mariage précoce, qui continue d'être de règle dans certaines régions du monde, peut priver les jeunes femmes de nombreuses possibilités en matière d'éducation, d'emploi et d'apprentissage social. Dans les deux années qui suivent le mariage, dans de très nombreux cas, un enfant naît, les décisions des jeunes en matière de fécondité continuant à être fortement influencées par les attentes des parents, de la belle-famille et des frères et sœurs⁷.

Par ailleurs, l'âge moyen du mariage augmente dans la plupart des régions ; dans le monde entier, il y a moins de mariages d'adolescents qu'il y a dix ans. Parallèlement, l'activité sexuelle avant le mariage ou les unions traditionnelles a considérablement augmenté au cours des dernières décennies, surtout dans les pays industrialisés (peut-être le point culminant a-t-il cependant été atteint dans certains d'entre eux – voir encadré 11), mais aussi dans de nombreux pays en développement, à mesure que les traditions s'effaçaient devant l'urbanisation et autres contraintes de la vie moderne⁸. Aussi les classifications convenues "marié(e)" et "célibataire" servent de moins en moins à désigner les personnes qui mènent une vie sexuelle active⁹.

Les mariages et les unions revêtent une grande diversité de formes. Les contextes culturels et les modèles historiques présentent des différences marquées et on n'observe pas une convergence vers une forme "moderne" unique de relations. On voit cependant se répandre un idéal de mariage unissant des compagnons, notamment dans les villes et parmi les jeunes exposés aux médias¹⁰.

Les jeunes femmes continuent de porter l'essentiel du fardeau de la discrimination et du risque.

Les adolescents américains : moins de rapports sexuels, davantage de contraception

Les taux de grossesses d'adolescentes sont beaucoup plus élevés aux Etats-Unis que dans nombre d'autres pays développés – deux fois plus qu'en Grande-Bretagne et au Canada, neuf fois plus qu'aux Pays-Bas et au Japon¹¹. Les relations sexuelles avant le mariage, qui étaient allées en augmentant au fil des ans parmi les adolescents américains, semblent devoir se stabiliser, et l'éducation sexuelle ne devrait pas être étrangère à cette évolution.

Pour la première fois depuis 1970, des données provenant d'une enquête réalisée par le National Center for Health Statistics indiquent une baisse du pourcentage d'adolescents célibataires des deux sexes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels entre 15 et 19 ans¹².

En 1990, 55 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans déclaraient avoir eu au moins une fois des relations sexuelles, contre 29 % en 1970. (Au cours de cette même période, les adolescents ont eu davantage de relations sexuelles dans d'autres pays développés également.) Mais le National Center a signalé l'an dernier que le chiffre était tombé à 50 % en 1995. Lors d'une enquête parallèle réalisée en 1995 par l'Urban Institute, 55 % des adolescents de 15 à 19 ans ont déclaré avoir eu des relations sexuelles, contre 60 % en 1988.

Les enquêtes révèlent aussi que le pourcentage d'adolescentes qui utilisent l'une ou l'autre forme de contraception – notamment les préservatifs masculins – lorsqu'elles ont des rapports sexuels pour la première fois est passé d'environ 50 % au milieu des années 80 à 75 % dans les années 90. Au cours de la même période, l'éducation sexuelle s'est généralisée.

En 1995, plus de 95 % des adolescentes âgées de 18 et 19 ans ont déclaré qu'elles avaient reçu un enseignement de type scolaire concernant les précautions à prendre pour éviter la contamination par le VIH et d'autres aspects du comportement sexuel. Moins de deux tiers des adolescentes qui fréquentaient une école quelques années auparavant à peine avaient reçu une telle formation.

En 1997, l'Alan Guttmacher Institute a publié de nouvelles données pour 1992 qui montrent que le taux de grossesses d'adolescentes pourrait s'être stabilisé lui aussi. En 1992, on comptait aux Etats-Unis 112 grossesses pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, contre 115 en 1991. Sur ce nombre, 61 grossesses s'étaient terminées par une naissance, 36 par un avortement et 15 par une fausse couche. Près de 8 grossesses sur 10 étaient survenues en dehors du mariage.

Dans beaucoup de pays, la perspective d'un mariage conduisant à la maternité s'éloigne et de nouveaux types de relations se développent de plus en plus. Dans les Caraïbes et en Amérique latine, un grand nombre de femmes adultes ne contractent pas d'union formelle ; c'est aussi le cas dans certains pays d'Afrique (notamment en Afrique australe, où il y a beaucoup de travailleurs migrants du sexe masculin). En Europe orientale, les taux de nuptialité et de fécondité ont chuté. Dans les pays développés, le pourcentage d'hommes et de femmes célibataires qui sont dans la trentaine ne cesse d'augmenter. De même, on rencontre plus couramment que dans un passé récent des personnes qui choisissent de ne pas avoir d'enfant¹³.

Prise de risques et exploitation

On ne devient pas adulte sans prendre de risques. Cela permet à l'adolescent d'éprouver et de reculer les limites de sa capacité d'affronter le monde.

Mais il arrive que les adolescents confondent des comportements à risque avec des réponses d'adulte, parfois avec les encouragements des adultes. Des sociétés en mutation rapide offrent des occasions nouvelles et plus dangereuses, qui peuvent avoir des effets indésirables qui n'étaient pas prévus et persisteront tout au long de la vie.

Souvent les jeunes applaudissent le comportement sexuel agressif d'un des leurs et la société le tolère, comme s'il s'agissait de courir un risque physique.

Pour de jeunes femmes, les rapports sexuels, la grossesse et la maternité peuvent représenter le moyen le plus facile d'obtenir la condition d'adulte. Mais l'activité sexuelle précoce et le risque concomitant d'une grossesse non souhaitée vont souvent de pair avec d'autres risques, notamment l'usage du tabac¹⁴ et la consommation d'alcool et de drogues, ce qui fausse le jugement des utilisateurs et encourage d'autres comportements à risque. La situation est pire encore lorsque les liens familiaux sont distendus et que les réseaux d'entraide ont cédé du fait d'un divorce, d'un changement social, de l'état d'urgence ou de la guerre.

Des études font ressortir de plus en plus que les comportements sociaux et sexuels à risque sont plus souvent le fait d'individus ayant une activité sexuelle précoce. L'incapacité de nouer de vraies relations avec autrui dans un domaine va de pair avec la prise de risques dans d'autres domaines : l'établissement précoce d'une identité sociale en dehors des règles sociales prescrivant un comportement responsable aggrave le problème, en même temps que les menaces qui pèsent sur la santé et le bien-être.

La pauvreté, les difficultés personnelles et familiales, les perturbations causées par des situations d'urgence, et d'autres facteurs peuvent augmenter le risque pour les enfants d'être exposés à des relations d'exploitation, notamment les violences sexuelles. La crainte du VIH/sida a conduit certains adultes à jeter leur dévolu sur de jeunes partenaires soit parce qu'ils espéraient ainsi échapper au risque de contamination, soit – ce qui est plus dangereux – dans l'espoir que cela les guérirait de leur propre infection. Les filles pauvres risquent particulièrement d'être victimes des calculs et des ruses des "vieux protecteurs" et autres corrupteurs qui marchandent le sexe contre des avantages économiques et sociaux.

La manière de faire la cour à une femme et de mener la négociation sexuelle, qui fait partie couramment de l'apprentissage des rôles sexuels adultes, peut se trouver faussée et détournée par des personnes plus âgées qui ne recherchent pas des partenaires, mais sont à l'affût d'une proie.

La plupart des adolescentes vivent leur première expérience sexuelle avec un autre adolescent. Mais une minorité importante d'adolescentes regrettent que cette première expérience sexuelle ait eu lieu si tôt, surtout lorsque la relation s'avère être éphémère. Les filles attendent une relation stable ; les garçons ont souvent d'autres idées en tête, et la négociation se présente dans des conditions difficiles et peut-être traçantes. Les termes dans lesquels sont définis les rôles respectifs favorisent la domination de l'homme et n'incitent pas les jeunes femmes à

s'affirmer. Le changement n'est pas impossible ; encore faut-il que toutes les parties en reconnaissent la nécessité. Aujourd'hui, nombreux sont les responsables qui refusent d'admettre que les adolescents ont une sexualité, lors même qu'ils ne peuvent nier le fait des maladies sexuellement transmissibles et des grossesses non souhaitées.

La volonté des adolescents d'éprouver leur identité personnelle et leurs capacités en prenant des risques doit être canalisée au profit d'activités présentant un intérêt pour la société. Les garçons et les adolescents sont beaucoup plus nombreux proportionnellement que les jeunes femmes à adopter des comportements à risque en raison de la définition des rôles et du bon accueil fait à la "virilité" par la plupart des sociétés. Les jeunes hommes courent un plus grand risque que les jeunes femmes de trouver la mort dans un accident. De même, les hommes adultes risquent davantage de mourir dans des accidents en raison des risques qu'ils prennent et auxquels ils sont davantage exposés dans leurs activités professionnelles¹⁵. Mais les jeunes hommes (et les jeunes femmes) qui prennent des risques du fait de leur comportement sexuel et en matière de reproduction mettent en péril les deux partenaires, la femme étant la plus vulnérable, et peuvent compromettre la santé publique.

Les adolescents et la santé en matière de sexualité et de reproduction

La sexualité des adolescents et les risques pour la santé

Une sexualité précoce, aussi bien dans le cadre du mariage qu'en dehors de celui-ci, comporte des risques élevés. L'âge de la puberté pour les filles n'a cessé de diminuer au cours des dernières décennies. Ceci a eu pour effet d'allonger la période de temps pendant laquelle les adolescents sont exposés aux risques liés à l'activité sexuelle à leur âge, notamment une grossesse précoce qui fait courir aux mères adolescentes des risques de morbidité et de mortalité maternelles beaucoup plus élevés que n'en courent les femmes plus âgées et accroît les risques pour la santé de leurs enfants, et aux maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/sida.

Les MST affectent plus fréquemment les jeunes âgés de 15 à 24 ans, la moitié de toutes les nouvelles contaminations par le VIH se produisant dans ce groupe d'âges. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables à la transmission des MST du fait qu'elles ont moins d'anticorps protecteurs que leurs partenaires et en raison d'autres facteurs biologiques. Dans tous les pays, les jeunes femmes sont le groupe le plus exposé à la contamination par le VIH suite à des contacts hétérosexuels. Le risque de contamination se trouve accru par le fait que les jeunes femmes ont un statut social subalterne, qu'elles peuvent être contraintes à avoir des relations sexuelles ou qu'elles ne sont pas véritablement en mesure d'amener des partenaires sexuels plus âgés à utiliser un préservatif. Le risque de contracter des MST est particulièrement élevé pour les jeunes

qui ont une vie sexuelle précoce et dont on peut de ce fait s'attendre davantage qu'ils changent de partenaires sexuels, pour les millions d'adolescents qui vivent ou travaillent dans la rue et dont beaucoup se livrent à la prostitution pour gagner leur vie, et pour les femmes mariées dont le mari a des liaisons extraconjugales.

Le fait que beaucoup d'adolescents sont mal informés des MST explique que beaucoup d'entre eux ne se protègent pas ou n'ont pas recours aux services de santé. Et lorsqu'ils le font, on ne leur donne pas toujours les informations requises, parce que telle est la politique ou parce que les prestataires de soins éprouvent de la gêne.

Les grossesses d'adolescentes : celles qui sont souhaitées et celles qui ne le sont pas

Les naissances chez les adolescentes, dans le cadre du mariage ou en dehors de celui-ci, sont souvent non planifiées. Mais on se livre à une simplification excessive en prétendant que les grossesses précoces sont involontaires. Là où, selon la règle, le mariage est conclu sitôt atteint l'âge de la puberté, les grossesses précoces peuvent être souhaitées, même si elles présentent des risques élevés pour la santé des jeunes femmes. Hors mariage, certaines indications donnent à penser que le souci d'une identification et d'un statut sociaux peuvent motiver une grossesse précoce. Dans les deux cas, la grossesse peut être "volontaire", mais cette volonté peut être influencée par des circonstances qu'il vaudrait mieux corriger ou modifier¹⁶.

Aux Etats-Unis et dans d'autres pays, on observe que les mères adolescentes sont souvent elles-mêmes les filles de mères précoces. C'est sur-

ENCADRÉ 12

La CIPD et la santé en matière de reproduction des adolescents

Selon le Programme d'action de la CIPD,

"Avec l'appui de la communauté internationale, les pays devront protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction ..." (par. 7.46) et faire en sorte que les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses d'adolescentes diminuent considérablement ;

"Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, sont invités à reconnaître que les adolescents ont des besoins particuliers et à mettre en oeuvre les programmes qui permettront de répondre à ces besoins" (par. 7.47).



tout le cas dans les familles pauvres¹⁷, et ce peut être le résultat d'un comportement acquis.

En général, les grossesses précoces involontaires sont imputables au manque d'accès à l'information et aux services, à des relations sexuelles non souhaitées, à des relations sexuelles dépourvues de protection ou à une mauvaise utilisation de la contraception. Les grossesses de célibataires sont souvent involontaires. (Dans certaines sociétés, l'administration de la preuve de la fertilité par la grossesse est une étape du processus qui conduit au mariage. Mais même là, l'affaire peut tourner mal, la grossesse n'étant pas suivie du mariage.)

Au Kenya, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans ayant indiqué que leur grossesse actuelle avait été mal calculée ou n'était pas souhaitée est de 47 % chez les femmes mariées (qui sont nombreuses), mais de 74 % chez les femmes célibataires. La proportion est la même au Pérou (51 % et 69 %, respectivement). Des enquêtes réalisées en Amérique latine révèlent que 44 à 76 % des grossesses de jeunes femmes célibataires sont non souhaitées¹⁸. Aux Etats-Unis, 73 % des femmes âgées de 15 à 19 ans qui donnent naissance à un enfant indiquent que leur grossesse n'avait pas été planifiée¹⁹.

Le niveau élevé d'avortements pratiqués chez des adolescentes confirme également la réalité des grossesses involontaires. Dans un certain nombre de pays, les adolescentes sont représentées de manière disproportionnée parmi les femmes qui recourent à l'avortement. Ainsi en Tanzanie, environ 71 % des avortements provoqués concernent des adolescentes, alors que celles-ci ne constituent que 24 % de l'échantillon. Chaque année, pas moins de 4,4 millions d'avortements sont demandés par des adolescentes. Un grand nombre de ces avortements sont clandestins et pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. Il arrive qu'une adolescente enceinte n'ait le choix qu'entre la "faiseuse d'ange" et une grossesse à haut risque.

Les programmes de santé en matière de reproduction tiennent de plus en plus compte des besoins des adolescents, mais il subsiste encore beaucoup d'obstacles qui empêchent les jeunes d'avoir accès à l'information et aux services qui leur permettraient d'éviter des grossesses non souhaitées et les MST. A mesure que les programmes de planification familiale et de santé en matière de reproduction se généralisent, la demande non satisfaite de contraceptifs qui est le fait d'adolescents²⁰ représente un pourcentage croissant du besoin total non satisfait. Dans l'ensemble, le besoin non satisfait commence par augmenter à tous les âges du fait d'une demande croissante, mais les programmes qui atteignent des niveaux élevés de prévalence permettent rapidement de satisfaire les besoins des groupes d'âges plus âgés, contrairement à ce qui est le cas des besoins des populations plus jeunes, en particulier les adolescents (voir tableau 13).

Il peut arriver que les naissances signalées par des jeunes comme n'ayant pas été planifiées²¹ soient plus fréquentes encore que les rapports faisant état d'un besoin non satisfait. Dans certains pays, les naissances non planifiées représentent une minorité importante des naissances chez les femmes âgées de 15 à 19 ans ; dans certains pays, elles représentent une majorité.

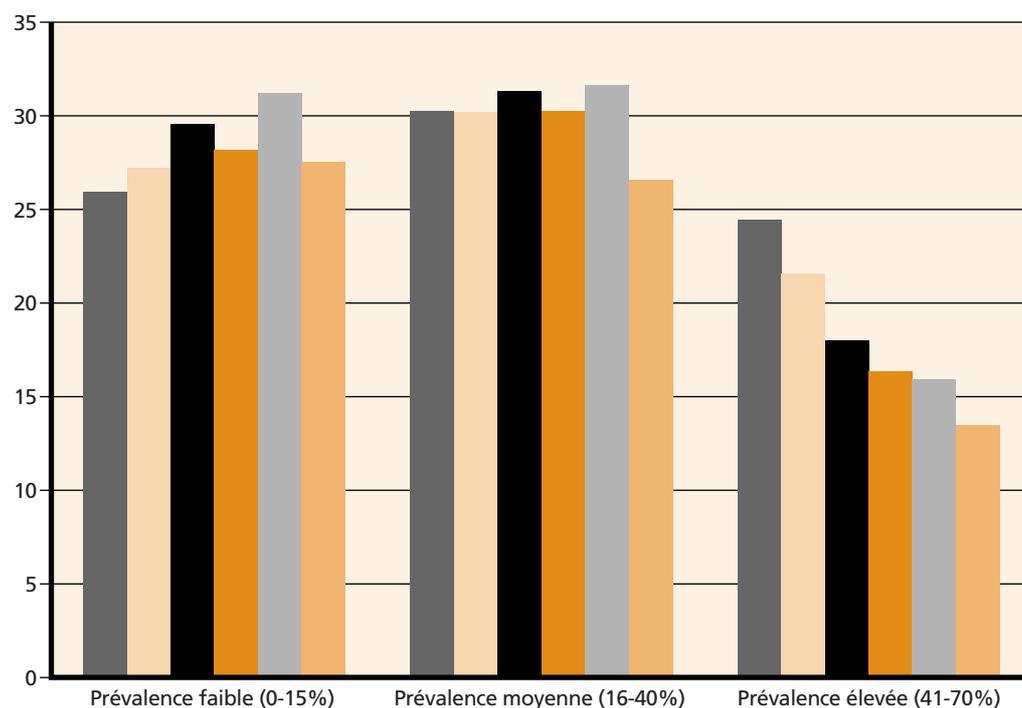
En Afrique subsaharienne, de 10 à 58 % des naissances survenant chez des adolescentes sont signalées comme non planifiées. Les chiffres sont les plus faibles (en dessous de 20 % au Nigéria, au Niger et au Mali), là où le taux global de fécondité des jeunes est élevé et où la maternité précoce s'inscrit dans la transition qui mène au mariage. Plus de la moitié des naissances survenant chez les adolescentes sont non planifiées dans des pays où la dimension souhaitée de la famille a diminué (Namibie, Kenya, Ghana et Botswana). En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 15 à 23 % des naissances survenant chez des adolescentes sont non planifiées. En Asie, le niveau dépend de l'importance des mariages pré-

TABLEAU 13 :
Besoins non satisfaits de contraception par groupe d'âges à différents niveaux de prévalence

Groupes d'âges

- 15-19
- 20-24
- 25-59
- 30-34
- 35-39
- 40-44

Source : Rodolfo A. Bulatao. 1998. "The Value of Family Planning Programs in Developing Countries."



coces et des attentes en matière de fécondité. Au Pakistan et en Inde, les naissances non planifiées survenant chez des adolescentes représentent moins de 16 % du total des naissances. Aux Philippines, au Bangladesh, à Sri Lanka et en Thaïlande, cependant, entre 23 et 41 % des naissances survenant chez des adolescentes sont non planifiées. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le pourcentage va de 20 à 52 %²².

Un certain nombre de facteurs rendent compte du niveau élevé de grossesses non planifiées ou non souhaitées et appellent l'adoption de différentes mesures, notamment :

- ◆ **Relations sexuelles non souhaitées.** Il faut créer et renforcer les cadres légaux destinés à protéger les jeunes femmes contre les violences et sévices sexuels. L'éducation à la responsabilité sexuelle doit apprendre aux adolescents et aux adolescentes à respecter l'intégrité personnelle et les droits de leurs partenaires éventuels et leur indiquer comment ils peuvent éviter des situations dangereuses ou se sortir de celles-ci.
- ◆ **Relations sexuelles non planifiées.** La société condamne souvent les jeunes femmes avec plus de sévérité que les jeunes hommes, lorsque l'activité sexuelle est désirée, anticipée ou planifiée plutôt que spontanée. L'éducation à la sexespecificité doit permettre de combattre ce penchant préjudiciable et stéréotypé à appliquer deux mesures.
- ◆ **Manque d'informations concernant les services de planification familiale et manque d'accès à ceux-ci.** Pour remédier à ces lacunes, il faudra s'engager plus fermement à satisfaire les besoins de santé des adolescents en matière de reproduction, former le personnel, mener des campagnes de mobilisation, éduquer les pairs et sensibiliser la collectivité.
- ◆ **Utilisation inefficace de la contraception.** Que ce problème résulte du fait que la gamme de choix offerte est trop limitée ou que l'information est inadéquate, il faudra y remédier par des améliorations programmatiques. Les services devront également encourager une meilleure communication entre les partenaires.

Des naissances non planifiées ou non souhaitées constituent un fardeau tant pour les parents que pour les enfants, à court terme et peut-être également à long terme. Pour les femmes célibataires, elles entraînent souvent un désaveu social et des difficultés économiques ; elles peuvent mener à des mariages non souhaités ou intempestifs, ainsi qu'à la fin ou à l'interruption de la scolarité²³.

Des études réalisées au Chili, au Mexique et dans les Caraïbes²⁴ indiquent que les mères adolescentes auront plus d'enfants que celles qui commencent à enfanter plus tard, qu'elles vivront plus souvent et plus longtemps auprès de leurs parents ou d'autres membres de la famille et que le père de leurs enfants aura moins souvent rang de chef de famille ou fournira moins souvent un soutien financier ou autre.

Les services de santé en matière de reproduction

Les recherches réalisées à travers le monde font ressortir que la prestation de services de santé primaires intégrés – plutôt que la prestation de services distincts au gré des problèmes de santé qui se posent — est la manière la plus efficace et présentant le meilleur rapport coût-efficacité de satisfaire les nombreux besoins de santé des adolescents, notamment les besoins liés à la santé en matière de sexualité et de reproduction. Les programmes conçus pour répondre aux besoins de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents doivent également leur proposer des conseils judicieux qui expliquent l'information et permettent aux jeunes de se familiariser avec le contexte dans lequel les décisions sont prises.

Les jeunes qui ont besoin de services se heurtent souvent à des obstacles dans les établissements qui dispensent des soins de santé au tout-venant. Ils pourraient être mieux servis dans des établissements distincts conçus pour les jeunes qui répondent aussi à différents autres besoins et respectent leur désir d'indépendance et d'intimité.

Lorsqu'on leur en donne la possibilité, les jeunes sont capables de définir très bien et avec précision leurs besoins et leurs priorités. Il faut tenir compte de leur point de vue lorsqu'on conçoit des programmes destinés à satisfaire leurs besoins et des stratégies visant à encourager des pratiques saines.

La santé en matière de sexualité et de reproduction et la communication

Il est indispensable d'améliorer la communication concernant la sexualité, les relations entre les hommes et les femmes et la façon d'éviter les grossesses non souhaitées et les MST, si l'on veut permettre aux jeunes de faire le bon choix dans la vie. L'adolescent en quête d'une identité personnelle et sociale veut éprouver les intérêts et les possibilités et est très sensible à l'opinion des autres, en particulier des pairs. En montrant concrètement aux jeunes quels seront les effets immédiats et à long terme des comportements qu'ils souhaitent adopter, on leur permet de prendre des décisions informées.

La famille et la prise de décisions

L'influence la plus forte qui s'exerce sur les comportements et les choix des adolescents continue à être celle de la famille. L'attitude des parents et des générations plus âgées joue un rôle déterminant pour encourager l'établissement de relations saines et égales entre les sexes, mais elle doit parfois elle-même se prêter à une réévaluation. La plupart des adolescents souhaitent obtenir des conseils et un appui de leurs parents ; mais les parents sont souvent mal à l'aise face à la sexualité des adolescents, ne savent pas quelles informations ils doivent donner et peuvent avoir besoin d'une formation pour aider les adolescents à démêler leurs problèmes de santé et de sexualité.

Pour certains commentateurs²⁵, la qualité des relations avec les parents permet d'augurer à

Les mères adolescentes auront plus d'enfants que celles qui commencent à enfanter plus tard.

2

Ce que les jeunes attendent des prestataires de soins de santé

Les jeunes savent parfaitement ce qu'ils attendent des prestataires de soins de santé. Ils sont très attachés à leur identité et intimité et entendent décider pour eux-mêmes en se fondant sur des informations fiables. Ce qu'ils attendent des agents sanitaires, ils le disent tout simplement :

- ◆ Qu'ils respectent la confidentialité ;
- ◆ Qu'ils fournissent l'information et les services dont nous avons besoin ;
- ◆ Qu'ils nous acceptent tels que nous sommes, sans chercher à nous faire la morale ou à nous démoraliser ;
- ◆ Qu'ils nous demandent notre opinion sur les services et qu'ils en tiennent compte ;
- ◆ Qu'ils nous laissent décider nous-mêmes ;
- ◆ Qu'ils nous mettent à l'aise et en confiance ;
- ◆ Qu'ils ne nous jugent pas ;
- ◆ Qu'ils nous fournissent des services au moment où nous sommes disponibles.

En bref : qu'ils nous éduquent, qu'ils nous respectent et qu'ils renforcent nos moyens d'action²⁶.

coup sûr que les enfants ne commenceront une vie sexuelle active que plus tard et auront moins de partenaires sexuels. Mais les parents et les enfants rencontrent communément, et ce dans nombre de cultures différentes, des difficultés à communiquer sur des questions concernant la sexualité. Les priorités ne sont pas les mêmes non plus : pour les adolescents et les prestataires de services, il s'agit d'éviter les grossesses et autres risques liés à l'activité sexuelle ; les parents et les grands-parents peuvent considérer que l'activité sexuelle elle-même fait problème.

Ces questions se compliquent à une époque de changement culturel rapide, comme le révèle une étude réalisée en Tanzanie²⁷. Dans ce pays, le mariage et la maternité précoces demeurent de règle. Les médecins et les décideurs sont conscients des risques d'une grossesse précoce, mais la collectivité ne considère pas celle-ci comme un problème de santé. Toutefois, le contexte social est en train de changer, et des pratiques qui autrefois fournissaient des informations et réduisaient les risques n'ont plus la même vigueur. Le rôle traditionnel du père en tant que régulateur du comportement des garçons et des filles n'a plus la même importance.

Des discussions franches et ouvertes entre mères et filles concernant la sexualité continuent à être considérées comme un tabou. Autrefois, les filles étaient renseignées sur ces questions par leurs grands-mères, mais si les femmes des générations plus âgées continuent à transmettre leur connaissance de la menstruation, des contracep-

tifs traditionnels et de la naissance, elles sont peu au fait des méthodes modernes de planification familiale, des avantages que présentent les soins prénatals et l'accouchement avec l'aide d'une sage-femme, ou des risques qui peuvent nécessiter des soins obstétricaux d'urgence. Les mères en viennent à accepter que les adolescents reçoivent des informations concernant la physiologie et la contraception, mais elles voudraient que quelqu'un d'autre s'en charge. Faute de recevoir une éducation sexuelle à l'école, les jeunes femmes s'adressent à leurs camarades et aux autres femmes de la famille ou encore aux médias de divertissement pour obtenir des informations, et ce qu'elles apprennent est souvent erroné.

Des études réalisées au Ghana²⁸ renforcent les constatations faites en Tanzanie. Ici aussi, l'écart se creuse entre les générations. Mères et filles éprouvent de l'embarras à discuter de la sexualité et de la reproduction. Les jeunes se prennent de plus en plus à douter que l'expérience de leurs grands-parents puisse être de quel intérêt pour leur propre vie.

Des études réalisées en Malaisie²⁹ révèlent l'existence d'obstacles analogues à l'amélioration de la connaissance et du comportement des adolescents. Près de deux tiers des adolescents indiquent qu'ils ont discuté des relations entre garçons et filles, mais généralement c'était avec un autre jeune : de telles discussions sont presque quatre fois plus fréquentes que les discussions avec un des parents.

L'éducation à l'école et en dehors de celle-ci

Compte tenu des limitations que connaît la communication au sein des familles, des programmes de préparation à la vie familiale et d'éducation en matière de population sont indispensables pour pouvoir aborder les questions concernant le comportement des adolescents en matière de sexualité et de reproduction. Partout dans le monde, et ce dans des contextes culturels très différents, nombre de pareils programmes ont fait la preuve de leur efficacité. Au cours des 30 dernières années, le FNUAP a financé dans plus de 100 pays la mise au point et l'inscription de l'éducation en matière de population dans les programmes scolaires et dans des programmes destinés à des jeunes ne fréquentant pas l'école.

Les programmes doivent viser à concilier les intérêts parfois divergents des enfants et des parents, à encourager un comportement responsable dans l'activité sexuelle (y compris la décision de différer celle-ci) et, parallèlement, à fournir des informations qui doivent protéger ceux qui mènent une vie sexuelle active. Il faut rassurer les parents quant à l'importance que l'éducation à la santé en matière de sexualité et de reproduction représente pour les adolescents, en encourageant ceux-ci à adopter un comportement éthique et responsable.

Contrairement à une croyance populaire répandue, ce genre d'éducation ne favorise pas la promiscuité. Sur 68 études portant sur la préparation à la vie familiale et l'éducation sexuelle publiées dans une revue scientifique, 65 n'ont découvert aucune augmentation de l'activité

sexuelle dans la foulée de l'éducation ainsi dispensée. Sur les 53 études qui ont évalué des interventions spécifiques, 21 ont conclu que les jeunes ayant suivi de tels programmes avaient un niveau supérieur d'abstinence, commençaient leur vie sexuelle plus tard, utilisaient davantage les contraceptifs, et avaient moins de partenaires sexuels et/ou des taux moins élevés de grossesses non planifiées et de MST. (Par ailleurs, 27 des évaluations ont conclu que les programmes étudiés n'avaient aucun impact, ce qui révélait de graves déficiences dans la conception et l'exécution des programmes.)³⁰

Comme le Programme d'action de la CIPD le reconnaît, il est indispensable d'associer la communauté – spécialement les parents, les enseignants et les chefs de file culturels que tout le monde respecte – à la conception des programmes destinés aux adolescents. Là où les pratiques et relations traditionnelles sont en train de changer, une approche intégrée permettra de voir quelles sont les questions importantes pour la communauté et de les traiter dans un esprit de confiance et de collaboration. Même le fait de mettre au jour des conflits existant au sein de la communauté peut aider à dissiper des malentendus, ce qui se traduira par un appui renforcé aux programmes de préparation.

Les programmes éducatifs confiés aux écoles et ceux destinés aux parents laisseront de nombreux jeunes de côté.

Des millions de jeunes garçons et filles vivent dans la rue ou sont employés à des tâches ménagères chez des étrangers et ne fréquentent probablement pas l'école. Dans les pays examinés dans une récente compilation de *Demographic and Health Studies*³¹, le pourcentage de garçons et de filles célibataires âgés de 12 à 14 ans qui ne vivent pas avec un des parents va de 5 % à plus d'un tiers. Dans 12 des 15 pays examinés, les taux sont plus élevés chez les filles que chez les garçons. Les taux sont les moins élevés dans les cinq pays d'Asie et d'Afrique du Nord étudiés. Dans les sept pays d'Afrique subsaharienne étudiés, les taux oscillaient entre 20 et 30 %, soit six fois plus que dans les autres régions. Le pourcentage d'enfants vivant dans un foyer qui n'est pas celui de leurs parents est élevé également en Haïti (36 % des filles et 26 % des garçons) et en République dominicaine (27 % et 28 %, respectivement, soit environ deux fois plus qu'en Colombie).

Des millions d'autres jeunes vivent pratiquement seuls ; ces "enfants des rues" n'apparaissent pas dans les enquêtes.

Les conclusions susmentionnées ont des implications pour la conception des programmes destinés aux adolescents. Les programmes éducatifs qui exigent le consentement des parents ne feront qu'accroître les risques que doit affronter un sous-groupe déjà vulnérable.

Les programmes d'éducation à la santé en matière de reproduction donnés à l'école souffrent déjà d'un handicap lorsque le taux de scolarisation est faible ou diminue rapidement par rapport à ce qu'il était dans les premières classes. De tels programmes doivent être conçus de manière à atteindre le nombre le plus élevé d'adolescents vivant sur place. Nombre de ces programmes ne commencent que dans l'enseigne-

ment secondaire, parce que d'aucuns estiment que l'information portant sur la santé en matière de reproduction n'est pas indiquée pour les enfants du primaire. Mais dans nombre de pays, il est fréquent que des élèves ne fréquentent l'école primaire que des années après l'âge nominal d'entrée, et le redoublement retarde encore leur progression. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, la plupart des adolescents scolarisés fréquentent l'école primaire et beaucoup d'entre eux abandonnent ensuite³².

Des initiatives très diverses se sont donné pour objectif d'atteindre les jeunes qui ne fréquentent pas l'école. Dans ce domaine, le succès passe par la mobilisation de différentes institutions de la collectivité et la sensibilisation du public aux objectifs et aux avantages escomptés de telles initiatives.

Les campagnes médiatiques se sont avérées efficaces pour aborder des questions concrètes liées à la santé en matière de reproduction. En Ouganda, par exemple, une grande campagne éducative de prévention du sida a été fructueuse : selon l'UNAIDS, le taux de contamination chez les adolescentes des villes a diminué de moitié (il atteint 10 %) depuis 1990. Des études indiquent que les jeunes en Ouganda commencent leur vie sexuelle plus tard, ont moins de partenaires et utilisent les préservatifs masculins davantage qu'il y a dix ans³³.

Il est plus facile de parler avec des pairs

Lorsqu'on entreprend d'informer des adolescents sur des questions liées à la sexualité et à la santé en matière de reproduction, il faut savoir qu'en général les jeunes parlent plus facilement avec leurs pairs qu'avec des adultes des questions liées au comportement sexuel.

Des études montrent que les jeunes souhaitent en savoir davantage sur tous les aspects de leur santé en matière de sexualité et de reproduction. La communication au sein de la famille s'avérant difficile, beaucoup estiment que l'école est un lieu approprié pour y recevoir les informations qu'ils souhaitent : la sexualité, le rôle qu'elle joue dans les relations, et, souvent, un point de vue moral et un éclairage religieux sur les relations. Ils préfèrent discuter ces questions avec leurs pairs et ils expriment souvent le souhait qu'une place soit réservée à des éducateurs qualifiés qui sont leurs pairs dans les programmes d'éducation sexuelle.

Donner aux jeunes la possibilité de faire leur chemin

La santé en matière de sexualité et de reproduction et les relations entre les hommes et les femmes présentent un lien étroit avec les besoins plus larges des jeunes en matière d'éducation, d'emploi et de possibilités dans la vie. On peut donc dire que notre avenir commun dépendra de la manière dont nous saurons aider les jeunes à faire des choix informés, dont nous garantirons

Contrairement à une croyance populaire répandue, l'éducation sexuelle ne favorise pas la promiscuité.



2

leur sécurité et leur santé et dont nous viendrons à bout de la discrimination.

Investir dans L'éducation

Le changement économique et les progrès de l'urbanisation aidant, il devient de plus en plus important de trouver un emploi dans le secteur structuré, et l'éducation est indispensable pour trouver un travail et faire une carrière. Partout dans le monde, les parents reconnaissent aujourd'hui que l'éducation est indispensable pour améliorer les chances de leurs enfants dans la vie. (Ils comprennent aussi de mieux en mieux que les besoins économiques à long terme de la famille seront mieux satisfaits s'ils fournissent des soins de santé et une éducation meilleurs à moins d'enfants plutôt qu'en comptant sur un plus grand nombre d'enfants – voir chapitre 3.)

Dans la plupart des pays en développement, l'éducation se taille la part du lion dans les budgets sociaux³⁴. Nombre de pays consacrent des montants disproportionnés à des formations spécialisées, qui exigent des intrants plus coûteux et offrent des bénéfices plus immédiats. Une conception plus large reconnaît l'importance économique de l'éducation de base et le rôle important que joue l'éducation du point de vue de la santé et du bien-être. Des recherches montrent l'influence qu'exercent un développement précoce des facultés cognitives et les résultats scolaires des premières années sur les résultats à long terme et le développement des capacités person-

nelles³⁵. Beaucoup de pays en développement ont enregistré une hausse des taux de scolarisation primaire, mais les pays les moins avancés sont de nouveau en train de perdre du terrain depuis quelque temps.

La demande d'enseignement est alimentée par l'urbanisation et le rôle toujours plus important que joue le secteur structuré de l'économie dans l'emploi, en particulier les industries exportatrices. Les parents cherchent à élever le niveau d'éducation de leurs enfants ; ils voient tout l'intérêt qu'il y a à dépenser davantage dans ce domaine pour moins d'enfants plutôt que d'éparpiller le même montant sur un nombre plus élevé d'enfants.

La pression qui s'exerce en faveur d'une éducation plus poussée et de meilleure qualité est d'ordre aussi bien social qu'économique : les bienfaits potentiels de l'éducation sont plus facilement appréciés lorsque les parents eux-mêmes sont plus éduqués. Dans certains cas, l'écart (observé le plus fréquemment dans l'enseignement supérieur) entre le niveau d'éducation dont bénéficient les familles des classes supérieures et les familles des classes inférieures peut être plus important que l'écart appréciable existant entre le niveau d'éducation des filles et des garçons³⁶. Les filles issues de familles pauvres et moins éduquées sont désavantagées à un triple point de vue, du fait de leur sexe, sur le plan économique et sur le plan social.

La scolarisation ne se borne pas à inculquer aux jeunes des compétences qui leur permettront de concourir sur un marché du travail en mutation, elle leur fournit aussi des connaissances pratiques qui pourront leur servir dans tous les domaines de la vie. Pour les filles, les avantages sont particulièrement frappants et durables : une femme éduquée a plus de chances qu'une autre de recevoir des soins médicaux et de veiller sur sa santé et celle des membres de sa famille ; il y a plus de chances qu'elle utilisera la contraception, elle aura souvent une position plus élevée dans la famille et la communauté, et elle aura davantage son mot à dire lorsqu'il s'agira de décider quand elle se mariera et avec qui³⁷.

Mais il subsiste encore d'énormes écarts en matière de scolarisation et de durée des études, qui reflètent les inégalités économiques et l'inégalité entre les sexes. Ainsi 96 % des garçons bénéficient au moins jusqu'à un certain point de l'enseignement primaire, contre 76 % seulement des filles ; malgré les progrès enregistrés à l'échelle du monde, le taux de scolarisation primaire demeure faible dans certains pays – il n'est que de 27 % pour les garçons et de 19 % pour les filles en Ethiopie. Dans beaucoup de pays en développement, moins de la moitié des enfants poussent les études jusqu'à l'enseignement secondaire – dans certains cas, ce n'est le fait que d'une infime minorité – et dans la plupart de ces pays, les filles ont moins de chances que les garçons de fréquenter une école secondaire. Au Bangladesh, par exemple, le taux de scolarisation secondaire est de 25 % chez les garçons et de 13 % chez les filles.

Les investissements consentis dans l'éducation des garçons et des filles rapporteront des bénéfices élevés et accéléreront le développement

ENCADRÉ 14

Les adolescentes et les droits de l'homme

Un groupe d'experts sur *les adolescentes et leurs droits* s'est réuni à Addis Abeba (Ethiopie) au mois d'octobre 1997. La réunion, qui était organisée par la Division de la promotion de la femme du Secrétariat de l'ONU, l'UNICEF, le FNUAP et la Commission économique pour l'Afrique, a abordé les thèmes ci-après : i) les adolescentes qui ont besoin d'une protection spéciale ; ii) la santé des adolescentes, y compris la santé en matière de sexualité et de reproduction et la nutrition ; iii) la création d'un environnement propice à la jouissance effective des droits de l'homme et à l'émancipation des filles.

Les participants sont convenus qu'il existe un besoin urgent d'améliorer la condition des adolescentes, d'appliquer et d'intégrer les normes reçues dans le domaine des droits de l'homme qui protègent leurs droits, et qu'il faut aligner la législation, y compris le droit coutumier, sur les accords internationaux. Ils ont recommandé de mettre au point des programmes concrets à partir d'une stratégie intégrée de prévention, de protection, de participation, de redressement et de réadaptation, en soulignant que tous les secteurs de la société – notamment les adolescents et groupes de jeunes, ainsi que les groupes locaux, les groupes féminins et les organisations religieuses – devraient être associés à cet effort.

social. L'afflux démographique ne peut qu'accélérer davantage encore le développement si la main-d'oeuvre est plus compétente. En s'employant simultanément à encourager la création d'emplois – y compris des emplois dans le secteur non structuré –, on ne pourra qu'accroître encore ces bénéfices. Les retombées économiques et l'amélioration de la santé de la famille attendues de l'éducation des filles sont encore plus importantes que celles attendues de l'éducation des garçons³⁸.

Par ailleurs, l'éducation peut exacerber les conflits entre les générations : des perspectives nouvelles modifient les aspirations et les attentes des jeunes, sans qu'il en aille de même de celles des parents. Ceci peut affecter la cohésion familiale, ainsi que la vie de parents âgés.

L'emploi élargit les perspectives

Pour les jeunes femmes en particulier, le travail salarié offre non seulement des avantages économiques, mais également la chance d'apprendre de nouvelles qualifications, d'établir de nouveaux contacts sociaux et d'échapper à une vie monotone. Au Bangladesh, par exemple, on a noté une augmentation phénoménale de l'emploi des jeunes femmes dans le secteur de la confection orientée vers l'exportation. En 1995, sur 1,2 million de jeunes femmes ainsi employées, 90 % étaient des villageoises d'extraction modeste. Beaucoup de femmes, surtout les jeunes, envoient la plus grande partie de leur salaire à leur famille, mais les filles âgées de plus de 14 ans conservent une partie de leurs revenus et font ainsi l'expérience de l'autonomie.

Elles se marient à un âge beaucoup plus tardif que leurs homologues qui ne travaillent pas : seules 8 % dans le groupe des 15-19 ans et 19 % dans le groupe des 20-24 ans s'étaient mariées à l'âge de 15 ans, contre 40 % et 38 %, respectivement, des autres filles de leur village. En effet, le désir d'échapper à un mariage précoce arrangé fait partie des motivations qui poussent certaines jeunes femmes à quitter leur village et à prendre ces emplois³⁹. Leur exemple ne laisse pas d'exercer une influence : dans les villages qui n'envoient pas de jeunes femmes pour occuper ces emplois, ces pourcentages sont respectivement de 58 % et de 55 %.

Le travail salarié offre de nouveaux choix et davantage de sécurité pour beaucoup d'individus, mais la pression économique qui s'exerce sur les familles pauvres crée aussi un risque grave d'exploitation, surtout des enfants. L'UNICEF évalue à environ 250 millions le nombre d'enfants qui travaillent – dans tous les pays, riches et pauvres ; dans l'agriculture, l'industrie et les services ; dans la rue et à la maison – et elle estime que beaucoup d'entre eux sont exposés à des conditions de travail dangereuses et fondées sur l'exploitation⁴⁰. Le gros du travail se situe dans le secteur non structuré, ce qui signifie qu'il n'est pas réglementé et ne figure pas dans les statistiques officielles. Il est donc difficile de faire des estimations précises et de tenter d'intervenir.

Il est indéniable aussi qu'un grand nombre de jeunes femmes se présentent sur le marché du travail sont considérées tout juste un peu mieux qu'une main-d'oeuvre bon marché. Leurs condi-

tions de travail risquent d'être médiocres, leurs droits non protégés et leurs perspectives de carrière nulles. Beaucoup de pays en développement qui ont mieux réussi leur décollage négligent de protéger les droits des jeunes, en particulier ceux des femmes, sur les lieux de travail. Ils risquent ainsi de compromettre les bénéfices que leur ont valu les investissements consentis dans l'éducation et les soins de santé. Ils pourraient découvrir qu'en définitive il est plus important pour eux de faire face à ce problème au nom de la cohésion sociale et du développement à long terme que de se préoccuper de la rentabilité à court terme.

Politiques et programmes pour les jeunes

De nombreux pays ont adopté des politiques officielles visant à orienter le développement de la jeunesse. Les jeunes font l'objet de politiques émanant de toute une gamme d'institutions puissantes dans les domaines de l'éducation, du travail et de la santé ; il s'avère souvent difficile d'intégrer toutes ces politiques et tous ces intérêts. Cela étant, des stratégies axées sur la jeunesse peuvent dynamiser les institutions politiques et contribuer à mieux appréhender les priorités nationales ; les ministères de la jeunesse peuvent promouvoir et renforcer les organisations de jeunes.

Les organisations non gouvernementales de jeunes qui se consacrent aux activités religieuses, au sport, au scoutisme, aux loisirs et à d'autres activités de jeunesse associent souvent des parents et des bénévoles et tiennent une place importante dans la communauté. Toutefois, dans de nombreux pays, les groupes de jeunes restent l'apanage des jeunes hommes et défendent les intérêts de ceux-ci. Les jeunes femmes ne peuvent pas participer aux activités de groupe, parce qu'elles sont vouées aux tâches ménagères ou que les parents désapprouvent cette promiscuité avec des étrangers du sexe opposé. Au Kenya, dans les foyers urbains de jeunes, il y a plus de deux adolescents du sexe masculin pour une adolescente⁴¹. Dans une association sportive populaire, on comptait quatre garçons pour une fille.

Discuter les problèmes

Le FNUAP a parrainé l'organisation de consultations régionales réunissant des représentants des gouvernements, des organisations non gouvernementales et de groupes internationaux qui s'intéressent aux besoins de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents. Ces consultations ont identifié des besoins et formulé des recommandations. Il est ainsi proposé d'encourager les organisations de jeunes à élargir leur champ d'action pour y inclure des activités liées à la santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents, de former les prestataires de soins de santé pour qu'ils respectent les droits des jeunes clients et d'entreprendre un effort d'information axé sur les jeunes exposés à des risques élevés qui ne sont guère en contact avec le système des soins de santé.

Soucieux d'assurer le suivi du Programme d'action de la CIPD, le FNUAP a organisé une table ronde à New York au mois d'avril 1998 sur

Les investissements consentis dans l'éducation des garçons et des filles rapporteront des bénéfices élevés et accéléreront le développement social.

2



Une table ronde sur la santé en matière de reproduction des adolescents

La plupart des pays reconnaissent aujourd'hui le droit qu'ont les adolescents d'être préparés à faire face à des problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction. Nombre de pays ont déjà fait beaucoup pour répondre aux besoins des jeunes en matière d'information et de services. Mais il va falloir modifier les attitudes et mieux soutenir les programmes pour que ce progrès soit durable. Ce sont là les principales conclusions auxquelles est parvenu un groupe d'experts réuni à New York du 14 au 17 avril 1998.

Placée sous le parrainage conjoint du FNUAP, de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU et de la Fondation Ford, la *Table ronde sur la santé et les droits des adolescents dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction : Evaluation de l'impact de la CIPD* était la première d'une série d'activités qui doivent permettre d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD. L'objectif était d'examiner les réalisations, les enseignements des programmes et les modifications apportées pour répondre aux besoins de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents, et de faire des recommandations concrètes.

Les participants comprenaient des experts des gouvernements, d'ONG internationales et nationales, d'institutions universitaires et d'organismes et organes des Nations Unies, ainsi qu'un certain nombre de jeunes. Ils ont entendu plusieurs exposés, notamment sur la fourniture aux adolescents d'une information et de services dans le domaine de la santé en matière de reproduction, discuté des expériences de pays, les succès obtenus et les obstacles rencontrés, et examiné les moyens qui s'offrent de promouvoir la santé, fournir aux jeunes des services conviviaux et associer les jeunes aux programmes. Jane Fonda a pris la parole au cours d'une réunion spéciale consacrée à la prévention des grossesses d'adolescentes.

Les participants ont considéré que le manque de financement était le principal obstacle qui empêchait de développer l'information et les services conçus pour les adolescents et de reproduire des programmes qui avaient été des succès. Ils ont également relevé que beaucoup de programmes ne répondent pas aux différents besoins de différents groupes d'adolescents et que les jeunes ne sont pas suffisamment associés à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de programmes.

Les participants se sont prononcés pour la prestation intégrée d'information et de services, de meilleurs services de conseils, l'identification de stratégies présentant un bon rapport coût-efficacité, la reproduction de projets réussis et l'intensification des activités de plaidoyer en faveur des adolescents, et ils ont demandé de veiller à ce que les programmes atteignent les personnes marginalisées.

Nafis Sadik, Directrice exécutive du FNUAP, a fait observer que reconnaître et aborder les besoins des adolescents qui ont une vie sexuelle active était encore un problème très délicat dans la plupart des pays et constituait une des recommandations de la CIPD à laquelle il était le plus difficile de donner suite. "Ce qu'il y a de plus difficile, c'est de faire changer d'avis ceux qui pensent que la fourniture aux jeunes d'une information et de services dans le domaine de la santé en matière de reproduction favorise la promiscuité", a-t-elle déclaré. Et d'ajouter : "Nous devons trouver le moyen d'établir un dialogue avec ceux qui ne pensent pas comme nous".

les programmes de santé en matière de reproduction des adolescents. Cette réunion a passé en revue les réalisations, les obstacles et les enseignements tirés de l'amélioration des programmes destinés aux jeunes (voir encadré 15).

Mieux étayer les programmes

Pour améliorer l'efficacité des programmes destinés aux adolescents, il faut disposer de données plus approfondies concernant leur comportement, en réalisant des enquêtes et des études spécialisées⁴². Autrefois, les enquêtes sur le comportement sexuel s'intéressaient uniquement à des individus, en général du sexe féminin, qui étaient ou avaient été mariés. Aujourd'hui, on recourt davantage à des enquêtes par sondage et on interroge des jeunes des deux sexes dans le cadre d'enquêtes démographiques et sanitaires standard, et on effectue également d'autres enquêtes spéciales concernant des populations jeunes⁴³. Il faudra effectuer davantage d'enquêtes pour examiner la santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents dans le cadre élargi des relations sociales, familiales et entre les hommes et les femmes⁴⁴.

Le FNUAP a appuyé différents efforts de recherche visant à mettre une meilleure information à la disposition de ceux qui conçoivent des programmes nationaux. Des chercheurs ont réalisé des études fondées sur l'observation des participants, mené des entretiens approfondis et des discussions de groupe, et effectué des enquêtes nationales pour mieux comprendre la connaissance, les attitudes et la pratique des adolescents dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction, leur utilisation des services de santé, ainsi que leurs priorités dans le domaine de l'information et dans celui des programmes et de l'éducation en matière de prestation de services.

Aux Philippines, l'étude sur la fécondité et la sexualité des jeunes adultes, réalisée en 1994, a permis de recueillir des informations sur l'âge du mariage, la prévalence des relations sexuelles avant le mariage, les pratiques contraceptives des jeunes (mariés ou célibataires), l'âge de la maternité et autres questions liées à la promotion de la santé, y compris la maternité sans risque et la paternité responsable.

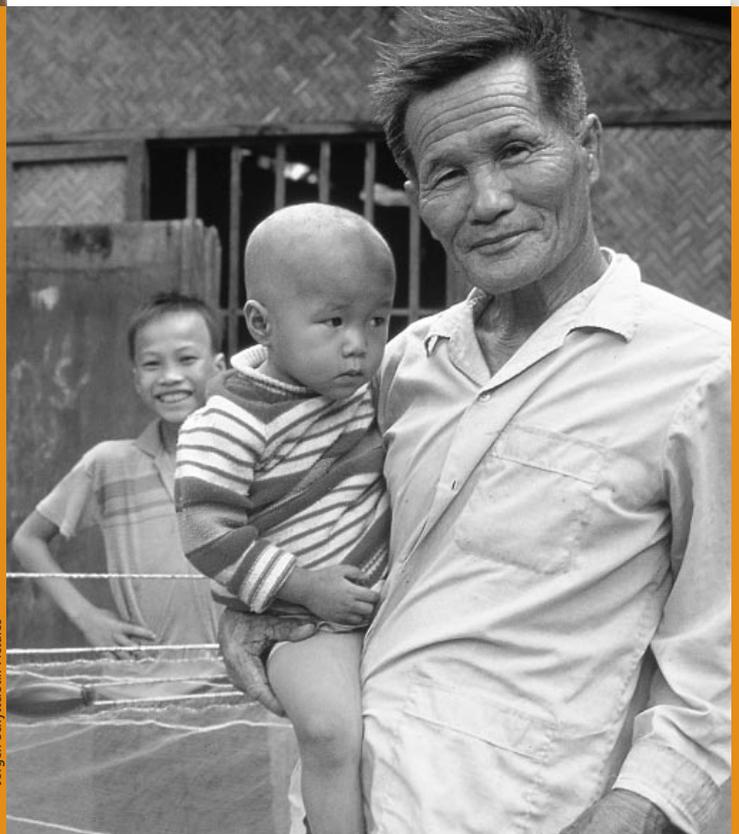
Une étude réalisée au Cambodge s'est penchée sur les facteurs qui amènent les jeunes à adopter un comportement sexuel à risque ; elle a examiné leurs sources d'informations concernant la santé en matière de sexualité et de reproduction, ainsi que les "accords" culturels, attentes et valeurs sexospécifiques qui orientent la négociation interpersonnelle dans le domaine du comportement sexuel⁴⁵.

Les relations entre les générations

Le tableau démographique extrêmement mouvant peint au chapitre premier illustre l'histoire saisissante du changement d'une génération à l'autre. Mais les individus n'agissent pas comme s'ils étaient les pions d'une masse démographique, et les relations entre les générations trouvent généralement à s'exprimer par le biais de la famille et des différentes formes qu'elle revêt comme cellule de base de la société, par le biais de réseaux sociaux et de collectivités locales et, moins directement, par le biais des institutions politiques et économiques. Les effets persistants du changement démographique se traduiront par des changements dans ces relations, et l'on parviendra à de nouveaux accords définissant le rôle des différents acteurs.

3

Les changements qui interviennent dans l'espérance de vie et les perspectives sociales et économiques modifient les attentes des gens et les vœux qu'ils forment pour leur famille. Les parents prennent de plus en plus conscience qu'un nombre élevé d'enfants qui survivent ne garantit pas qu'ils contribueront à les entretenir, et qu'élever un nombre plus réduit d'enfants et veiller sur leur santé peut s'avérer être un meilleur investissement.



Cette évolution se déroule dans le cadre de relations tant sociales qu'économiques. Les soins de santé et l'éducation dispensés pendant l'enfance ne sont pas simplement des droits de l'homme ou des biens sociaux, ils sont la condition *sine qua non* du développement de la personne et de la nation. Ils ont un retentissement économique profond sur l'âge adulte, non seulement pour l'individu qui en bénéficie ou qui en est privé, mais aussi pour tous ceux avec lesquels l'individu interagit, plus particulièrement les membres jeunes ou âgés qui sont à charge de la famille.

Ces répercussions concernent le choix de la dimension de la famille, qui est influencé par la manière dont on perçoit le coût et la valeur des enfants, la capacité d'épargner, d'amasser et de léguer des richesses, le soutien apporté aux membres âgés et jeunes de la famille, notamment en matière de santé, d'éducation et de logement, et la capacité de conclure des arrangements prévoyant un soutien après la fin de la vie active.

Le chapitre 2 a montré comment, à mesure que les populations jeunes augmentent, leur dimension et leur importance croissantes suscitent des politiques et des programmes axés sur leur santé et leur développement. De la même façon, à mesure que le nombre de personnes âgées en forme et en bonne santé augmentera, l'attention et les investissements se porteront davantage sur leur bien-être, pour leur plus grand bien et celui de la société globale.

Il importe que les gouvernements et les autres acteurs dont les décisions ont une incidence sur la politique, notamment le secteur privé et les organisations de la société civile, comprennent que des décisions prises dans un domaine ou pour un groupe d'âges auront des conséquences importantes, auxquelles on n'avait peut-être pas songé, dans d'autres domaines et pour d'autres groupes d'âges. Il est indispensable, en particulier, de comprendre que les politiques sociales et économiques ne sont pas autonomes, mais qu'elles interagissent mutuellement sur tous les points.

D'autres modes de vie, d'autres attentes

Les modes de vie et les attentes changent rapidement. À mesure que s'accroît la mobilité géographique et sociale¹, les relations entre les membres de la famille et les expériences qu'ils partagent changent, elles aussi. Les changements qui interviennent dans l'espérance de vie et les perspectives sociales et économiques modifient les attentes des gens et les vœux qu'ils forment pour leur famille. L'impact cumulatif d'un changement social toujours plus rapide se fait déjà sentir et contraint à ajuster des attentes et des accords sociaux traditionnels.

Les contours de certains des changements qui nous attendent apparaissent déjà clairement :

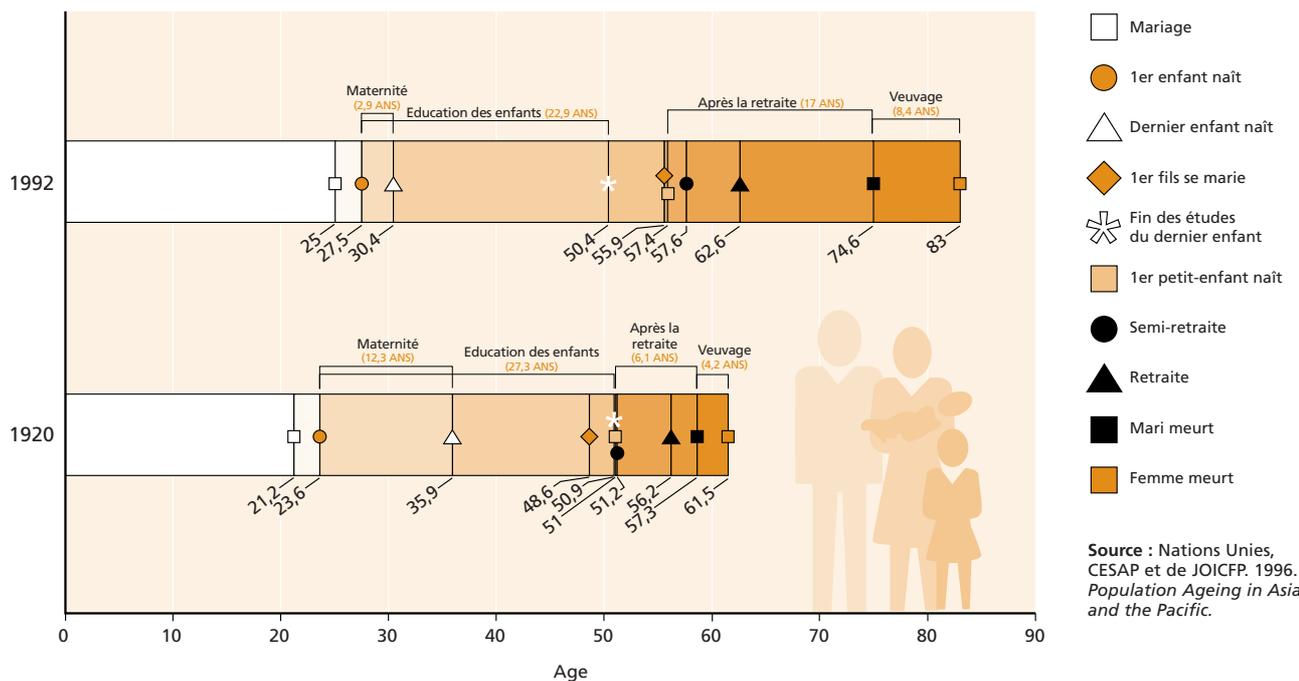
- ◆ Au cours des quelques décennies passées, le **contexte dans lequel se prenaient les décisions concernant la formation de la famille a changé**, les moyens de prendre ces décisions sont devenus plus accessibles, et la reconnais-

sance du choix en matière de reproduction en tant que droit fondamental s'est affirmée. Une contraception sûre et efficace a modifié du tout au tout la capacité des gens de réaliser leurs souhaits d'avoir une famille plus petite (ou plus grande) et de choisir le moment des naissances. À mesure que les personnes prennent conscience qu'elles sont en mesure de décider le nombre de leurs enfants et l'espacement de leurs naissances, la transition vers une famille de dimension plus petite va s'accéléralant. Mais les motivations qui sous-tendent le désir d'avoir une famille plus réduite sont complexes et variées. Certaines se fondent sur la tradition et la culture – il s'agit de préoccupations davantage sociales que personnelles –, d'autres sur des considérations économiques².

Un des facteurs qui influencent la décision est la nécessité de fournir un appui aux personnes âgées. Il ne s'agit pas d'un simple calcul, car il est tenu compte de valeurs et de présupposés culturels, de considérations concernant la propriété, de décisions et coutumes en matière d'héritage, des attentes différentes qu'on nourrit pour les fils et pour les filles, ainsi que des modifications que subissent les modèles d'emploi, de retraite et de soutien social³.

- ◆ Les parents prennent de plus en plus conscience qu'un **nombre élevé d'enfants qui survivent ne garantit pas qu'ils contribueront à les entretenir**, et qu'élever un nombre plus réduit d'enfants et veiller sur leur santé peut s'avérer être un meilleur investissement⁴. Ils peuvent estimer qu'un tel investissement renforcera les sentiments de gratitude des enfants et leur volonté de consentir des sacrifices pour assurer le bien-être de leurs parents.
- ◆ Dans les pays où l'allongement de l'espérance de vie et la diminution de la fécondité ont été les plus prononcés, il en va de même des **modifications qui affectent le cours normal de la vie**. Au Japon (voir tableau 14), une partie beaucoup plus importante de la vie est consacrée aujourd'hui non plus à la maternité et à l'éducation des enfants, mais à la retraite.
- ◆ Tout comme la population totale, les familles compteront **plus de membres âgés**. De plus en plus, on verra coexister plus d'une génération de personnes âgées. Davantage de familles auront des personnes à charge, tant jeunes qu'âgées. Les structures des foyers changeront et les relations entre les générations s'adapteront en conséquence.
- ◆ La longévité augmentant et la maternité survenant plus tard dans la vie, **les familles pourront se trouver dans la situation de devoir entretenir simultanément des parents âgés et de jeunes enfants**. La nécessité de devoir satisfaire les besoins et les attentes de personnes jeunes et de personnes âgées pourra peser lourdement, non seulement en termes économiques et émotionnels, mais sous la forme d'un stress quotidien et de tensions chro-

TABLEAU 14 : Age et étapes marquantes de la vie d'une femme au Japon, 1920 et 1992



Source : Nations Unies, CESAP et de JOICFP. 1996. *Population Ageing in Asia and the Pacific.*

niques pesant sur les relations familiales. Une partie disproportionnée de ce fardeau pèse sur les épaules des femmes, surtout si l'on attend d'elles qu'elles fournissent non seulement des soins, mais également des revenus.

- ◆ La tendance qui porte les femmes à avoir moins d'enfants aura pour conséquence qu'il y aura moins de frères et sœurs pour s'entraider et soutenir leurs parents et que les réseaux de la famille élargie se rétréciront au cours de la prochaine génération. Parallèlement, cependant, les divorces et les remariages vont accroître l'importance et la diversité des relations entre enfants d'un premier lit et enfants d'un deuxième lit et entre beau-père ou belle-mère et beau-fils ou belle-fille, ainsi que les réseaux de relations plus distantes ou indirectes. Les liens volontaires et affectifs gagneront en importance dans les relations familiales.
- ◆ La gamme et la variété des types informels de soutien aux personnes âgées devraient augmenter. Les attentes et les souhaits des parents sont en train de changer. Seul un petit nombre d'entre eux attendent ou souhaitent que leurs enfants soient leur unique soutien ou qu'ils puissent vivre avec eux dans leurs vieux jours. Par ailleurs, les parents attendent de leurs enfants qu'ils les aident à mener le mode de vie qu'ils auront choisi, – qu'ils vivent à proximité de leurs enfants ou loin d'eux. Les attentes se sont modifiées rapidement, parfois en l'espace d'une seule génération.
- ◆ L'espérance d'une vie en bonne santé s'accroît à mesure que l'espérance de vie s'allonge. Les "nouveaux vieux" sont mieux éduqués et en meilleure santé que les générations antérieures de personnes âgées et ils jouent un rôle plus

actif et plus créatif dans la société. Il se peut aussi qu'ils aient davantage de ressources, en particulier dans les pays qui ont su tirer parti de leur dividende démographique. Chez beaucoup de personnes âgées, le désir d'une retraite anticipée se conjugue au désir de trouver un emploi à temps partiel ou bénévole.

- ◆ Les mécanismes formels de soutien aux personnes âgées – dans le cadre d'une institution ou de la communauté – gagneront en importance à mesure que les gens vivront plus longtemps et de façon plus autonome. Pour les vieillards les plus âgés et les plus fragiles, la transition d'une vie autonome vers des soins en institution ou à plein temps est difficile et demande qu'on fasse preuve de beaucoup de délicatesse.

Des choix qui influent sur la dimension souhaitée de la famille

Comme indiqué plus haut (dans les deux premiers chapitres), la descendance finale a beaucoup diminué dans la plupart des pays en développement au cours des 20 dernières années. Des enquêtes portant sur la dimension souhaitée de la famille indiquent une diminution constante du nombre d'enfants que souhaitent avoir les femmes en âge de reproduction⁵. La dimension souhaitée de la famille s'est rétrécie à mesure que des jeunes atteignaient l'âge d'avoir des enfants et que des groupes plus âgés arrivaient à la fin de cet âge. Le temps aidant, les souhaits des individus ont changé, eux aussi. L'un et l'autre facteurs rendent compte à part presque égale du changement observé.

La dimension souhaitée de la famille est soumise à un faisceau d'influences très diverses, notamment les changements intervenus dans la

L'espérance d'une vie en bonne santé s'accroît à mesure que l'espérance de vie s'allonge.

condition sociale et économique, les perceptions et les valeurs de la communauté, le dynamisme des programmes de planification familiale, les chances de survie des enfants et d'une vie en bonne santé, ainsi que la réflexion menée sur la fécondité passée et sur les solutions de remplacement.

Une analyse récente⁶ attribue plus de la moitié de la diminution de la fécondité observée de 1974 à 1994 au renforcement des programmes de planification familiale. Ces programmes améliorent la connaissance de la contraception et encouragent des changements en ce qui concerne le nombre d'enfants souhaités, à mesure que la planification familiale acquiert droit de cité. L'éducation et l'expérience personnelle ont également un impact sur la dimension souhaitée de la famille.

Dans de nombreux pays, le choix des méthodes contraceptives a évolué, car on recourt de plus en plus à celles-ci pour espacer les naissances plutôt que pour mettre un terme à la procréation. Le jeu de ces diverses influences a pour effet d'accroître la demande de planification familiale dans de nombreux contextes plus rapidement que les programmes requis pour y répondre, surtout parce qu'un accès plus aisé à la planification familiale stimule la demande.

Investir pour une longue vie

La valeur des enfants

Il n'existe pas un moyen simple et standard permettant de mesurer la valeur que les enfants représentent pour les familles et la société. En termes purement économiques, toutefois, les enfants constituent un investissement coûteux, et la perception de ce coût stimule le souhait de réduire la dimension de la famille. Un autre stimulant est le "coût en occasions" des enfants – la valeur perçue des activités qui avaient été prévues –, coût qui va augmentant à mesure que les perspectives économiques et sociales des femmes s'élargissent.

Les changements économiques et sociaux survenus au cours des 40 dernières années modifient le calcul du bénéfice.

Le coût de l'enfant est élevé et va augmentant dans de nombreux pays en développement, et ce mouvement ne fera que s'amplifier à mesure que la structure du travail se modifie et que le marché gagne du terrain. En Côte d'Ivoire, par exemple, le coût net d'un enfant est estimé à un pourcentage situé entre 6 et 11 % du revenu annuel de la famille⁷. Dans les pays en développement, ce coût augmente à mesure qu'augmente le coût de l'enseignement primaire en raison des contraintes financières que doivent affronter les pouvoirs publics.

Dans les régions développées, le coût direct et indirect est encore plus élevé. Il en coûte à une famille moyenne américaine 149 000 dollars pour élever un enfant, de la naissance jusqu'à l'âge de 17 ans. Le coût du collège, sans lequel il

devient de plus en plus difficile de trouver un emploi, n'est pas inclus dans cette estimation. A titre de comparaison, le revenu annuel moyen d'une famille de quatre personnes est d'environ 50 000 dollars⁸. L'estimation pour le Royaume-Uni donne également un chiffre très élevé⁹.

Dans le passé, les rentrées d'argent que représentait le travail des enfants à l'extérieur ont encouragé une fécondité élevée, mais ceci change de plus en plus. Le travail des enfants continue à être un trait caractéristique de l'économie et de la vie familiale dans de nombreux pays en développement, mais il est de plus en plus critiqué, car il constitue une violation des droits de l'homme. La valeur perçue de la contribution des enfants à l'économie familiale diminue, davantage de parents comprenant que l'éducation augmente considérablement les perspectives de revenus, même si cette prise de conscience est plus lente pour ce qui est du travail des filles. Pour les groupes au revenu le plus faible, l'éducation peut être tout simplement hors de question, car tout appoint, si minime soit-il, au revenu de la famille est indispensable à la survie de celle-ci.

La plupart des parents comprennent l'importance croissante que représente l'éducation pour l'avenir de leurs enfants¹⁰, mais cela n'empêche pas que se produisent des tensions du fait d'attentes différentes concernant les relations et les responsabilités familiales. Ces tensions devraient diminuer à mesure que les générations successives apprendront à partager l'expérience de l'éducation et les valeurs communes qu'elle véhicule.

Les familles avec beaucoup d'enfants exercent une ponction sur les économies du ménage et ont un effet négatif sur les progrès de l'éducation et les investissements dans le domaine de la santé. Elles peuvent certes faire des économies sur les vêtements et autres biens que les enfants se passent de l'un à l'autre, mais elles doivent faire face à des coûts plus élevés, surtout pour l'éducation, et il s'établit toujours une sorte de compensation entre la réduction de l'épargne et les rationnement des ressources, souvent au détriment des filles. L'importance croissante de l'éducation signifie que l'on commence par sacrifier d'autres choses. Une diminution de la fécondité peut contribuer à une meilleure éducation des enfants, lorsque les parents prennent conscience que l'éducation prépare un avenir meilleur pour leurs enfants, qu'ils considèrent qu'il s'agit d'une priorité abordable, qu'ils acceptent de supporter au moins certains des coûts liés à la scolarisation de l'enfant et qu'ils ont entrepris de planifier leur famille en ayant à l'esprit l'éducation des enfants¹¹.

Les avantages d'une famille moins nombreuse n'apparaissent pas toujours clairement aux personnes très pauvres ou aux collectivités menant une vie traditionnelle. Il peut y avoir certains désavantages, lorsqu'il faut faire les pouelles pour satisfaire ses besoins essentiels ou lutter pour s'assurer des ressources. Certaines stratégies de survie – par exemple, des stratégies qui font à la fois appel à la migration pour trouver du travail, à l'assistance familiale et à la production non structurée – peuvent maintenir la valeur ou réduire le coût des enfants. Mais de

Les enfants constituent un investissement coûteux, et la perception de ce coût stimule le souhait de réduire la dimension de la famille.

telles perceptions sont de moins en moins répandues dans la plupart des pays.

Moins d'enfants, plus d'épargne

La capacité de familles plus petites d'épargner davantage, même en investissant davantage dans chaque enfant, paraît intuitivement plausible et se trouve confortée par les faits, tout comme le lien existant entre le taux d'épargne national et la dimension moyenne de la famille¹². La difficulté d'établir la relation "macro" et de corrélérer les résultats "micro" et "macro" s'explique en partie par un manque de données et la difficulté d'écarter d'autres explications. Certaines tiennent compte des grandes disparités existant du point de vue de la contribution de différents groupes au taux d'épargne national et des différences existant du point de vue de l'inégalité des revenus dans le temps et entre les pays. Cette relation entre le "micro" et le "macro" continuera d'alimenter les recherches.

Les liens existant au niveau macro sont clairs. Des niveaux peu élevés de fécondité sont associés initialement à une diminution des niveaux de dépendance économique (à mesure que le nombre de jeunes à charge diminue) et ultérieurement avec une augmentation de ces niveaux (à mesure que les populations vieillissent). C'est ce qu'illustre pour la République de Corée le tableau 15.

Une diminution du niveau de dépendance paraît induire une augmentation de l'épargne et de l'investissement nationaux (c'est ce qu'illustre le tableau 16 pour l'Asie du Nord-Est)¹³.

Les considérations économiques exposées au chapitre premier concernant l'impact de l'afflux de main-d'oeuvre sont clairement établies, mais il reste à faire la lumière sur la contribution de l'épargne. Il est plus facile d'épargner lorsque les parents ont moins d'enfants. Parmi les facteurs qui peuvent également inciter à adopter une discipline plus stricte en matière d'épargne, il faut citer le fait qu'il y a moins à attendre d'un réseau de soutien informel dans les vieux jours, que les revenus sont plus importants et qu'il n'existe pas de véritables régimes formels d'assurance-vieillesse.

Les vieux aident les jeunes de la famille

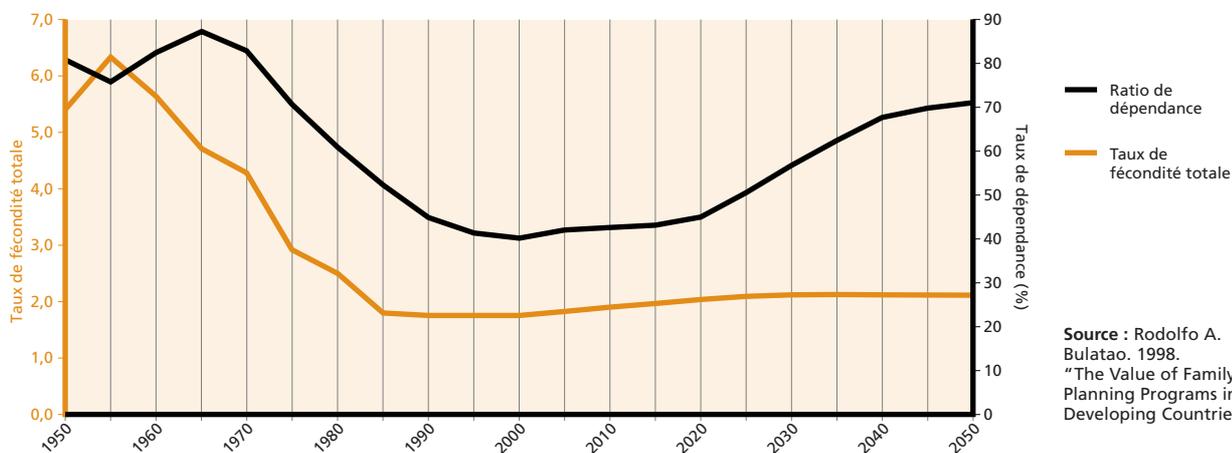
Les principaux schémas de consommation et de production de biens et de services tout au long du cycle de vie font aujourd'hui l'objet de recherches approfondies, surtout en termes de moyennes nationales¹⁴. Une étude comparée des recherches menées sur les sociétés, qui vont des sociétés fondées sur la chasse et la cueillette jusqu'aux pays en développement à revenu moyen¹⁵, montre qu'il existe dans tous les contextes un transfert net de richesses des vieux vers les jeunes. Les

Des niveaux peu élevés de fécondité sont associés initialement à une diminution des niveaux de dépendance économique et ultérieurement avec une augmentation de ces niveaux.



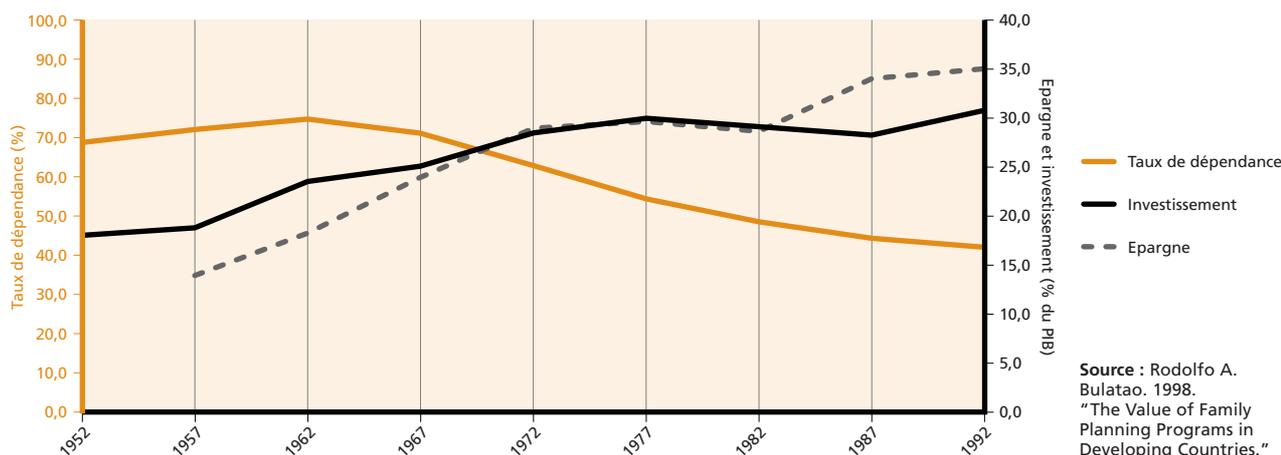
3

TABLEAU 15 : Taux de fécondité totale et ratio de dépendance, République de Corée, 1950-2050



Source : Rodolfo A. Bulatao. 1998. "The Value of Family Planning Programs in Developing Countries."

TABLEAU 16 : Dépendance, épargne et investissement en Asie du Nord-Est



Source : Rodolfo A. Bulatao. 1998. "The Value of Family Planning Programs in Developing Countries."

seules études qui font état d'un transfert de richesses net du bas vers le haut ont été réalisées dans des pays comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni et le Japon où les pouvoirs publics consacrent des montants importants pour assurer aux populations âgées des soins de santé coûteux et autres services sociaux.

En Chine, où les ménages fondés sur la famille élargie sont très répandus, les tâches ménagères accomplies par les femmes âgées permettent aux belles-filles de mieux tenir leur place sur le marché du travail, ce qui permet d'accroître le revenu familial. Aux Philippines, près de 93 % des vieux s'occupent d'un petit-enfant sur une base régulière¹⁶. A l'inverse, les jeunes femmes qui ne peuvent faire appel à un membre de la famille risquent de laisser passer leur chance de trouver un emploi à l'extérieur.

Même les femmes qui ne vivent pas dans le même foyer que leurs enfants jouent souvent un rôle essentiel en élevant leurs petits-enfants ; par exemple, il arrive très fréquemment dans de nombreuses régions d'Amérique latine et d'Afrique que les grands-parents vivant à la campagne s'occupent des enfants des jeunes couples mariés qui travaillent à la ville. Ceci s'observe aussi en Asie.

Les vieilles femmes peuvent aussi s'acquitter d'autres tâches importantes pour la famille et la communauté : au Nigéria, les accoucheuses traditionnelles, ce sont elles, et on se plaît à reconnaître qu'elles savent comment on élève des enfants. Il est possible d'accroître encore leur contribution en leur faisant comprendre les nouvelles attentes des jeunes générations en ce qui concerne la famille et en veillant à mettre à jour leur information et leurs compétences.

Le soutien de la famille aux personnes âgées

Le soutien intergénérationnel s'explique par des motivations variées, notamment l'affection, l'attente d'une réciprocité, ou le sens du devoir, et tout cela va dans le sens de la justice comparative¹⁸. Au sein des familles, le soutien a tendance à se porter sur ceux qui en ont le plus besoin, parce qu'ils sont pauvres, malades ou moins valides, ou simplement parce qu'ils n'ont personne d'autre à qui s'adresser.

La mobilité accrue aidant, l'aide et le soutien, qu'ils soient financiers ou d'une autre nature, sont dispensés à distance, à mesure que le développement le permet. Cela ne pose pas trop de problèmes lorsque la vieille génération est toujours active et indépendante, mais il n'en va pas de même lorsque l'âge et la dépendance économique augmentent.

Les familles aident leurs membres âgés, que ceux-ci vivent ou non avec elles, de différentes façons. Il peut s'agir des travaux du ménage, d'une assistance financière, d'un conseil ou d'un soutien moral. L'importance et la nature de l'aide, ainsi que l'identité de celui qui la fournit, sont fonction du degré de cohésion de la famille et dépendent de celui qui a le temps, l'argent, les matériaux ou le savoir-faire requis. Ils dépendent aussi du sexe de celui qui est aidé et de celui qui aide.

Le rôle des femmes

Même dans les cultures où les fils sont censés s'occuper de leurs vieux parents, on tient pour acquis que les soins quotidiens seront assurés par les belles-filles. Mais aujourd'hui, celles-ci travaillent à l'extérieur, et il y a moins d'enfants et moins de fils. Il peut arriver aussi, ce qui est de plus en plus le cas, que les jeunes femmes choisissent d'épouser un des fils qui n'est pas le fils aîné, de façon que la responsabilité des parents ne leur échoie pas. Un homme âgé peut compter sur sa femme, l'inverse étant beaucoup moins vrai, et lorsqu'une femme survit à son mari et n'a pas de fils mariés, elle risque de se trouver seule et sans soutien dans ses vieux jours, car elle n'a que des droits limités sur la pension, les biens et les acquêts.

En principe, les filles mariées n'ont pas à apporter un soutien, car elles font partie de la famille du mari. Toutefois, selon une étude réalisée récemment à Guangzhou (Chine)¹⁹, les soins que les personnes âgées reçoivent des enfants dépendent non pas du nombre de fils, mais du nombre de filles. Toujours selon cette étude, les parents qui sont aidés par leurs enfants seront plus enclins à leur venir en aide et vice-versa, mais l'importance des soins donnés par les parents aux enfants dépend du nombre de fils. Il apparaît que la vieille génération est celle qui traduit le plus clairement en pratique les normes fondées sur le sexe.

On note que les femmes arrivent plus nombreuses sur le marché du travail et qu'elles y restent jusqu'à un âge avancé, dans les pays développés comme dans les pays en développement²⁰. Ceci a un fort impact sur le bien-être de la famille et des membres les plus âgés. Souvent,

ENCADRÉ 16

Où l'on voit les vieux aider les jeunes

L'aide que les vieux apportent aux jeunes au sein de la famille peut être maintenue, même après que l'Etat s'est retiré de la partie. La dissolution de l'Union soviétique a fait disparaître une structure institutionnelle dans le cadre de laquelle les retraités fournissaient aux jeunes de la famille non seulement une aide financière régulière, fût-elle modeste, mais aussi des services, comme faire la file pour acheter des denrées peu abondantes, conserver des titres de propriété, partager un logement avec de jeunes couples en attendant qu'ils se soient vu attribuer un logement par les autorités et compléter la ration alimentaire avec les produits des jardins familiaux alloués par l'Etat. Le système de protection sociale donnait donc aux personnes âgées un rôle reconnu dans la vie familiale. Dans le cadre du nouveau régime, on ne fait plus la queue devant les magasins mais pour encaisser des chèques représentant le montant de la pension, et les logements sont disponibles pour ceux qui peuvent payer les prix du marché. Bien qu'on ne les aide plus à jouer leur rôle, les vieux continuent de fournir une aide financière aux jeunes membres de la famille avec enthousiasme et sans réserve¹⁷.

ce sont les femmes qui s'occupent le plus des enfants, des adolescents et des membres âgés de la famille. Grâce à un emploi rémunéré à l'extérieur, elles peuvent s'occuper d'elles-mêmes et de leur famille et compléter les ressources familiales, mais cela exige un réajustement des relations entre les membres de la famille.

Or, le système stéréotypé de relations fondées sur le sexe et les relations intergénérationnelles n'ont pas évolué au même rythme que les stratégies de soutien et de survie. Il reste beaucoup à faire, surtout du côté des hommes, pour permettre à la jeune et à la vieille générations de s'adapter à une situation nouvelle et pour donner réellement la possibilité aux femmes de gérer efficacement les ressources qu'elles fournissent à leur famille.

Dans les sociétés des pays en développement, une dynamique différente produit les mêmes problèmes. L'invalidité survient plus tôt chez les vieux. Les mères ont beaucoup d'enfants et continuent à en avoir jusqu'à un âge avancé. Il faudrait étudier davantage la façon dont les familles font face à de telles situations.

Il ne suffit pas de réduire la dimension de la famille pour venir à bout du problème. A Sri Lanka, par exemple, bien que les femmes qui enfantent soient âgées de 24 à 28 ans, avec une espérance de vie à la naissance de plus de 74 ans, une femme coexistera avec ses enfants pendant plus de 45 ans, parfois comme corésidente, d'abord lorsqu'ils sont jeunes et plus tard lorsqu'elle sera vieille²¹.

Des recherches réalisées aux Etats-Unis indiquent que les familles s'efforcent en général d'éviter de priver une génération pour venir en aide à une autre. Les parents font feu de tout bois pour satisfaire les besoins immédiats, réduisent le montant des dons aux oeuvres caritatives ou se privent eux-mêmes. Ces sacrifices vont augmentant, à mesure que s'accroissent les besoins de l'une ou l'autre des générations²².

Le veuvage

Les hommes âgés peuvent davantage compter sur leurs femmes pour ce qui est des soins que celles-ci ne peuvent compter sur eux²³, et une femme qui survit à son mari et n'a pas de fils mariés risque de se trouver bien démunie dans ses vieux jours²⁴, n'ayant qu'un accès limité aux pensions, à la propriété et aux acquêts.

Dans les pays développés d'Europe, les femmes âgées de plus de 80 ans (dont beaucoup sont veuves) constitueront une partie toujours plus importante de la population totale au siècle prochain. Dans les pays développés, ce groupe de femmes âgées représentera 10 % de l'ensemble des femmes en 2050. En Allemagne, par exemple, on comptera vers 2050 plus de femmes âgées de plus de 85 ans que de femmes dans aucune cohorte d'âge de 5 ans dans les autres groupes d'âges²⁵.

Les populations âgées et, surtout, les personnes les plus âgées sont essentiellement des femmes presque partout dans le monde, en raison de leur espérance de vie plus longue. Le risque de perdre son partenaire est plus grand pour une femme que pour un homme, et la probabilité se trouve encore accrue par la tendance

(même si celle-ci était plus prononcée autrefois qu'aujourd'hui) qu'ont les hommes d'épouser des femmes de plusieurs années leurs cadettes et, dans le cas des unions polygames, d'ajouter de jeunes épouses. Les hommes sont plus enclins à se remarier ou à établir des relations informelles quelque temps après le décès d'une épouse et la société approuve plus facilement de telles décisions. Les femmes peuvent devenir veuves à tout âge et ont tendance à rester seules plus longtemps que les hommes.

Les femmes âgées de plus de 60 ans qui ont perdu leur partenaire sont de loin plus nombreuses que leurs homologues du sexe masculin. L'Afrique subsaharienne, les Etats arabes d'Afrique du Nord et d'Asie orientale et l'Asie du Sud ont les ratios les plus élevés. Au nombre des pays où il y a au moins cinq fois plus de veuves que de veufs figurent l'Algérie, le Bangladesh, le Botswana, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Egypte, la Jordanie, le Mali, le Maroc, le Sénégal, la Tunisie et le Zimbabwe.

Le pourcentage de veufs chez les hommes âgés de plus de 60 ans est généralement inférieur à 20 % dans la plupart des pays, mais il se situe tout juste en dessous de 25 % en Chine. En revanche, 40 à 60 % des femmes âgées de plus de 60 ans peuvent se retrouver veuves, sauf en Amérique latine et dans certains pays d'Europe où le pourcentage se situe entre 30 et 40 %²⁶. Dans les pays développés comme dans les pays en développement, environ quatre fois plus d'hommes âgés que de femmes indiquent qu'ils vivent seuls avec leur conjoint et que celui-ci est seul à prendre soin d'eux. Cette situation ne remonte pas à hier et elle subsiste à travers les changements sociaux²⁷.

Partout dans les pays en développement, les femmes âgées ont un grand besoin de soutien. La probabilité qu'elles soient pauvres est plus forte que pour les hommes. Elles supportent le poids de perceptions négatives anciennes, qui s'ajoutent à la discrimination économique et sociale traditionnelle à l'égard des femmes.

Les femmes âgées ont moins de chances que les femmes plus jeunes ou que les hommes de leur âge de savoir lire ou écrire ou d'avoir reçu une quelconque éducation formelle. Même lorsqu'elles ont assuré la gestion de l'économie familiale ou travaillé dans le secteur non structuré, dans certaines situations leur manque d'expérience du monde extérieur les rend vulnérables lorsqu'il s'agit de conclure des contrats ou des opérations financières.

En Asie du Sud, il est rare qu'une femme puisse décider seule, même pour ce qui est de la gestion et de l'utilisation des ressources familiales, sauf lorsqu'il s'agit d'acheter des biens de première nécessité ou de petits articles personnels²⁸. Les restrictions qui limitent la liberté de mouvement et d'association des femmes, prétendument pour les protéger, constituent un handicap supplémentaire le jour où elles se retrouvent veuves.

Les veuves se voient souvent refuser l'accès aux ressources ou le droit de contrôler celles-ci. Lorsqu'elles travaillent dans le secteur structuré, elles sont beaucoup plus mal payées que les hommes ; aussi leurs économies et leurs pensions, lorsqu'elles en ont, sont moins importantes²⁹. Dans beaucoup de sociétés, le droit des femmes de

Les populations âgées sont essentiellement des femmes presque partout dans le monde.



3



Mark Edwards/Still Pictures

Les veuves et autres femmes âgées sont souvent en butte à la discrimination sociale et économique et risquent davantage que les hommes d'être pauvres et analphabètes. Ci-dessus, une Népalaise.

faire un héritage est rien moins qu'assuré. Les biens que laisse le mari – maison, terre, matériel et liquidités – risquent d'être distribués parmi les autres membres de la famille ou attribués à un parent du sexe masculin, souvent avec en prime la veuve comme épouse ou en une autre qualité, moindre. Dans certaines sociétés, la veuve peut être renvoyée dans la famille où elle est née. Ces dispositions peuvent lui assurer un certain soutien et une protection, mais elles l'exposent au risque d'exploitation et d'abus. La pauvreté peut contraindre une veuve à se prostituer ou à contracter une union qu'elle ne souhaite pas. En tout état de cause, les femmes seules sont plus exposées aux violences sexuelles³⁰.

Le veuvage va généralement de pair avec un abaissement considérable de la condition de la femme. Plus cette condition dépend de la relation de la femme avec son mari et sa famille, plus la perte de statut sera grande. Le veuvage ne se limite pas à la perte d'un mari, il peut signifier la perte d'une identité distincte.

Les femmes qui se retrouvent veuves dans ces circonstances risquent d'être poussées au désespoir, voire au suicide. Cela s'explique par la condition subalterne des femmes en général et par la situation intenable des veuves en particulier³¹. L'anxiété et la dépression, qui sont souvent le lot de la vieillesse, se rencontrent encore plus souvent chez les femmes. Les veuves risquent davantage d'être déprimées : les femmes mariées d'âge avancé sont en meilleure santé et vivent plus longtemps que les veuves. Les veuves qui vivent avec leurs enfants vivent plus longtemps que celles qui vivent avec des étrangers³².

Le nombre croissant de veuves au XXI^e siècle va contraindre les sociétés non seulement à leur fournir un soutien, mais aussi à leur rendre la liberté pour qu'elles puissent subvenir elles-mêmes à leurs besoins. Un nombre toujours plus important de femmes âgées resteront alertes physiquement et mentalement et elles seront mieux éduquées que leurs homologues d'aujourd'hui. Elles seront plus habituées à traiter avec le monde ; elles seront mieux armées pour vivre de façon autonome, apporter leur contribution à la famille et à la collectivité et proposer un modèle à leurs filles et petites-filles. L'émancipation des veuves et un effort accru pour renforcer les moyens d'action des femmes de tout âge ne pourront que bénéficier à leur famille et à elles-mêmes.

Lorsqu'on s'efforce de garantir les droits sociaux, économiques et politiques des femmes et leurs droits en matière de reproduction, il faut réserver une attention spéciale aux femmes âgées et aux veuves en particulier. Leur droit de percevoir une pension, de toucher un héritage, de contracter mariage librement, de bénéficier de la santé et d'être à l'abri de toute discrimination revêt une importance particulière pour les femmes âgées.

La corésidence

A mesure que leurs revenus augmentent, les personnes âgées se prononcent pour une vie plus autonome. A la corésidence, elles préfèrent la formule d'une résidence proche ou autre forme de contact. Le phénomène de la corésidence et de la famille abritant plusieurs générations est nettement moins courant dans les pays développés que dans les pays en développement : en Europe, le pourcentage n'est que de 3 à 12 % (le pourcentage le plus élevé se trouve en Europe du Sud). Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans qui vivent seules a presque doublé en Grande Bretagne de 1962 à 1991. Toutefois, la plupart des adultes dans presque tous les pays vivent à moins de 15 minutes de leurs parents et indiquent qu'ils sont fréquemment en contact avec eux. Environ 15 à 20 % des personnes âgées n'ont pas d'enfants dans la plupart des pays occidentaux³³. Les recherches montrent qu'elles ont des contacts beaucoup plus étroits avec leurs frères et soeurs, d'autres proches, des amis et des voisins que celles qui ont des enfants et qu'elles ne considèrent pas que le fait de n'avoir pas d'enfant est un problème³⁴.

Selon certains historiens de la vie familiale³⁵, la qualité du soutien aux personnes âgées a toujours été médiocre, comme elle l'est même aujourd'hui dans les pays développés. Historiquement, une espérance de vie plus courte conjugée aux normes et institutions sociales a réduit la perspective de bénéficier d'un soutien familial éventuel. Dans l'Angleterre et le Pays de Galles des XVII^e et XVIII^e siècles, une personne âgée de plus de 65 ans n'avait qu'une chance sur trois d'avoir un fils marié en vie, alors que c'étaient les fils qui étaient censés fournir un soutien aux personnes âgées. Même au cas où, contre toute espérance, une fille mariée aurait accueilli chez elle son père ou sa mère, tout au plus 50 à 60 % des personnes âgées auraient eu une famille où vivre.

Les données concernant la fin du XIXe siècle et le début du XXe siècle indiquent que tout au plus une bonne moitié des personnes âgées vivaient auprès d'un de leurs enfants. Pour expliquer les faibles taux actuels de coresidence, il suffit donc de remonter le cours de l'histoire.

Les données concernant les pays en développement révèlent aussi que la coresidence ne satisfait pas toujours les besoins de la personne âgée ou de sa famille. En Inde, par exemple, 58 % en moyenne des personnes âgées vivant en coresidence indiquent que leur propre famille garantit dans l'ensemble leur sécurité alimentaire, économique et personnelle et veille sur leur santé ; dans les familles nucléaires, le pourcentage n'atteint que 42 %³⁶.

Généralement parlant, cependant, beaucoup de vieillards comptent sur le soutien de leur famille et s'en disent largement satisfaits. Plus de 69 % des personnes âgées dans les pays en développement vivent dans un foyer auprès de membres de la famille³⁷. Mais les attentes des parents sont en train de changer, même dans les pays où le soutien s'inscrit dans une longue tradition sociale, comme dans la tradition confucéenne, où le devoir de piété filiale oblige généralement le fils le plus âgé en vie de soutenir ses parents. Ceux-ci admettent que leurs enfants pourraient aller s'installer dans un endroit qui exclurait la possibilité d'un contact personnel quotidien, voire régulier, et qu'ils pourraient avoir des obligations familiales plus pressantes. Ils voient leurs filles et belles-filles, qui étaient aux petits soins auprès d'eux, prendre un emploi rémunéré. L'aide pécuniaire remplace en quelque sorte le contact personnel, au gré de l'âge et des besoins des parents, et compte tenu du souhait et de l'attente qui apparaissent de plus en plus, à mesure que les sociétés se développent, de voir les pouvoirs publics prendre le relais de l'assistance.

Les populations jeunes ou d'âge moyen ne s'attendent pas à vivre auprès de leurs enfants dans leurs vieux jours. Comme l'indiquent des recherches faites au Japon, à Taïwan (Province de la Chine), en Malaisie et à Singapour, les perspectives ont changé du tout au tout en l'espace de 20 ans à peine³⁸. Il y a 20 ans seulement, près de 90 % des adultes approchant de la retraite s'attendaient à vivre auprès de leurs enfants et à être entretenus par eux. Aujourd'hui, le pourcentage dépasse tout juste 50 %, et il n'y a qu'une minorité de jeunes à penser qu'ils trouveront un véritable soutien dans leurs vieux jours auprès de leurs enfants.

Ce changement traduit le changement des modes de vie. En 1972, 56 % des foyers où vivait une personne âgée de plus de 65 ans étaient des familles de trois générations, 8 % se composaient seulement d'une personne célibataire âgée et 11 % se composaient uniquement du couple âgé. En 1995, les familles de trois générations ne représentaient plus qu'un tiers du total, ce qui représentait moins que le pourcentage combiné des foyers composés d'une personne célibataire (17 %) ou d'un couple seul (24 %)³⁹.

Ailleurs qu'en Asie, le nombre de personnes qui ne vivent qu'avec leur conjoint ou qui vivent seules est en augmentation. Selon des données recueillies aux Caraïbes dans les années 80, le

pourcentage des personnes âgées de plus de 65 ans qui vivaient seules allait de 10 % (Cuba) à 32 % (Guadeloupe), la plupart des pays dépassant les 15 %. En Amérique latine, le pourcentage était inférieur à 10 % dans sept pays, mais il était plus élevé dans quatre autres. Les données concernant l'Afrique sont encore plus fragmentaires, mais le nombre élevé de travailleurs migrants chez les hommes et l'importance de la migration urbaine chez les jeunes des deux sexes donnent à penser qu'un nombre croissant de femmes, notamment de femmes âgées, vivent seules. Comme les femmes vivent plus longtemps que les hommes, un pourcentage élevé de personnes âgées vivant seules dans la plupart des pays sont des femmes, et ce pourcentage augmente avec l'âge⁴⁰.

Les résultats d'enquêtes réalisées en Thaïlande s'inscrivent en faux contre ces conclusions, en indiquant que, malgré une diminution très nette de la dimension de la famille au cours des 30 dernières années, les gens continuent de s'attendre à recevoir aide et soutien dans leurs vieux jours.

Des entretiens avec des groupes cibles montrent que pour certains parents thaïlandais, les bienfaits des familles plus petites l'emportent sur le désir de maximiser les chances de bénéficier d'un soutien dans leur vieillesse. D'autres considèrent qu'une famille réduite est mieux à même de garantir un tel soutien, car les parents peuvent alors offrir à leurs enfants une éducation plus poussée qui augmente leurs perspectives de rémunérations. En outre, les enfants nés dans des familles plus petites seront portés à manifester davantage de gratitude et donc à prendre soin des parents⁴¹.

En Thaïlande, l'idée et l'habitude de prendre soin des parents sont profondément enracinées⁴². Près de 80 % des hommes et des femmes âgés de plus de 60 ans y vivent auprès d'un ou de plusieurs de leurs enfants dans le même foyer ; d'autres ont des enfants qui vivent à proximité. Près de 90 % d'entre eux vivent ou sont en contact quotidien avec un enfant. Même lorsqu'il n'y a qu'un seul enfant en vie, le pourcentage de coresidence dépasse 60 %, mais les parents ont plus de chances de recevoir un soutien s'il y a plus d'un enfant. Près de deux tiers des parents âgés dont les enfants ne vivent pas avec eux reçoivent de leurs enfants des aliments, des vêtements et de l'argent.

Plus de la moitié des Thaïlandais âgés de plus de 60 ans ont au moins cinq enfants encore en vie, mais ce nombre devrait diminuer à l'avenir, trois quarts d'entre eux n'ayant alors que deux ou trois enfants envies. Si le niveau actuel de soutien fourni par les enfants dans des familles de dimension différente continue, les personnes âgées ne connaîtront qu'une baisse de 8 à 12 % du niveau de coresidence et de contact quotidien, mais de plus de 25 % du soutien matériel et financier. Les pourcentages respectifs pourraient être plus élevés, dans le cas d'enfants qui ne vivent pas avec leurs parents. Ceci pourrait se produire sans qu'il n'en résulte une diminution du montant total du soutien, si les enfants adaptent leur contribution pour satisfaire les besoins (comme on l'observe communément) et si l'amélioration de leur niveau éducationnel et de leur situation économique leur permet de se montrer plus généreux⁴³.

Les personnes d'âge moyen ne s'attendent pas à vivre auprès de leurs enfants dans leurs vieux jours.



3

Il n'existe pas de corrélation entre le nombre d'enfants en vie et les allégations de parents âgés faisant état de problèmes financiers, de mauvaises conditions de logement ou de dissensions familiales ou qui disent se sentir seuls ou indésirables. Ceci permet de bien augurer du succès des arrangements en matière de logement qui seront pris lorsque les parents auront moins d'enfants entre lesquels choisir.

Certains membres des groupes cibles interrogés disent qu'une famille de dimension plus réduite leur permettra d'économiser davantage pour leurs vieux jours, même si les enfants continuent d'être considérés comme un élément important du soutien dans la vieillesse. Le changement démographique ne semble pas être un des facteurs les plus importants qui influent sur la qualité de la vie des personnes âgées.

Il ressort de cette enquête que la tendance à réduire la dimension de la famille ne s'accompagne pas nécessairement d'une diminution du soutien qu'apporte la famille aux personnes âgées. Toutefois, le cas de la Thaïlande est particulier, en ce que les parents ne font pas de différences entre vivre auprès d'un fils ou auprès d'une fille ; en général, la préférence fondée sur le sexe n'est pas significative sur le plan culturel. Les systèmes de soutien parental peuvent être plus lâches dans les familles comptant un ou deux enfants où la préférence fondée sur le sexe est très marquée ou dans des sociétés qui ne possèdent pas une tradition profondément enracinée en matière de devoir filial ou dans les sociétés dans lesquelles les systèmes familiaux accordent un rôle prédominant au fils aîné.

Même en Thaïlande, le soutien familial pourrait être ébranlé par une modification des arrangements institutionnels concernant le soutien des personnes âgées. Dans les pays développés de l'Ouest, il n'est pas rare que 25 à 40 % – en Amérique du Nord, 75 % – des personnes âgées de plus de 65 ans vivent seules ou uniquement avec leur conjoint. En Amérique du Nord, 14 % seulement d'entre eux vivent auprès d'un ou de plusieurs de leurs enfants.

Les décideurs ont besoin de données concernant le niveau et l'évolution du soutien informel accordé par les familles, afin de pouvoir identifier les besoins qui apparaissent et évaluer l'impact des mesures qu'ils prennent sur le fonctionnement de la famille.

Des relations familiales placées sous le signe d'une diversité croissante

Des études réalisées aux États-Unis montrent qu'il existe une grande diversité de relations entre les enfants adultes et leurs parents⁴⁴. Aucun de ces types de relations ne représentait plus d'un tiers de l'ensemble des relations. Le type de relations le plus courant avec la mère était celui de relations "étroites", mais il ne représentait environ qu'un quart de l'ensemble des relations avec la mère. Le type de relations le plus courant avec

le père était celui de relations "distantes, détachées", et il représentait plus d'un quart de l'ensemble des relations avec le père.

La plupart des relations ne se situaient à aucune des extrémités de distance sociale avec l'un ou l'autre des parents, de la part des fils ou des filles. Le type prédominant de relations était décrit comme des relations sociables, placées sous le signe de la reconnaissance et "intimes mais distantes". Une grande variété de relations peut voir le jour, lorsque la technique et les institutions permettent "l'intimité à distance". On notera que les relations avec la mère sont particulièrement étroites en ce qui concerne les filles, mais qu'il n'y a aucune différence entre les fils et les filles pour ce qui est des relations avec le père. Comparé à la mère, le père est plus distant dans ses relations tant avec les fils qu'avec les filles.

Ces constatations démontrent clairement l'impact des stéréotypes historiques fondés sur le sexe. Un schéma de participation relativement distante de l'homme aux relations familiales (à comparer avec les relations de travail) se traduit par un lien plus distant avec leur progéniture pour une minorité importante d'hommes âgés. Toutefois, le fait que les hommes comme les femmes peuvent avoir et ont une grande variété de types de relations avec leurs enfants montre que la situation n'est pas figée et qu'elle est tributaire des arbitrages entre les agréments de la vie que font les hommes et les femmes, les parents et les enfants⁴⁵.

Les types de relations familiales entre les générations devraient continuer à se diversifier plus généralement, à mesure que l'urbanisation et la mobilité géographique se développeront, que le niveau des revenus se modifiera et que les communications et les transports s'amélioreront. Les sociétés en butte à de nombreuses causes extérieures de dislocation des relations familiales (y compris des troubles civils, des catastrophes naturelles et autres perturbations) peuvent suivre une autre voie et concevoir différentes stratégies pour faire face à cette situation.

Il importe de disposer de plus de données concernant la prévalence et la forme des différents types de relations dans des sociétés et contextes différents, mais il est évident que les pouvoirs publics doivent être assez souples pour s'adapter à une grande diversité d'arrangements sociaux.

Le contexte sociétal dans lequel elles s'inscrivent, la variété des ressources et des institutions disponibles et la possibilité de se procurer des informations concernant les solutions de remplacement influent sur les relations sociales au sein de la famille. Il faut être attentif à l'impact des initiatives de développement, afin d'évaluer la façon dont elles renforcent ou entravent la capacité de la famille de pourvoir aux besoins de ses membres.

La famille nucléaire "moderne", fragmentée et individualiste, qui a été tant vilipendée, s'avère, à y regarder de plus près, être la principale source d'aide financière et de réconfort psychologique pour les vieillards⁴⁶. Cela ne signifie pas qu'il faille lui abandonner la charge de prendre soin d'eux sans lui accorder un soutien public complémentaire, ou qu'il faille négliger les

Les types de relations familiales entre les générations devraient continuer à se diversifier.

responsabilités qui incombent à l'aide sociale. Il existe certes une forte obligation sociale, mais les personnes âgées qui ne disposent que de maigres revenus peuvent difficilement s'en sortir faute d'une aide des pouvoirs publics.

Les stratégies visant à garantir la sécurité des vieux jours mettent en oeuvre différents moyens : l'épargne, les transferts, les legs et les enfants. L'idée d'accumuler des ressources pour les léguer aux enfants relève à la fois de l'altruisme et du pragmatisme. Des recherches qualitatives et quantitatives montrent qu'on tient bien plus compte du point de vue des personnes âgées dans le processus décisionnel familial lorsqu'elles ont des biens⁴⁷. Une capacité accrue d'épargne et d'investissement au profit des enfants peut resserrer les liens familiaux intergénérationnels tout au long de la vie.

Le soutien de la société

La retraite

La notion de retraite est en train d'évoluer. Pour beaucoup de gens dans les pays en développement, ce mot n'a guère de sens. Travailler pendant toute une vie ou s'acquitter des tâches ménagères pour permettre aux enfants corésidents de travailler, telle est plutôt la règle. Dans les pays industrialisés, la tendance à avancer l'âge officiel de la mise à la retraite qu'on avait observée pendant les dernières décennies semble depuis quelque temps se renverser, un nombre accru de personnes âgées prenant un emploi à temps partiel ou s'adonnant à des activités bénévoles.

L'âge officiel de la mise à la retraite est généralement moins élevé dans les pays en développement. Toutefois, seule une poignée de personnes âgées ont des emplois dans le secteur structuré, là où cette notion a un sens.

La notion de la "vie de travail" est en train de changer profondément dans les pays tant développés qu'en développement. La vie de travail commence très tôt pour ceux qui y sont accablés par la pauvreté ; elle commence plus tard, les progrès de l'éducation et le relèvement des normes économiques aidant. Davantage de femmes prennent des emplois rémunérés et elles les conservent plus longtemps. La vie de travail dans les pays industrialisés est raccourcie par les retraites anticipées, qu'elles soient volontaires ou imposées ; mais il arrive aussi qu'on recule l'âge de la retraite pour éviter de mettre à mal les caisses de pension.

La retraite anticipée volontaire, une somme d'argent remplaçant une partie de la rémunération, est une stratégie utilisée dans les pays développés pour réduire les effectifs et se débarrasser de vieux travailleurs qui sont dépassés par le progrès technique. Toutefois, le résultat final peut s'avérer coûteux, la perte de l'expérience et du savoir-faire de vieux travailleurs effaçant certains gains de productivité attendus d'une restructuration. La mise à la retraite anticipée contre le gré du travailleur peut nuire à sa santé : le travail est une source d'amour-propre, de contacts sociaux et de revenus, et certains des travailleurs touchés par cette mesure souffrent d'un sentiment de

rejet, d'isolement et de dépression. Certaines personnes mises à la retraite anticipativement qui réduisent leur participation graduellement ou reprennent un travail à temps partiel finissent par se retrouver avec le même volume de travail qu'auparavant, mais une rémunération considérablement inférieure.

La formule de la retraite anticipée a fait du chemin dans les pays développés au cours des années 70 et 80. A partir du milieu des années 80 jusqu'au début des années 90, le mouvement s'est ralenti ou s'est inversé dans plusieurs pays⁴⁸.

Beaucoup de pays industrialisés sont préoccupés du fait que la génération nombreuse de l'après-guerre va bientôt atteindre l'âge de la retraite et ils prennent des mesures pour éviter de mettre à mal les caisses de pension de retraite du secteur public. Au nombre de ces mesures figure souvent l'augmentation progressive de l'âge de l'admission à la retraite, telle qu'elle est envisagée notamment en Australie, au Japon, en France, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis.

Toutefois, si l'on veut maintenir jusqu'en 2025 le rapport des retraités à la population active qu'on connaissait dans les années 90, il faudra reculer l'âge de la retraite et le porter à un niveau qui paraît politiquement inacceptable. Le Canada, la Finlande et le Japon pourraient être contraints de reculer l'âgenormal de la retraite au-delà de 70 ans (le Japon devrait aller jusqu'à environ 74 ans). L'Allemagne, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, le Portugal et le Royaume-Uni, entre autres, devraient porter l'âge de la retraite à 67 ans, voire au-delà⁴⁹.

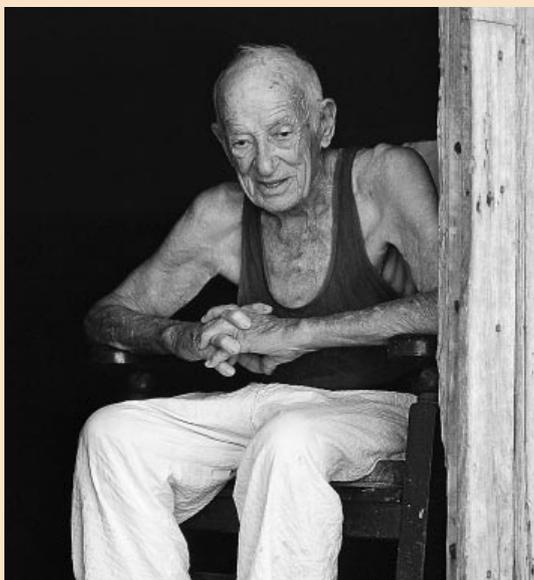
La notion de "vie de travail" est en train de changer profondément dans les pays tant développés qu'en développement.

Le nombre moyen d'années passées à la retraite augmente presque partout dans le monde. Ci-dessous, un couple croate attend le bus.



UNICEF/HQ95-0561/Roger Lemoyne

La crise des pensions de retraite est-elle aussi grave qu'on le dit ?



Mark Edwards/Still Pictures

Les experts du monde politique et de l'université ne sont pas d'accord sur la gravité et l'urgence de la menace qui pèse sur la viabilité des régimes de pension dans les pays développés ni sur les réformes et les solutions à mettre en oeuvre. Les alarmistes situent au début du siècle prochain la faillite des régimes d'assurance-vieillesse⁵⁰. Les optimistes pensent que les réformes engagées suffiront à maintenir les régimes à flot indéfiniment.

La Banque mondiale s'attend à l'échec des régimes de pension financés par répartition et renvoient à ses analyses d'une "crise de la vieillesse". Ceux qui ne sont pas d'accord avec ces analyses et les réformes proposées⁵¹ mettent en question la gravité du problème et l'applicabilité générale d'un seul et même jeu de recommandations, même s'ils prennent acte de l'importance croissante d'un examen et d'une analyse à l'échelle du monde.

Le débat tend à se porter vers les extrêmes. Des dichotomies erronées consistant, par exemple, à opposer des régimes exclusivement "publics" à des régimes exclusivement "privés", sont présentées comme des choix sérieux, alors qu'un certain panachage est de règle⁵². De tous côtés on s'ingénie à faire peur.

En réalité, il y a une bonne part d'incertitudes dans les analyses portant sur l'avenir de ces régimes. Toute projection doit établir une hypothèse de base concernant l'allure à laquelle interviendra la diminution de la morbidité et de la mortalité, le taux d'accroissement des populations contributantes et l'impact d'une gamme de politiques de substitution. De légères retouches apportées aux hypothèses ou de petites modifications survenant dans la situation économique peuvent avoir un impact considérable sur les résultats.

L'incertitude quant à l'évolution de l'espérance de vie, en particulier de l'espérance de vie en bonne santé, peut compliquer la gestion de ces caisses⁵³. L'incapacité de prévoir le taux d'une future croissance économique ou la façon dont évolueront la contribution des migrants ou d'autres indicateurs peut également avoir des incidences significatives sur les projections. Des analyses de la dynamique et des tendances démographiques et une meilleure compréhension du rapport existant entre la population et le développement économique contribueront à réduire ces incertitudes.

Pour résoudre les difficiles questions politiques que pose la protection des régimes d'assurance-vieillesse, il faudra améliorer l'information et les analyses détaillées. Le Comité de la planification du développement du Secrétariat de l'ONU a réuni un groupe de travail du 12 au 14 janvier 1998 sur le thème "Transferts intergénérationnels et sécurité sociale" qui a examiné les arrangements actuels. Le projet de recommandations du groupe de travail, qui a été transmis au Comité au mois de juin 1998, examine la situation en détail et reconnaît la nécessité de concevoir des solutions adaptées à la situation et aux capacités de chaque pays.

Par ailleurs, la notion de retraite est elle-même en train de se modifier. La sécurité de l'emploi est de plus en plus remise en question ou devient sans objet, à mesure que les économies subissent des transformations structurelles successives dans les pays en développement comme dans les pays développés. Les employeurs, les emplois et les conditions de travail changent à un rythme accéléré ; il devient impératif d'acquérir de nouvelles qualifications tout au long de la vie de travail par le biais de la formation proprement dite ou de la formation en cours d'emploi. L'emploi à temps partiel ou l'emploi saisonnier, qui sont déjà chose courante chez les vieux travailleurs, pourraient constituer le prolongement naturel de ces tendances. Il faudra adapter les politiques pour tenir compte des souhaits et des tendances qui apparaissent.

La sécurité sociale et les plans de retraite

Les décisions concernant la création et le financement de services publics sont essentiellement des décisions politiques et morales. Elles interviennent sur la base de la perception qu'ont les décideurs et, en dernière analyse, le public de la qualité des solutions proposées pour réaliser les objectifs publics préalablement définis. Les aspects proprement techniques peuvent s'avérer en dernière analyse moins importants que la façon dont ils sont présentés dans les médias, dans les programmes d'action politiques ou dans les questions des sondeurs. Toutefois, c'est le débat public qui montrera quelles questions (par exemple, le coût par rapport aux bénéfices escomptés, le financement public par rapport à un financement privé) sont les plus importantes pour ceux qui devront en définitive acquitter le coût des services et en seront les bénéficiaires.

Par exemple, les régimes publics de retraite et l'épargne privée représentent une part de plus en plus importante des revenus des personnes âgées en Asie de l'Est. Entre-temps, les régimes de sécurité sociale par répartition que l'on connaît en Amérique du Nord et en Europe (les pensions sont financées par le produit d'un impôt affecté) font l'objet de propositions de réforme et sont au coeur d'un débat politique tendu, à mesure que les coûts et la demande future projetée augmentent. Des enquêtes montrent qu'une majorité importante de jeunes âgés de 20 à 30 ans ne s'attendent pas à bénéficier des programmes actuels financés sur fonds publics au moment où ils atteindront l'âge normal de la retraite⁵⁴.

Comme autre exemple de choix à faire, la Banque mondiale, dans une analyse des régimes de sécurité sociale⁵⁵, préconise un régime de sécurité sociale reposant sur plusieurs piliers. L'impôt financerait des régimes publics qui fourniraient, après examen des ressources, un soutien minimum. Le deuxième pilier serait constitué par des régimes de retraite par capitalisation intégrale, des régimes de retraite du secteur privé, des régimes de retraite financés par une épargne forcée régulée par l'Etat ou des régimes de retraite d'organisations professionnelles. Le troisième pilier serait constitué par des régimes de retraite volontaires financés par chaque partici-

pant en fonction de ses ressources et des cotisations qu'il est disposé à verser.

Cette recommandation prend acte à juste titre des besoins divers auxquels ces régimes tentent de répondre et de la nécessité d'adopter des solutions souples pour garantir l'orthodoxie fiscale des solutions nationales. C'est en fonction de la situation propre à chaque pays qu'il faudra élaborer la combinaison d'approches la plus appropriée. La Banque mondiale fait également des recommandations détaillées concernant la façon de gérer la transition entre différents systèmes dans différents contextes. On gagnera du temps en identifiant clairement les principes à suivre et les priorités des problèmes à résoudre (voir plus loin).

Les régimes publics de pensions de retraite, d'invalidité ou de survivant existent aujourd'hui dans environ 155 pays et territoires, mais leur couverture présente de très grandes différences⁵⁶. On estime que les programmes publics officiels ne couvrent qu'environ 30 % de la population mondiale âgée de plus de 60 ans. Environ 40 % de la population d'âge actif dans le monde contribue à ces programmes. Les niveaux de couverture sont plus élevés dans les pays développés.

Les pays et les gens pauvres aimeraient bien pouvoir se payer le luxe de pareils débats. L'âge normal de la retraite est souvent fixé plus bas dans les pays en développement que dans les pays développés, mais cela tient au fait que seule une petite minorité de travailleurs, souvent des travailleurs très bien rémunérés du secteur public, touchent des prestations de retraite. Grâce à leur influence politique, ils ont pu maintenir l'âge de la retraite à un niveau peu élevé⁵⁷.

Pour la plupart des autres gens, les possibilités d'emploi, en particulier dans le secteur structuré, diminuent avec l'âge, mais la notion de retraite n'a guère de signification pratique. La main-d'oeuvre masculine âgée est plus nombreuse dans les pays en développement que dans les pays développés et elle ne diminue pas brusquement avec l'âge. Faute d'une pension de retraite, le travail est quelque chose qui dure toute la vie. Pour les femmes en particulier, qui ont toujours été sous-représentées dans le secteur public et dans l'emploi structuré, et dont le travail domestique et dans le secteur non structuré est rarement signalé, peu soutenu et mal rémunéré, la notion de retraite est une chose inconnue.

Les décideurs commencent à s'aviser que ces problèmes doivent retenir davantage leur attention, à mesure qu'une nouvelle génération de jeunes arrive à l'âge actif et qu'une nouvelle génération entre dans ses vieux jours. Au Malawi⁵⁸, par exemple, il a été question d'abaisser l'âge de la retraite pour les fonctionnaires afin de créer des emplois pour les jeunes. Toutefois, la réduction des dépenses publiques et la compression des effectifs dans le secteur public que connaissent beaucoup de pays en proie à l'ajustement structurel limitent la portée de pareilles propositions, sauf dans la mesure où elles aboutissent à réduire la masse salariale dans le secteur public.

Dans l'ensemble des pays en développement, l'augmentation du revenu national correspond à une participation moindre au travail à partir d'un certain âge. Une participation moindre va de pair avec des dépenses d'aide sociale, une baisse du

taux d'emploi dans l'agriculture, l'urbanisation et des régimes de sécurité sociale⁵⁹. L'invalidité ne se présente pas partout de la même façon. Dans certains pays développés, elle diminue avec l'âge, et dans d'autres elle augmente avec l'âge⁶⁰.

Toutefois, certaines caractéristiques des régimes de retraite en vigueur dans les pays en développement sont tout à fait différentes de celles que l'on rencontre ailleurs. Le nombre d'années passées à la retraite peut y être plus élevé : c'est le cas à Sri Lanka, en Equateur et en Malaisie, par rapport à la France et à l'Italie. Tous ces pays dépassent à cet égard la Colombie, l'Algérie, la Chine et le Pérou, lesquels à leur tour dépassent les Etats-Unis, la Hongrie, l'Allemagne et le Royaume-Uni. L'allongement de l'espérance de vie et un âge plus précoce de mise à la retraite signifient que, dans les pays en développement, le temps passé à la retraite est aujourd'hui plus long qu'il ne l'a jamais été auparavant⁶¹.

Les caisses de prévoyance, qui investissent le montant des cotisations obligatoires prélevées sur les salaires dans des fonds d'investissement, sont un élément important des régimes de retraite dans les pays en développement. Dans certains pays (par exemple, en Asie de l'Est), ces caisses réalisent des bénéfices non négligeables. Dans d'autres comme Sri Lanka, elles perdent de l'argent.

Le taux de couverture de la caisse de prévoyance à Singapour est de 86 % de la population active, ce qui en fait le taux de couverture le plus élevé de tous les régimes de retraite en Asie⁶². Singapour a également le taux d'épargne le plus élevé du monde⁶³. On s'est demandé si la caisse

Les décisions concernant la création et le financement de services publics sont essentiellement des décisions politiques et morales.



3

ENCADRÉ
18

Les pensions d'invalidité : une retraite anticipée qui ne dit pas son nom ?

De nombreux pays membres de l'OCDE se montrent généreux en matière de pensions d'invalidité⁶⁴. Les prestations versées à ce titre aux travailleurs augmentent considérablement avec l'âge⁶⁵. Dans certains pays développés, moins de la moitié des personnes du groupe d'âges 55-64 travaillent encore.

Les taux de participation à la population active sont analogues aux Etats-Unis et aux Pays-Bas pour les hommes de la tranche d'âge de 51-53 ans. Mais à partir de ce moment-là, on note une nette divergence : à l'âge de 61 ans, moins de 17 % des hommes travaillent encore aux Pays-Bas, contre 66 % aux Etats-Unis. Cette différence est imputable à la générosité du régime d'assurance-invalidité et à l'obligation pour l'employeur néerlandais de contribuer au régime de retraite, plutôt qu'à des différences qui existeraient entre les deux pays du point de vue du statut sanitaire⁶⁶.

Des ONG internationales soutiennent les initiatives locales en faveur des personnes âgées

HelpAge International soutient des projets réalisés par le biais de son réseau qui compte plus de 50 ONG dans toutes les parties du monde. Ces projets concernent la création de centres communautaires, l'octroi de microcrédits à des femmes âgées, l'apprentissage de l'artisanat et des métiers traditionnels, l'action de sensibilisation des adolescents par les aînés de la communauté en vue de la lutte contre la pandémie de VIH/sida, la recherche sur les besoins sanitaires et nutritionnels des vieux et les soins dont ils ont besoin, l'organisation d'un échange d'informations, le soutien à apporter aux réseaux régionaux de prestataires de services, de groupes de membres et aux collecteurs de fonds, ainsi que la formation du personnel des ONG, du personnel infirmier et des travailleurs sociaux.

L'Association américaine pour la promotion des retraités (AARP) a contribué à la constitution de réseaux internationaux et d'institutions nationales qui mènent des activités de plaidoyer en faveur des vieux. Sa stratégie reconnaît la nécessité de mettre en place des programmes et de concevoir des dispositifs de base dans les différents pays avant que le nombre et le pourcentage de personnes âgées ne submergent les systèmes existants. L'AARP joue un rôle actif dans les préparatifs nationaux et internationaux en vue de l'Année internationale des personnes âgées.

HelpAge International et l'AARP ont contribué également à promouvoir un réseau d'organisations non gouvernementales locales et nationales constitué de personnes âgées ou travaillant pour elles en Europe orientale et centrale.

de prévoyance encourageait une surépargne ou une sous-consommation. Nombre de personnes âgées (en particulier les femmes) ne font pas appel à l'argent de leur retraite pour leurs dépenses de tous les jours⁶⁷ et comptent sur leurs enfants. Ceci s'explique en partie par le fait que la caisse de prévoyance ne couvre qu'environ 17 % des femmes âgées, contre 50 % des hommes âgés et que les revenus et l'épargne des hommes sont plus élevés.

Le Chili a été proposé comme exemple d'une privatisation réussie du régime des retraites dans un pays en développement. Le rendement annuel des cotisations pendant les années 80 était élevé, dépassant 12 % en moyenne. Des critiques font état du montant élevé des dépenses d'administration, de la perte de contrôle des travailleurs sur une partie importante (10 %) de leurs revenus et de l'absence de revenu de remplacement garanti, les bénéficiaires étant soumis au régime fiscal général. En dépit de ces inconvénients, cependant, beaucoup de pays s'inspirent de l'expérience chilienne au moment de concevoir d'autres programmes⁶⁸.

Les caisses de prévoyance commencent à se généraliser en Amérique latine. Leur sort sera suivi de près pour éclairer les choix politiques à faire.

Les pays développés ont des revenus plus élevés, des réseaux plus denses d'organisations privées bénévoles et de gros budgets publics et privés affectés aux retraites, à la sécurité des personnes âgées, aux soins de santé, aux pensions de survivant et autres programmes de protection sociale. La mise au point de ces programmes a posé des problèmes aussi nombreux que complexes. Beaucoup de régimes d'assurance-vieillesse ont commencé comme des régimes par répartition avec une couverture limitée ou se sont orientés rapidement vers cette formule pour pouvoir faire face au coût d'une augmentation du niveau de couverture. Des transformations successives ont permis d'inclure des segments plus larges de la population, d'ajouter d'autres services (par exemple, des programmes de santé et des pensions d'invalidité) et de mettre en oeuvre toute une gamme de méthodes de financement.

L'impulsion nouvelle imprimée à la dynamique politique et la tension croissante résultant de l'augmentation du nombre de bénéficiaires par rapport à celui des cotisants ont stimulé l'adoption d'une série de réformes, notamment :

- ◆ Relèvement de l'âge de la retraite ou définition de conditions plus strictes pour l'octroi des pensions ;
- ◆ Modification du pourcentage des prestations versées selon l'âge d'entrée ;
- ◆ Mise en vigueur d'un examen des ressources pour la partie des régimes ne concernant pas les pensions ;
- ◆ Modification du système d'indexation des prestations garanties (par exemple, sur l'inflation ou sur la croissance du PNB) ;
- ◆ Augmentation du taux de cotisation ou d'imposition ;
- ◆ Imposition des pensions ;
- ◆ Privatisation de parties du programme ;
- ◆ Autorisation de diversifier les investissements réalisés par les fonds d'affectation spéciale existants ;
- ◆ Amélioration de la gestion des dossiers des pensions d'invalidité ;
- ◆ Adoption d'une nouvelle base pour le calcul des pensions (par exemple, augmentation du nombre d'années de rémunération servant au calcul des pensions).

Grâce à ces réformes, entre autres, il a été possible de réduire la tension qui pesait sur les programmes. Le point de savoir si elles continueront à exercer cette action dépendra de leur souplesse et de la mesure dans laquelle elles seront acceptables politiquement. Une gestion avisée a

réussi à atténuer l'impact des pressions démographiques ; toutefois, les prochaines augmentations des populations âgées sont les plus importantes de celles qu'on a connues jusqu'ici. Les responsables, qui sont soumis à des pressions politiques, répugnent à engager des frais lorsque le besoin n'est pas urgent, même si les coûts doivent augmenter sensiblement plus tard. Un échec éventuel ne sera pas imputable aux pressions démographiques ; ce sera un échec politique et économique.

Cependant, les programmes de protection sociale financés par l'Etat sont revus à la baisse dans nombre de pays développés pour des raisons diverses, qu'il s'agisse des contraintes budgétaires nées des déficits publics, du rejet motivé par des raisons philosophiques d'une intervention de l'Etat pour régler des problèmes sociaux ou procéder à une redistribution des revenus au nom de l'équité sociale, ou du souci qu'inspirent les conséquences non voulues d'investissements sociaux.

Parallèlement, dans beaucoup de pays possédant des régimes de protection sociale solides, un fort courant de l'opinion demande avec insistance que l'Etat joue un rôle important pour appuyer ou compléter les initiatives privées⁶⁹.

La mise au point d'un régime

Quel que soit le régime d'assurance-vieillesse adopté, certains principes fondamentaux d'équité et de justice devraient trouver à s'appliquer :

- ◆ Il convient de garantir un niveau minimum de services ;
- ◆ Les coûts liés à la transition devraient être répartis judicieusement entre les bénéficiaires et dans le temps ;
- ◆ La capacité de paiement devrait être une considération importante dans les décisions de financement ;
- ◆ Il convient d'encourager et d'inciter les particuliers, les familles et les institutions de la société civile à jouer un rôle actif dans les domaines où ils possèdent des avantages comparatifs ;
- ◆ Il faut prévoir des garanties adéquates afin de protéger les droits, la dignité et les possibilités des personnes très âgées, notamment les femmes.

La Banque mondiale⁷⁰ a proposé des critères supplémentaires destinés à garantir l'orthodoxie fiscale, notamment :

- ◆ Il faut proposer des incitations et prévoir des conditions qui favorisent le travail et l'épargne, lesquels promeuvent la croissance économique ;
- ◆ Il faut adopter une perspective axée sur le très long terme ;
- ◆ Il faut réduire au minimum les possibilités pour les particuliers et les gouvernants de

manipuler le régime à des fins personnelles et aux frais du contribuable.

D'aucuns soutiennent que l'efficacité économique exige de réduire au minimum le rôle du secteur public dans tout régime d'assurance-vieillesse (ou, en l'espèce, dans tout programme), car ils estiment que des décideurs privés favoriseraient des solutions macro-économiques optimales. D'autres relèvent⁷¹ la nécessité d'une intervention des pouvoirs publics destinée à garantir qu'il soit rendu compte fidèlement de tout ce qui concerne le fonctionnement du régime privé, que le marché des services soit efficace, que l'information fournie soit exacte et complète et que la corruption et autres dysfonctionnements ne soient pas tolérés.

A leur sommet de 1997, les responsables du Groupe des Huit (G-7+1)⁷² ont affirmé la nécessité de mettre en oeuvre des politiques de création d'emplois pour les personnes âgées. Compte tenu de facteurs comme le chômage élevé des jeunes, l'amélioration de la situation financière des populations âgées, le report de la retraite considéré aux fins de la pension, les retraites anticipées que prennent aussi bien les personnes aisées que les autres, l'évolution rapide des qualifications requises et l'insécurité accrue de l'emploi à tout âge, l'analyse des options et la formulation des réponses risquent d'occuper les décideurs pendant un certain temps encore.

Quoi qu'il adienne de ces tendances, il reste que les pays développés ont connu au cours des 50 dernières années une transformation impressionnante de la vie familiale et de la vie de travail. L'allure du changement a été particulièrement frappante dans des pays comme le Japon dont la transition sociale et économique a été des plus rapides.

Les organisations bénévoles

On relève, particulièrement dans les pays développés, l'existence d'une riche infrastructure d'organisations privées et d'institutions collectives qui a contribué à diversifier les réseaux de soutien aux populations âgées. Des organisations bénévoles fournissent à celles-ci toute une série de services à domicile ou au sein de la communauté, qu'il s'agisse de leur apporter des repas, d'assurer leur transport, de les aider à faire leurs courses, de faire le ménage ou de proposer une assistance médicale et paramédicale de base. Les pouvoirs publics subventionnent différents types de centres spécialisés de jour, de dispensaires et autres institutions conçus pour répondre aux besoins des personnes âgées. Les contraintes budgétaires ayant pour effet de réduire les subventions, on fait appel aux organisations bénévoles pour fournir une grande partie de cette assistance.

Cet appel fait au secteur privé se heurte à de nombreuses critiques, notamment de la part de ceux qui font valoir que le véritable rôle des organisations non gouvernementales consiste à combler les lacunes, signaler les problèmes et concevoir des solutions novatrices. Selon eux, les organisations bénévoles et les associations locales ne pourront jamais, compte tenu de ce qu'elles sont, remplacer le savoir-faire et, surtout, les ressources du secteur public.

Quel que soit le régime d'assurance-vieillesse adopté, certains principes fondamentaux d'équité et de justice devraient trouver à s'appliquer.



Dans les pays en développement, où les ressources publiques sont beaucoup plus étriquées, des associations locales, aidées en cela par des ONG internationales, ont encouragé le lancement ou le développement de services et de centres de services fournis à la collectivité, de programmes d'autoassistance et d'entraide et de programmes et projets intergénérationnels. L'expérience a démontré qu'il est possible d'améliorer considérablement les services fournis aux personnes âgées, même dans les campagnes, grâce à des initiatives relativement peu coûteuses appuyées par les collectivités locales.

Lorsque les pouvoirs publics soutiennent activement les initiatives des ONG nationales, ils ne peuvent que renforcer les chances de succès de celles-ci. Ayant pris acte du rapide vieillissement de la population, le Gouvernement singapourien a invité les ONG locales à participer à l'établissement de priorités pour les services locaux et à formuler des propositions en vue de leur réalisation. Elles ont assisté le processus en cours en fournissant des données provenant des services nationaux de la statistique et des registres locaux. Les ONG nationales peuvent également fournir des informations aux décideurs publics concernant les préoccupations de leurs membres et clients. Même si l'infrastructure institutionnelle et les bases de données ne sont pas toujours aussi développées que dans d'autres contextes, les avantages d'une collaboration et d'une information systématiques se trouvent démontrés clairement⁷³.

Les sévices à vieillard

Tout comme l'on considère aujourd'hui la violence familiale comme un problème de santé publique et une question relevant des droits de l'homme, il convient de porter un jugement analogue sur les sévices à vieillard, où qu'ils se produisent. On ne connaît pas l'incidence des sévices délibérés ou de l'abandon dont sont victimes des membres âgés de la famille, la plupart des éléments dont on dispose étant fragmentaires plutôt que systématiques. Dans les pays industrialisés, on se préoccupe davantage des conditions de vie des vieillards pauvres vivant séparés de leur famille ou placés dans des institutions. Beaucoup de pays ont pris des règlements ou renforcé ceux qui existent concernant la qualité des soins fournis aux personnes âgées et améliorent les moyens permettant de contrôler les prestataires de services. En adoptant des politiques plus ouvertes en matière de visites et en faisant appel à des bénévoles locaux pour aider à la prestation de services, on peut faire en sorte que les prestataires de soins s'acquittent mieux de l'obligation redditionnelle.

Beaucoup de codes nationaux reconnaissent officiellement la responsabilité incombant à la famille de veiller sur les vieillards⁷⁴, et certains États contrôlent la façon dont cette responsabilité est assumée. Des études concernant les soins donnés aux personnes âgées indiquent qu'il faut améliorer les garanties permettant de s'assurer que les vieillards bénéficient d'une protection

adéquate. Par exemple, une étude réalisée en 1994-1995 dans des communes colombiennes a mis au jour le fait que beaucoup de personnes âgées se plaignaient d'être victimes d'abandon, de n'être pas protégées par les pouvoirs publics, de ne pas recevoir de soins de santé, de manquer de centres locaux et d'être victimes de la violence familiale. Des rapports provenant du Ghana signalent que des membres de la famille "jettent" les vieillards ou les abandonnent dans des hôpitaux⁷⁵. En Zambie, on signale que les prestataires de soins de la collectivité et des institutions manquent des capacités requises pour travailler avec des personnes âgées et que "les besoins sanitaires, alimentaires, en matière de logement, vestimentaires et religieux des personnes âgées ne sont pas satisfaits de manière adéquate"⁷⁶. Il existe des rapports analogues concernant l'Inde et d'autres pays d'Asie.

Contrôler l'impact des politiques sur les générations

L'allure du changement qui affecte la dimension relative des générations a renforcé les préoccupations que suscitent les incidences fiscales de la politique des pouvoirs publics. Des économistes ont mis au point récemment "une comptabilité des générations" en tant qu'outil technique devant permettre une prise de décisions informée⁷⁷. Au Japon, en Italie, en Norvège et aux Pays-Bas, on travaille à mettre au point un instrument analogue, quand il n'est pas déjà utilisé. L'objectif est de systématiser la planification fiscale à long terme en examinant l'apport que font les différents groupes d'âges aux services conçus pour des personnes d'âges différents et les avantages qu'ils retirent de ces services.

La transparence de la comptabilité des générations et autres méthodes devant permettre un débat informé contribueront à clarifier les choix de société sur les points où les intérêts des générations peuvent différer et faciliteront la mise au point de solutions fondées sur l'interdépendance de base des générations.

Jusqu'ici, il y a eu peu de conflits entre les générations sur les dépenses publiques, même dans les pays développés qui comptent de nombreuses populations vieillissantes⁷⁸.

Des enquêtes réalisées dans des pays développés ont mis en lumière le fait que les personnes âgées ont avant tout le souci de leurs descendants et successeurs lorsqu'ils examinent la politique des pouvoirs publics et les différents comportements familiaux possibles en matière d'obligations entre les générations. Les personnes âgées attendent moins que leurs enfants adultes des subventions et du soutien des pouvoirs publics ou de la contribution de la famille aux soins aux personnes âgées. Les attitudes des gens ne traduisent pas un égoïsme de génération, mais sont inspirées par l'altruisme, tant au sein de la famille qu'au-delà du cercle familial⁷⁹.



UNICEF/92-130/I. Homer

CHAPITRE 4 :

Ajouter des années à la vie, et de la vie aux dernières années

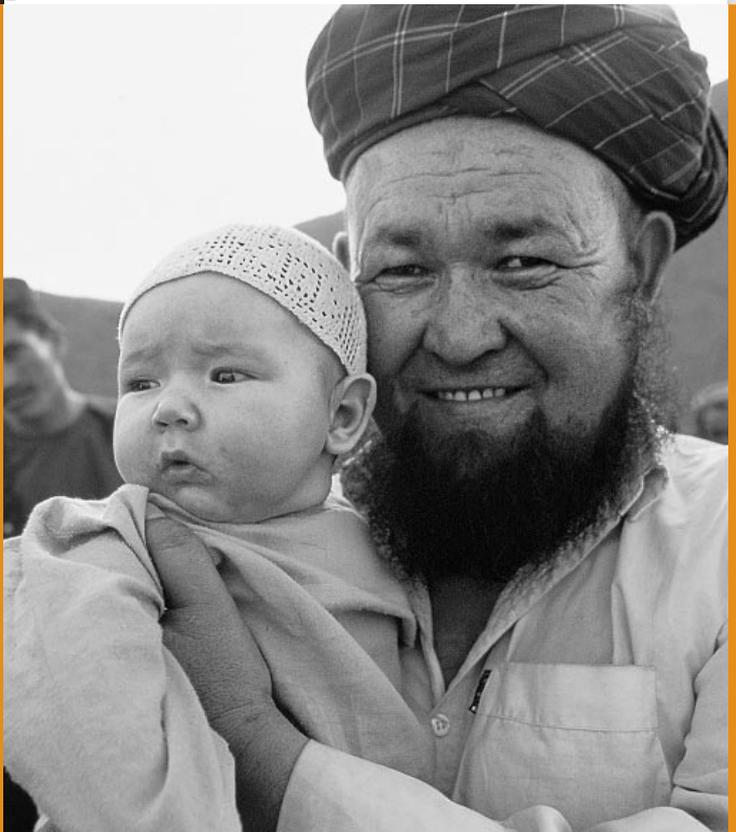
L'espérance de vie augmente, tout comme augmentent les années d'une vie qui peut être saine et fructueuse. Le mot-clef est le mot "saine". A ce jour, bien que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, la politique de santé a souvent trouvé à se fonder sur le postulat erroné qu'à partir de la ménopause, les préoccupations des femmes rejoignent celles des hommes. Les questions de santé examinées dans le présent chapitre le sont spécialement sous l'angle des femmes. Et force est de reconnaître que les problèmes de santé que les femmes rencontrent plus tard dans la vie n'ont pas suffisamment retenu l'attention.



4

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes et connaissent en moyenne plus d'années de maladie sur le tard. La santé des femmes âgées rend compte d'un accès insuffisant aux services de base, aux aliments et à la nutrition pendant toute la vie, et des épreuves des années de maternité – notamment des naissances trop précoces ou trop rapprochées, une nutrition médiocre et l'anémie.

UNICEF/HQ92-1237/Charton



La CIPD à propos du vieillissement et des personnes âgées

Le Programme d'action de la CIPD note (par. 6.16) que le monde connaît "un accroissement sans précédent du nombre et de la proportion de personnes âgées" notamment des personnes très âgées, et un "accroissement régulier du nombre de personnes âgées ... par rapport à la population en âge de travailler".

Le Programme d'action souligne que "la population âgée constitue un élément précieux et important des ressources humaines de toute société" et appelle les gouvernements à :

- ◆ Aider les personnes âgées à jouir d'une plus grande autonomie et d'une meilleure qualité de la vie ;
- ◆ Leur permettre de "travailler et de mener une vie indépendante dans leur propre communauté aussi longtemps qu'elles le peuvent ou le souhaitent", en mettant pleinement à profit leurs compétences ;
- ◆ Reconnaître et encourager la contribution que les personnes âgées apportent à la famille et à la société en faisant du bénévolat et en se rendant utiles à leurs proches ;
- ◆ Améliorer les soins de santé et les politiques sanitaires qui concernent les besoins des personnes âgées (8.7) ;
- ◆ Mettre en place des régimes de sécurité sociale et des systèmes de soutien économique pour les personnes âgées et qui garantissent l'équité et la solidarité tant entre les générations qu'entre les membres d'une même génération, en étant particulièrement attentif aux besoins des femmes ;
- ◆ Encourager les familles où coexistent plusieurs générations et aider les familles à prendre mieux soin des personnes âgées (5.1, 6.18) ;
- ◆ Éliminer toutes les formes de violence et de discrimination contre les personnes âgées ;
- ◆ Sensibiliser l'opinion et encourager les débats portant sur le vieillissement de la population (11.16).

Le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) a amplifié ces recommandations, en mettant l'accent sur le sort des femmes âgées vivant dans la pauvreté (par. 52, 58 et 101).

La santé des femmes

Les femmes vivent en général plus longtemps que les hommes, mais elles doivent s'attendre également à connaître davantage d'années de maladie sur le tard. La santé des femmes, surtout celle des femmes âgées, est étroitement liée à la discrimination et à la pauvreté. Les femmes ont un accès inégal et insuffisant aux services de base, aux aliments et à la nutrition. Dans nombre de familles et de communautés pauvres, les femmes travaillent plus dur que les hommes, mais elles mangent moins.

L'eau polluée affecte davantage la santé des femmes, qui sont plus souvent en contact avec elle, que celle des hommes. D'autres risques écologiques, notamment l'exposition aux pesticides la vie durant et la pollution de l'air dans des cuisines enfumées, compromettent aussi la santé des femmes. Beaucoup de femmes âgées souffrent de problèmes de santé chroniques dus à des années d'abandon et de discrimination, ainsi

qu'aux épreuves traversées pendant les années de maternité (voir plus loin la discussion portant sur les différences sexospécifiques que font apparaître les indicateurs de santé). Les facteurs biologiques qui rendent compte de la plus grande vulnérabilité des femmes à la maladie et à l'invalidité peuvent être renforcés par ce traitement discriminatoire dont elles sont l'objet tout au long de leur vie.

Vieillir en bonne santé pendant tout le cycle de vie

Avec l'allongement de l'espérance de vie, les principales causes de décès et de mauvaise santé se modifient. Les complications de la grossesse et de l'accouchement et les maladies infectieuses de l'enfance ont un impact beaucoup plus marqué dans des sociétés qui connaissent une mortalité élevée. La santé en matière de reproduction et les choix des femmes influent de manière significative sur leurs perspectives de vie et celles de leurs enfants. L'âge de la mère, les soins pendant la grossesse et l'accouchement et l'espacement des naissances ont une influence importante sur la morbidité et la mortalité infantiles et post-infantiles. L'allaitement maternel est bon pour le nourrisson et réduit chez la mère le risque de cancer du sein.

Les problèmes de santé qui apparaîtront plus tard peuvent trouver leur origine dans des circonstances antérieures à la naissance. La malnutrition de la mère pendant sa grossesse et celle du nourrisson après sa naissance créent une prédisposition à un certain nombre de maladies chroniques à l'âge adulte. Le diabète est lié à l'état d'épuisement de l'organisme de la mère pendant la grossesse, qui résulte souvent lui-même de naissances multiples et rapprochées. Une femme présentant une insuffisance pondérale à la naissance et dans ses premières années peut connaître des troubles de développement du fœtus pendant sa propre grossesse, ce qui peut causer des lésions à divers organes fœtaux, les ressources nutritionnelles étant confisquées au profit du développement du cerveau et du cœur. La malnutrition foetale peut créer des risques de maladies cardio-vasculaires, de maladies pulmonaires et de maladies de foie à l'âge adulte¹.

La menstruation modifie profondément le rôle de la femme, l'image qu'elle a d'elle-même et ses perspectives ; elle marque une transition sociale importante dans beaucoup de sociétés. Les pressions sociales risquent de déboucher sur un mariage et une grossesse suivant de près la menstruation, avec tous les risques que cela représente en soi et les implications pour la santé plus tard (voir chapitre 2).

Le report de la première grossesse au-delà de l'adolescence ne présente que des avantages pour la santé. Cependant, les femmes qui ont leur première grossesse passé l'âge de 25 ans courent un risque accru d'avoir plus tard un cancer du sein ou de l'utérus. L'espacement des naissances, surtout dans le cadre d'un système intégré de soins de santé en matière de reproduction, présente des avantages de santé supplémentaires pour les mères et les enfants.

La ménopause, transition biologique et sociale

L'âge moyen de la ménopause est à peu près le même partout dans le monde, c'est-à-dire plus ou moins 50 ans. Mais chaque femme en particulier atteint la fin de ses années de reproduction à un moment différent, compte tenu de son état de santé, de sa condition sociale et de ses antécédents en matière de reproduction. Selon des recherches effectuées par le Programme sur la reproduction humaine de l'OMS, la ménopause survient plus tôt chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, qui fument ou qui ont connu la pauvreté.

La fin des années de reproduction marque un changement important pour les femmes, davantage encore dans les sociétés où leur valeur est jugée en premier lieu à l'aune de leur rôle en matière de reproduction. Dans certaines sociétés, la femme se voit alors proposer de nouvelles possibilités et un nouveau statut au sein de la famille, si elle a de bons antécédents en matière de reproduction, conformément aux normes ; dans d'autres, la transition a pour effet de détériorer davantage encore sa condition sociale. Dans certaines sociétés, les femmes exercent parfois plus de pouvoir dans la famille comme belle-mère ou grand-mère que comme jeune femme, et il leur est permis d'accumuler d'autres ressources. Le fait de se voir revêtues d'une nouvelle autorité les encourage à perpétuer le schéma, donc à s'opposer à l'émancipation des femmes plus jeunes. Dans beaucoup de sociétés, cependant, la maîtrise des ressources et le pouvoir de décision restent limités pendant toute la vie et les femmes âgées risquent de se trouver dans une position de forte subordination.

Les chercheurs s'intéressent de plus près aux effets physiques de la modification des niveaux hormonaux qu'on observe à la ménopause. Au nombre de ces effets, il y a le risque de maladies cardiaques, l'ostéoporose (raréfaction pathologique du tissu osseux) et une accélération des changements qui affectent la peau, les muscles et autres tissus et qui vont de pair avec le vieillissement. Les femmes atteintes d'ostéoporose sont plus sujettes à une fracture des os ; dans 80 % des cas, ce sont les femmes qui sont victimes des fractures de la hanche qui surviennent chez les personnes âgées. Les risques d'infections de l'appareil reproducteur augmentent, du fait de la déshydratation et de l'amincissement des parois vaginales. Au nombre des changements psychologiques, il y a une perte de l'appétit et du plaisir sexuels, de brusques sautes d'humeur et la dépression, phénomènes qui peuvent aussi être influencés par une modification de l'identité sociale et de l'image de soi-même.

Dans les pays industrialisés, la plupart des femmes atteignent la ménopause généralement en bonne santé. Elles y recourent de plus en plus au traitement hormonal substitutif pour atténuer la malaise qu'elles ressentent et réduire les risques ultérieurs de santé, ainsi que pour rétablir la pulsion et le plaisir sexuels². L'arbitrage à établir entre la réduction des risques à long terme de maladies cardiaques et d'ostéoporose et une légère augmentation des risques de cancer du sein ou de l'endomètre fait l'objet d'un débat animé. Il convient d'examiner l'efficacité d'autres change-

ments à apporter en ce qui concerne l'alimentation, la nutrition ou les activités. Certains s'opposent à cette thérapie en raison de l'ambivalence concernant le plaisir sexuel de la femme, une fois passées les années de reproduction (sinon plus tôt). Un débat public plus ouvert et mieux informé doit permettre de dissiper certains mythes concernant la sexualité féminine. Des études longitudinales portant sur le long terme devraient finir par aider à clarifier les risques de santé et les avantages que comportent les différentes méthodes.

Dans de nombreux pays, les prestataires de soins de santé n'assignent absolument aucune priorité à la ménopause en tant que problème de santé en matière de reproduction, mais cette attitude est en train de changer. Certains pays en développement, comme le Chili, ont déjà lancé des programmes en vue d'intégrer l'information et les services relatifs à la ménopause dans leurs systèmes de santé. A mesure qu'augmenteront les populations âgées, cette question devrait retenir davantage l'attention.

Certaines études ont découvert l'existence d'un lien entre une maternité et un début de ménopause tardifs, d'une part, et la longévité, d'autre part. Cette relation apparente n'est probablement pas de nature causale et est sans doute fautive : les femmes qui vieillissent plus lentement que les autres demeurent plus longtemps fertiles. Nombre d'autres études indiquent que des grossesses tardives risquent de compromettre la santé de la femme³.

Vivre plus longtemps en bonne santé

Il n'existe généralement pas d'études concernant la durée de l'espérance de vie en bonne santé pour ce qui est de la plupart des pays en développement. Les données préliminaires fournies par un nombre croissant de pays permettent d'extrapoler certaines conclusions provisoires en ce qui concerne la situation actuelle et les tendances. Dans la plupart des pays, les femmes vivent plus longtemps que les hommes et les écarts en matière d'espérance de vie dans les vieux jours sont également importants. Après 65 ans, cependant, les femmes peuvent s'attendre à vivre moins longtemps en bonne santé que les hommes⁴.

Une vie plus longue ne signifie pas nécessairement davantage d'années d'inactivité, de diminution des capacités ou d'invalidité. A l'allongement de l'espérance de vie a correspondu une augmentation du nombre d'années de vie saine et active. Dans les pays développés (pour lesquels on dispose de données plus précises), cette augmentation a été impressionnante, même sur une courte période de temps. Des maladies chroniques comme l'arthrite sont susceptibles d'augmenter avec l'âge, mais elles n'entraînent pas nécessairement une diminution des activités normales ou une incapacité.

Des recherches récentes donnent à penser que l'incapacité chronique a diminué ces dernières années dans les pays développés. Les enquêtes nationales sur les soins à long terme réalisées aux Etats-Unis⁵ ont examiné les taux d'invalidité (voir encadré) chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Ces enquêtes révèlent les changements



4

importants survenus en matière d'invalidité au cours des 15 dernières années. Quatre séries de données (1982, 1984, 1989 et 1994) ont été déjà collectées et analysées. Le taux d'invalidité a diminué de 1,3 % *par an* de 1982 à 1994⁶.

Cette diminution des taux d'invalidité a réduit de 1,2 million le nombre de cas d'invalidité attendus chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Pareillement, au Canada on estimait en 1978 que 40 % des personnes âgées de plus de 65 ans présentaient des incapacités fonctionnelles ; en 1991, ce pourcentage n'était plus que de 25 %. En France, l'espérance de vie sans invalidité s'est allongée de 1,3 an chez les hommes et de 2,3 ans chez les femmes de 1981 à 1991. L'allongement de l'espérance de vie sans invalidité chez les femmes a été supérieure à l'allongement total de l'espérance de vie (1,8 an) au cours de cette période. De telles différences peuvent se traduire à long terme par une réduction très importante du nombre de personnes âgées atteintes d'infirmités et permettre de réaliser des économies substantielles sur les dépenses de soins de santé à long terme. Elles peuvent aussi améliorer les perspectives d'une vie plus longue et plus agréable.

Diverses infirmités augmentent avec l'âge, mais ne sont pas l'effet de l'âge. L'âge aidant, l'invalidité est certes une préoccupation toujours plus présente, mais il ne faudrait pas qu'elle masque les grands enjeux. La prévention ou une correction précoce des conditions susceptibles

d'entraîner plus tard une incapacité ne manqueront pas d'améliorer les perspectives globales de santé, de vie et de satisfaction.

La vieillesse s'accompagne de changements affectant la tonicité de la peau, le tonus musculaire et l'intégrité du tissu conjonctif, ainsi que de maladies inflammatoires, de la raréfaction du tissu osseux et, corrélativement, de signes visibles de vieillissement. Toutefois, grâce aux améliorations qui permettent aux gens de vieillir en bonne santé, ces changements et signes apparaissent de plus en plus tard. Un cinquantenaire peint par un artiste de la Renaissance européenne ressemble davantage à un septuagénaire d'aujourd'hui. Dans beaucoup de pays en développement, la même évolution commence à apparaître.

Des chercheurs ont établi des courbes de performance qui renseignent sur une vaste gamme de problèmes de santé. La plupart des personnes âgées conservent leur vivacité d'esprit pendant de très longues années. La diminution de la mémoire à court terme (par exemple, celle de noms et d'informations entendus récemment) et une certaine perte de mémoire s'observent plus couramment chez les personnes de la cinquantaine ou de la soixantaine, mais il s'agit généralement de phénomènes qui se produisent très graduellement et qui peuvent souvent être combattus par l'exercice mental. La vigueur et la dextérité physiques diminuent souvent plus tôt et plus rapidement que les facultés mentales, bien qu'à un rythme différent, et il est probable que cette diminution se produit plus lentement chez les populations vivant en bonne santé et plus longtemps. Ici aussi, l'exercice joue un rôle important. En revanche, le manque de confiance et une anxiété croissante peuvent accélérer les effets du vieillissement.

La perte des facultés mentales chez les vieillards est causée par divers facteurs, comme les séquelles d'une attaque d'apoplexie et autres troubles cardio-pulmonaires, ainsi que la progression de la maladie d'Alzheimer. L'incidence de cette perte est pratiquement identique dans un grand nombre de contextes divers ; elle augmente d'environ 3 % chez les personnes âgées de 60 à 65 ans et de près de 30 % à partir de 80 ans⁷.

Les changements considérables apparus récemment dans l'espérance de vie en bonne santé peuvent être attribués à l'amélioration de la qualité de la vie dans son ensemble : meilleur accès à l'eau salubre, meilleur assainissement et nutrition plus adéquate. Un nombre plus élevé de personnes ont accès aux services de santé et à l'éducation. Il y a eu une amélioration des techniques et services médicaux et des médicaments. On discute beaucoup du point de savoir quelle est la contribution des différents facteurs⁸, même dans les régions développées où la longévité n'est plus un phénomène nouveau.

Le fardeau cumulatif des maladies contractées à l'âge adulte affecte la santé d'un individu dans ses vieux jours. Un facteur qui est assurément important pour les pays en développement d'aujourd'hui, c'est le fait récemment démontré que la bonne santé pendant l'enfance améliore la santé de l'adulte⁹.

Outre les déficits nutritionnels, l'impact des maladies infectieuses, les risques propres à l'en-

ENCADRÉ 21

Invalidité : un même instrument de mesure dans des cultures différentes ?

Des chercheurs ont mis au point dans des pays développés des instruments permettant de mesurer à quel degré les personnes âgées perdent leur capacité de mener une vie indépendante et productive du fait du vieillissement, de la maladie ou d'autres changements médicaux, sociaux ou économiques. Deux instruments ont été largement utilisés et adaptés à des études portant sur des cultures différentes. Le premier instrument consiste dans des bulletins établis par l'intéressé lui-même sur lesquels il note sa capacité de contrôler des activités de base de la vie quotidienne. Le second instrument concerne des bulletins établis par l'intéressé lui-même sur lesquels il note la performance d'activités qui aident à gérer la vie quotidienne comme la préparation des repas, la gestion de l'argent, la collecte ou l'achat de ce qui est nécessaire à la satisfaction des besoins quotidiens et l'utilisation des moyens de transport.

Les tâches journalières diffèrent en fonction de l'infrastructure et du niveau de développement de la société où l'on vit. Aller chercher de l'eau ou du combustible peut être un élément important de la vie quotidienne, mais on comprend facilement qu'il ne figure pas dans les enquêtes réalisées dans des pays qui disposent en abondance d'eau, de gaz et d'électricité. Pareillement, des rampes d'accès, un dispositif permettant d'élever un fauteuil, la conception de meubles et d'ustensiles spécialement étudiés, des systèmes d'éclairage, des prothèses médicales et de meilleures habitudes sanitaires élargiront la gamme d'activités de personnes dont le degré d'invalidité physique est identique. Une certaine normalisation devant permettre des comparaisons internationales contribuera beaucoup à améliorer la compréhension et la capacité de concevoir des interventions appropriées pour aider les individus et les familles à faire face au vieillissement.

fance et les risques écologiques, il y a les conséquences à long terme des infections congénitales et périnatales causées par des maladies sexuellement transmissibles. Par exemple, la syphilis est un facteur de cécité, de paralysie et de maladies osseuses, et la blennorrhée peut entraîner la cécité. Au nombre des facteurs qui apparaissent pendant les années de reproduction, le virus du papillome humain, une maladie sexuellement transmissible, a été désigné comme pouvant causer le cancer du col de l'utérus¹⁰.

Parmi les grandes maladies qui contribuent à la morbidité et à la mortalité précoces évitables dans la vieillesse, il y a les maladies cardio-vasculaires (notamment les attaques d'apoplexie et les crises cardiaques), l'ostéoporose et les maladies malignes. On peut réduire les risques en suivant un régime nutritionnel et en adoptant un régime à faible teneur en matières grasses, en faisant de l'exercice, en évitant le tabac, l'alcool et les drogues qui entraînent une accoutumance et en s'exposant le moins possible à des risques écologiques. L'incidence du cancer du sein et du poumon, ainsi que des attaques d'apoplexie évolue positivement dans les pays développés, mais les tendances sont mitigées dans les pays en développement¹¹.

Prolonger la vie

Les scientifiques ne sont pas unanimes dans leurs projections de l'espérance de vie au-delà des niveaux que connaissent les pays industriels actuels. Les projections à long terme de l'Organisation des Nations Unies¹² portent l'espérance de vie maximum à 87,5 ans pour les hommes et à 92,5 ans pour les femmes en Amérique du Nord, en Europe et en Océanie, mais pas avant 2150. En dehors de ces régions, les projections à long terme laissent entrevoir une espérance de vie de près de 82 ans pour les hommes et de plus de 86 ans pour les femmes, soit 21 à 22 ans de plus que le niveau actuel. Mais ces projections supposent une amélioration continue et durable des conditions de vie.

Certains optimistes sont convaincus qu'il est possible de porter l'espérance de vie à 150 ans et plus. La durée de vie des souris a été accrue de plus d'un tiers en réduisant de 20 % ou moins leur ration calorique normale grâce à un régime alimentaire adéquat. Préférant se fixer sur certains facteurs spécifiques plutôt que sur la quantité d'aliments, des chercheurs ont découvert que des régimes alimentaires pauvres en graisses animales saturées et riches en légumes, fruits et céréales peuvent prolonger l'espérance de vie en bonne santé en réduisant les risques de décès dus à l'hypertension, à une crise cardiaque ou à certains cancers¹³. Certains médicaments et les vitamines E et C réduisent le nombre de radicaux libres dans le sang. Ces composés sont générés par le métabolisme normal et leur accumulation est censée jouer un rôle important dans les modifications cellulaires associées au vieillissement. D'autres optimistes font état d'une recherche fondamentale menée sur le processus du vieillissement des cellules, selon laquelle une manipulation pharmacologique des enzymes ou des interventions génétiques directes pourraient ralentir ou inverser les effets du vieillissement.

Longévité et reproduction : des perspectives évolutionnistes

Le paradigme dominant de la pensée biologique reconnaît l'évolution adaptative (ponctué périodiquement par de rapides changements environnementaux ou biologiques) comme étant le principal mécanisme qui détermine la forme et la fonction des organismes au fil du temps, y compris les personnes¹⁴. Si le principal déterminant de l'avantage évolutionniste est le succès en matière de reproduction, il ne devrait y avoir guère de raison apparente de prolonger la vie bien au-delà des années de reproduction.

Toutefois, le succès en matière de reproduction est lié non seulement à la mise au monde d'enfants, mais également à leur survie. On peut penser qu'une vie active au-delà des années de reproduction permet d'apporter un soutien aux enfants de sa propre progéniture. Ce soutien peut assurer la survie des descendants et permettre aux propres enfants plus de liberté pour l'exploration et le développement. Les grands-parents et la famille multigénérationnelle sont peut-être une technique évolutionniste proprement humaine.

Dans les pays qui possèdent les capacités biomédicales les plus avancées, les recherches menées dans cette voie et dans d'autres voies trouveront un financement, à mesure que les populations vieilliront. Comme dans les autres domaines de la médecine, le défi consistera à étendre le champ de la recherche aux pays et populations pauvres.

Les pessimistes sont convaincus qu'il est des limites inhérentes à la vie inscrites dans notre patrimoine génétique. Certains théoriciens considèrent qu'il y a une limite au nombre de fois que les cellules peuvent se diviser sans dommage ou sans perte d'informations génétiques (il faut cependant noter que des recherches récentes ont démontré que ce nombre peut être beaucoup plus élevé qu'on ne le croyait précédemment). D'autres théoriciens ne voient aucun avantage de nature évolutionniste à prolonger la vie au-delà des années de reproduction (voir encadré). Selon eux, toutes les traditions culturelles ont reconnu l'existence d'étapes dans la durée de vie et accepté l'existence de limites "naturelles" à la longévité. Il y a partout des centaines, mais partout on les considère comme des cas exceptionnels. Les pessimistes s'empressent de signaler que, si certains régimes alimentaires peuvent offrir une protection contre certains risques de santé, les régimes qui promettent la longévité, voire l'immortalité n'existent que dans l'imagination.

Ils soulignent aussi que les bouleversements sociaux, les maladies qui apparaissent, la résistance aux médicaments ou une catastrophe écologique pourraient aboutir à inverser la tendance à l'allongement de la durée de vie. L'impact démographique du sida en Afrique subsaharienne et l'augmentation de la mortalité dans la Fédération de Russie montrent que des tendances généralement positives peuvent s'inverser au moins à court terme.

Quelles que soient les conclusions de découvertes nouvelles concernant les limites de la longévité, les implications de tout progrès dans le domaine de l'espérance de vie et de la santé seront

Les Nations Unies et le vieillissement

En 1982, l'Assemblée mondiale sur le vieillissement a adopté le Programme d'action international sur le vieillissement¹⁵. Ce plan esquisait les défis et les chances de développement que représentent le nombre et la proportion croissants de personnes âgées. Les recommandations concernaient :

- ◆ La santé et la nutrition – en mettant l'accent sur la prévention des maladies et invalidités ;
- ◆ La participation sociale – en encourageant la promotion du bénévolat, du travail à temps partiel et de l'entraide entre les personnes âgées, en particulier les femmes, et en dépassant les stéréotypes négatifs et autres obstacles ;
- ◆ La sécurité économique – en se prononçant pour une sécurité sociale, des prestations en nature, des emplois et l'assistance directe aux familles, selon que de besoin ;
- ◆ Le logement, l'environnement, la protection des consommateurs, la recherche et l'éducation.

En 1991, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une série de principes¹⁶ qui pose, entre autres choses, que les personnes âgées devraient :

- ◆ Avoir accès dans des conditions appropriées aux aliments, à l'eau, au logement, à l'habillement, aux services sociaux et juridiques et aux soins de santé, par le biais de l'acquisition de revenus, du soutien de la famille et de la communauté, et de l'auto-assistance ;
- ◆ Avoir la possibilité de travailler et de se former, et participer à la décision concernant le moment et les modalités de la mise à la retraite ;
- ◆ Vivre dans un environnement qui soit sain et puisse s'adapter à l'évolution des capacités ;
- ◆ Contribuer à la formulation et à l'application des politiques qui concernent leur bien-être, partager leur savoir avec les jeunes générations, pouvoir s'adonner à des activités bénévoles en rapport avec leurs compétences et leurs centres d'intérêt et créer des associations ;
- ◆ Avoir accès à des soins en institution appropriés et, si elles résident dans un établissement de soins quel qu'il soit, être assurées qu'on respectera leur dignité, leurs convictions, leur intimité et leur droit de prendre des décisions concernant les soins ;
- ◆ Vivre une vie digne et sûre, en étant à l'abri de l'exploitation et de mauvais traitements physiques ou psychologiques, et être traitées de manière équitable sans égard à l'âge, au sexe, à la race ou à l'origine ethnique, à l'état physique ou à la condition économique.

L'Année internationale des personnes âgées en 1999 doit promouvoir ces principes. Elle aura pour thème "Vers une société pour tous les âges". Les organes des Nations Unies et des organisations bénévoles organiseront des réunions de travail d'experts et des réunions publiques afin d'encourager l'intégration des âges et de lutter contre l'exclusion sociale¹⁷. Le 1er octobre 1999, l'Organisation mondiale de la santé, des gouvernements et des ONG organiseront des marches intergénérationnelles à Oakland, Sydney, Tokyo, Shanghai, Bangkok, Genève, Londres, Rio, New York et Vancouver pour souligner que les personnes âgées peuvent, par le biais de modes de vie sains, continuer à mener une vie active comme tout le monde à tout âge.

En outre, l'Assemblée générale a adopté huit Objectifs globaux concernant le vieillissement pour l'an 2001¹⁸ visant à promouvoir à l'échelle mondiale une société intégrant les âges qui encourage les talents et la participation des personnes âgées tout en répondant à leurs besoins de santé¹⁹.

définies par les ajustements sociaux qui en résulteront. La durée et la signification d'espérances de vie différentes seront appréhendées autrement.

Petit à petit les pays en développement se familiarisent avec la méthode des enquêtes sur une grande échelle destinées à suivre les tendances dans le domaine de l'espérance de vie en bonne santé. Le succès dépendra des capacités des services d'analyse statistique et de la priorité accordée aux populations âgées.

Ce que signifie un monde plus âgé

Les changements survenant dans la structure par âge auront des répercussions sur les systèmes médicaux dans une grande partie du monde. Beaucoup de pays en développement pauvres se retrouveront avec de plus en plus de personnes âgées, alors qu'ils sont encore en train de livrer combat pour protéger la santé des groupes d'âges jeunes. Pour éviter une incidence élevée de la mauvaise santé chez les personnes âgées à l'avenir, ces pays doivent dès à présent améliorer l'information sanitaire et nutritionnelle ainsi que l'accès aux services de santé de base, y compris la santé en matière de reproduction, pour tous les groupes d'âges.

Les besoins de santé des populations âgées contraindront les décideurs à établir un arbitrage entre les coûts et avantages relatifs des interventions en faveur des différents groupes de population²⁰ et à justifier leurs décisions à cet égard. Ils devront pouvoir mieux appréhender la contribution que font au bien-être général les services qui améliorent la santé aux différents âges, et spécialement la santé des vieillards.

Le fardeau de la maladie et les causes de mortalité se reporteront sur les groupes d'âges plus âgés au cours des prochaines décennies du fait des changements qui interviennent dans la structure par sexe et par âge de la population, des changements généraux qu'on observe dans les niveaux de mortalité et de morbidité tout au long du cycle de vie et des changements concernant la répartition des décès par âge et par sexe²¹.

La mortalité due aux maladies infectieuses, en particulier celles de l'enfance, ne cessera de diminuer, à condition que les pays et la communauté internationale ne relâchent pas leur effort pour éliminer ces maladies. Les décès dus à des cancers, qui surviennent chez les personnes plus âgées, devraient augmenter dans toutes les régions, quoiqu'à un rythme moins rapide dans les pays à économie en transition où ils représentent déjà une bonne partie des taux observés dans les pays avancés, et en Afrique subsaharienne où les populations sont plus jeunes. En Asie, les décès dus aux cancers devraient être plus nombreux que les décès dus à des maladies infectieuses à partir de 2015 environ. Les changements observés dans la répartition par âge des décès (voir chapitre premier) et dans les causes de décès comprennent la transition épidémiologique qui est en cours partout dans le monde quoiqu'à des rythmes différents.

Les taux de mortalité due aux maladies circulatoires devraient augmenter dans l'ensemble. L'augmentation devrait être faible dans les Etats arabes et diminuer lentement en Afrique subsa-

harienne. Elle devrait continuer dans les pays développés²².

Comme indiqué plus haut, les tendances projetées dans le domaine des taux de mortalité comportent plusieurs éléments. Environ deux tiers de la diminution des décès dus à des maladies infectieuses dans les pays en développement seraient imputables à la lutte menée contre l'infection, contre moins de 18 % aux changements qui surviennent dans la structure par âge. En revanche, les décès dus à des troubles circulatoires devraient augmenter et passer de moins de 19 % à plus de 35 % de l'ensemble des décès. Près d'un tiers de cette augmentation résultera de changements dans la structure par âge et environ 45 % de l'augmentation du pourcentage de décès imputables à cette cause dans chaque groupe d'âges, à mesure qu'un nombre plus élevé de personnes adoptent des habitudes comme le tabagisme et certains régimes alimentaires qui augmentent les risques.

L'évolution de la structure de la population contribuera à un déplacement des maladies infectieuses vers les maladies non transmissibles et chroniques, mais cela ne justifie pas une réorientation fondamentale des services de santé financés à l'aide de fonds publics, surtout dans les pays en développement. Dans tous les groupes d'âges, les personnes pauvres et qui ne jouissent pas d'une bonne santé souffrent davantage de maladies infectieuses ; elles ont aussi besoin de conseils, d'informations et de soins préventifs pour éviter de souffrir plus tard de maladies dégénératives et autres maladies.

Il importe de ne pas perdre de vue qu'il est urgent d'améliorer les services destinés à ces groupes, lesquels comportent un nombre disproportionné de femmes et de ruraux, ainsi que de personnes âgées. Les investissements consentis pour traiter les maladies qui affectent les personnes âgées bénéficient de façon disproportionnée aux segments de la population qui sont les plus prospères et jouissent de la meilleure santé. Le but recherché en définitive est de réduire les disparités de santé et d'assurer à tous des soins de santé de qualité.

Surveiller l'état de santé tout au long du cycle de vie

On a mis au point une batterie d'indicateurs permettant de suivre la santé et le bien-être des gens tout au long du cycle de vie. À des conceptions différentes de la "santé" répondent des méthodes de mesure différentes²³.

La notion générale d'espérance de vie est adaptée pour indiquer l'espérance (objective ou subjective) de vie en bonne santé. Les responsables de la planification sanitaire se servent aussi de mesures très particulières pour projeter les besoins de services liés à l'absence de maladies spécifiques (par exemple, l'espérance d'une vie exempte d'ostéoporose), d'invalidités, de handicaps ou de déficiences (par exemple, l'espérance d'une vie exempte de démence). L'auto-évaluation par les patients de leur santé aux différents âges peut être un bon indicateur de leurs perspectives d'une vie saine et active, même en l'absence d'informations cliniques.

Des rapports d'auto-évaluation négatifs peuvent amener les décideurs à s'intéresser à des sous-groupes négligés et aux conditions de santé et de vie sous-jacentes.

Sexospécificité et indicateurs de santé

Les besoins de santé des femmes, mis à part ceux qui concernent la santé en matière de reproduction, se sont vu souvent attribuer un rang de priorité moins élevé que ceux des hommes, surtout dans les sociétés des pays en développement. Pareillement, on trouve rarement des statistiques de santé ventilées par sexe pour les personnes âgées, les besoins de santé des personnes âgées étant censés se rejoindre en quelque sorte après la ménopause²⁴.

La susceptibilité biologique à différentes conditions n'est pas la même pour les deux sexes. En observant les différences en matière d'incidence, on peut mieux orienter les efforts de prévention. Des indicateurs ventilés par sexe, tenant compte de différences entre les sexes et sexospécifiques dans les domaines de la santé qui ne concernent pas la reproduction²⁵ permettraient de mieux comprendre dans une perspective sexospécifique les schémas de santé, les modes de vie, les maladies professionnelles, les variations en fonction de l'appartenance ethnique, sociale ou géographique, et la disponibilité des soins de santé.

Il faudrait également mettre au point des indicateurs sexospécifiques pour suivre d'autres domaines, comme l'accès à l'éducation et à la formation, le crédit et l'emploi. Pareilles mesures traduiraient l'évolution des chances tout au long du cycle de vie et des situations sociales au fil du temps.

Voici quelques questions importantes qui concernent la santé des femmes âgées :

- ◆ Les femmes qui ont dépassé l'âge de la reproduction ont généralement des contacts moins réguliers avec les services de santé²⁶ dans beaucoup de pays. Cela risque de retarder sérieusement la détection de maladies comme le cancer du sein ou le cancer du col de l'utérus.
- ◆ On connaît mal les mesures sexospécifiques et les types de soins de santé utilisés en matière de santé mentale et d'infirmités physiques des femmes âgées. La prestation de services aux femmes âgées souffrant de maladies mentales (en particulier la dépression et la démence) doit retenir l'attention.
- ◆ La prévention des maladies invalidantes chroniques dont souffrent les femmes âgées, comme l'arthrite, l'ostéoporose ou l'incontinence, devrait être axée sur les groupes d'âges plus jeunes, à mesure que l'on connaît mieux les causes, les signes précurseurs et les populations à risque.
- ◆ L'encouragement de comportements sains, y compris la prévention du tabagisme et de la toxicomanie, souvent dès l'adolescence, et la pratique régulière de l'exercice pourraient réduire considérablement les risques de morbidité et de mortalité à tous les âges.

Il y a peu de statistiques concernant la santé des femmes âgées.



- ◆ L'espérance de vie des femmes s'est allongée²⁷, mais la morbidité et le statut social subalterne qui est leur lot pendant toute la vie compromettent la santé des femmes âgées²⁸. Il est nécessaire de disposer de données concernant la santé des femmes travaillant dans des conditions dangereuses, spécialement dans le secteur non structuré de l'économie, la violence familiale, le volume de travail ménager et les problèmes d'image corporelle qui favorisent la morbidité. Par exemple, la perte de poids chez les femmes âgées en Papouasie-Nouvelle-Guinée est considérée comme "normale"²⁹ et la maigreur est perçue comme esthétiquement plaisante chez les personnes âgées³⁰. Pareillement, des études réalisées en Egypte ont montré que beaucoup de pathologies liées à la santé en matière de reproduction sont perçues comme "normales"³¹. Dans d'autres sociétés, l'obésité est considérée comme plaisante, bien qu'elle accroisse considérablement les risques de santé.

Diverses circonstances et conditions ayant trait à la santé des femmes en matière de reproduction ont des implications pour les vieux jours³² :

- ◆ L'anémie est un facteur qui contribue à plus de 20 % des décès maternels post-partum en Asie.
- ◆ Soixante pour cent des femmes en âge d'avoir des enfants en Asie du Sud souffrent d'insuffisance pondérale, leur croissance ayant été retardée par une nutrition inadéquate pendant leur enfance. En Asie du Sud-Est, 45 % des femmes souffrent d'insuffisance pondérale. Ces femmes sont plus sujettes à un travail entravé.
- ◆ En améliorant la ration de vitamine A des femmes enceintes qui n'en prennent pas beaucoup, on réduit la morbidité et la mortalité maternelles. Lors d'une expérience menée récemment au Népal, il est apparu qu'un apport de vitamine A faiblement dosée réduisait de 44 % la mortalité maternelle.
- ◆ La carence en zinc, qui est fréquente chez les femmes dans les pays en développement, va de pair avec un travail entravé, qui accroît le risque de décès, et avec l'arriération mentale.
- ◆ La carence en iode accroît le risque de mortinatalité et de fausses couches. Dans les régions où cette carence est élevée, il peut y avoir un taux accru de morbidité et de mortalité maternelles du fait d'un hypothyroïdisme prononcé. Les autres avantages que présentent sur le plan de la santé des programmes de distribution d'iode font l'objet de recherches actives.
- ◆ La carence en folate, qui provoque des malformations congénitales du tube neural lorsqu'elle intervient pendant le premier mois de la grossesse, peut constituer un risque de morbidité et de mortalité maternelles et accroît le risque d'insuffisance pondérale à la naissance.
- ◆ Des maladies dégénératives chroniques, comme les maladies de coeur, peuvent être associées à la pauvreté, en particulier dans la vie antérieure et pendant le développement du fœtus, et à l'exposition à des substances nocives. Les enfants atteints d'insuffisance pondérale à la naissance qui ne naissent pas prématurément présentent plus tard une incidence de l'hypertension plus élevée que ceux qui ont un poids normal à la naissance. L'insuffisance pondérale à la naissance a été également corrélée avec l'intolérance au glucose pendant l'enfance et le diabète plus tard dans la vie³³.

Des études longitudinales devraient donner des informations détaillées sur les conditions, contraintes, besoins et expériences en matière de santé des femmes à mesure qu'elles vieillissent.

Elles devraient également mettre en lumière l'efficacité d'un changement de mode de vie et d'autres mesures préventives.

On demande des données pour les études sur le vieillissement

Pour comprendre les effets du vieillissement sur les individus et les sociétés dans lesquelles ils vivent, il faut réaliser des recherches portant sur différents domaines et relevant de différentes disciplines, allant de la médecine à l'économie, et étudier de près les relations qui existent entre les uns et les autres. Plusieurs programmes ambitieux de recherche sont en cours dans des pays développés et, de plus en plus, dans des pays en développement, les plus intéressants de ces programmes portant sur des études multidisciplinaires et longitudinales.

La dynamique des relations dans les familles est un élément important de cette recherche. En vue de cette recherche, des dossiers techniques ont été établis concernant la situation économique et sociale des personnes âgées, les échanges et les interactions au sein des familles et entre celles-ci, la qualité de la vie et la santé, la préparation à la retraite et l'adaptation, et l'impact du veuvage et autres dimensions de l'expérience sociale.

Désormais, les enquêtes sur la santé en matière de reproduction interrogent les deux conjoints et ont entrepris de tenir compte du contexte social dans lequel se situent les comportements en matière de reproduction. De la même façon, et davantage que dans d'autres domaines de la recherche relevant des sciences sociales, on commence à apprécier toujours davantage les informations collectées au fil du temps auprès d'un certain nombre de membres de réseaux sociaux (y compris les familles). Les recherches effectuées pour découvrir ce qui détermine la santé, l'activité et le bien-être dans la vieillesse pourraient déboucher sur des interventions appropriées.

Parmi les nombreux et importants programmes de recherche en matière de sciences sociales, on détachera les suivants : REVES (réseau international de recherche pour l'interprétation des valeurs observées qui influent sur l'espérance de vie en bonne santé) ; Groupe socio-économique allemand ; Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) ; Longitudinal Study of Ageing (LSOA) and Supplements on Ageing (SOA I & SOA II) ; National Long Term Care Survey (NLTC) ; Luxembourg Income Study (LIS) ; Health and Retirement Study (HRS) ; Panel Study of Income Dynamics (PSID) ; Changement démographique rapide et bien-être des personnes âgées.

De telles recherches sont coûteuses et leur coût est accru par la mobilité des personnes interrogées. Les décideurs devraient être extrêmement attentifs à la nécessité d'assigner un rang de priorité aux différentes questions à examiner, de manière à garantir que les dossiers et les données de l'enquête soient bien ciblés et conformes à la politique arrêtée. Il faut veiller à instaurer un équilibre entre l'attention portée à des groupes cibles hautement prioritaires (les pauvres, les femmes et les ruraux) et une compréhension plus générale de la société globale.

Des études plus nombreuses et plus vastes ayant trait aux populations âgées sont réalisées dans des pays en développement. Une compilation des études réalisées au début des années 90 a recensé toute une gamme d'études, dont quelques-unes seulement portaient sur un seul sujet³⁴.

Le FNUAP soutient la recherche orientée vers l'action et la diffusion d'informations dans le domaine du vieillissement. Il a contribué au financement de la compilation et de la diffusion de microdonnées de recensement en Europe (y compris en Europe orientale). Il a donné un soutien interrégional à l'Institut international sur le vieillissement qui contribue à répondre aux besoins de formation des pays en développement et fait office de passerelle entre les pays développés et les pays en développement en encourageant la coopération technique et l'échange de compétences et en fournissant des services consultatifs.



Gerard & Margi Moss/Still Pictures

CHAPITRE 5 :

Maximiser les gains :

RESSOURCES AU PROFIT DES GÉNÉRATIONS NOUVELLES

Au vu de la dimension appréciable des populations d'adolescents et de personnes âgées et de leur accroissement rapide, des investissements considérables doivent être consentis :

- ◆ En ce qui concerne les jeunes, dans les soins de santé, y compris l'information et les services dans le domaine de la santé en matière de reproduction, l'éducation et la préparation à l'emploi ;
- ◆ Pour les personnes âgées, dans l'aide sociale et financière, les soins de santé, le recyclage et l'éducation destinés à maximiser les avantages d'une vie productive et épanouissante ;
- ◆ Par les adultes, pour satisfaire les besoins des jeunes, aider les personnes âgées, améliorer leur propre santé et leurs compétences, se préparer à une vieillesse saine, active et sûre et renforcer la capacité de leurs collectivités de satisfaire les besoins sociaux.



5

L'accroissement rapide des populations d'adolescents et de vieux appelle des investissements considérables : soins de santé, y compris information et services dans le domaine de la santé en matière de reproduction, éducation et formation professionnelle pour les jeunes ; soutien social et financier pour les vieux. Ces investissements favoriseront considérablement la santé et les droits de l'homme et permettront aux hommes et aux femmes de contribuer pleinement au développement.

Jorgen Schytte/Still Pictures



Prendre conscience des potentialités des jeunes

Concrètement, ces investissements doivent permettre de réaliser les objectifs suivants :

- ◆ Eviter les grossesses non souhaitées et leurs séquelles, en particulier pour la santé des femmes et leurs possibilités ;
- ◆ Réduire le recours à l'avortement et les conséquences de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ;
- ◆ Réduire le nombre d'enfants non souhaités ;
- ◆ Renforcer les systèmes de soins de santé préventifs et primaires et améliorer la santé publique ;
- ◆ Enrayer la propagation des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida ;
- ◆ Prévenir les grossesses d'adolescentes, protéger les filles des risques de santé liés à une maternité précoce et leur permettre de terminer leurs études et de se marier moins jeunes ;
- ◆ Allonger la durée des générations, réduire l'allure de l'élan démographique, accélérer la transition vers de faibles niveaux d'accroissement de la population qui soient supportables ;
- ◆ Favoriser les progrès allant dans le sens de l'équité entre les hommes et les femmes, la participation à la vie de la société et des partenariats pour le développement avec des groupes locaux ;
- ◆ Mieux intégrer les jeunes dans des rôles adultes comportant des responsabilités ;
- ◆ Mieux préparer les jeunes à susciter le changement social et les possibilités qu'il ouvre et à y faire face ;
- ◆ Améliorer la communication et encourager un partenariat actif entre les hommes et les femmes et entre les générations.

Un niveau élevé d'éducation, en particulier pour les filles, ne peut qu'accroître de manière significative l'indépendance, élargir la gamme des choix et augmenter les possibilités de participer à la vie sociale et d'avoir un travail productif. Parmi les résultats à attendre, il y aura généralement des familles plus petites et en meilleure santé, une contribution importante des femmes à la productivité globale et l'assurance pour les populations âgées de pouvoir compter sur un soutien plus affirmé.

Le coût global annuel d'un ensemble de base de programmes de population et de santé en matière de reproduction doit atteindre 17 milliards de dollars en l'an 2000 et passer à plus de 21 milliards de dollars d'ici à 2015. La communauté internationale s'est engagée à la Conférence internationale sur la population et le développement à mobiliser ces ressources ; par la

suite, elle a affiné les estimations, pris acte des progrès réalisés dans la mise en œuvre des programmes et évalué les incidences de ces efforts. Aujourd'hui, un montant de moins de 10 milliards de dollars par an est affecté à ces programmes vitaux, quatre cinquièmes de ce montant étant fournis par des sources publiques et privées des pays en développement.

Les avantages escomptés de la mobilisation des efforts et des ressources qui doivent aller à cette composante de l'accélération du développement économique et social dépassent de loin les coûts¹.

Soins et soutien aux personnes âgées

Les projections concernant l'accroissement de la population âgée et les services dont elle aura besoin mettent les institutions publiques, privées et communautaires au défi de promouvoir l'équité entre les groupes sociaux au fil du temps.

Les avantages escomptés d'une meilleure santé, de la création de services d'appui social et financier aux populations vieillissantes et des grands choix en faveur de l'équité intergénérationnelles sont les suivants :

- ◆ Se substituer aux familles de grande dimension pour pourvoir aux besoins des personnes âgées et encourager des familles plus réduites, en meilleure santé et mieux éduquées ;
- ◆ Permettre aux personnes âgées de rester en bonne santé, autonomes et productives plus longtemps ;
- ◆ Promouvoir la participation des anciens aux institutions locales d'auto-assistance, d'entraide et d'aide aux autres membres de la communauté et renforcer de la sorte la société civile ;
- ◆ Encourager la réévaluation des traditions culturelles, préserver les pratiques positives et éliminer celles qui sont préjudiciables ;
- ◆ Faciliter la réorientation des services de santé vers la prévention plutôt que vers la médication et la chirurgie pour faire face aux situations liées au vieillissement, et concentrer l'attention sur les incidences qu'ont d'autres programmes sociaux sur différents groupes d'âges ;
- ◆ Promouvoir le rôle des familles et autres fournisseurs de soutien informel ;
- ◆ Conduire à des investissements équilibrés dans toute la gamme des services sociaux de base (santé, éducation, assainissement et nutrition) afin d'améliorer la qualité de la vie et les potentialités de tous les segments de la population.

Les responsabilités des adultes envers les familles et la communauté

L'axe du présent rapport est constitué par les besoins des générations nombreuses de jeunes et

Questions clés pour les "Généralions nouvelles"

Région	Domaine de préoccupation	Besoins prioritaires
Pays développés	<p>Stabilité des régimes de retraite</p> <p>Accroissement rapide des populations âgées</p> <p>Grossesses d'adolescentes</p> <p>Maintien d'un faible niveau de fécondité</p> <p>Faibles taux d'accroissement de la population active</p>	<p>Réforme des régimes publics et privés</p> <p>Systèmes de soutien social renforcés ; prestation de soins à long terme</p> <p>Faire face aux besoins sociaux des populations à risque élevé ; fourniture d'une information et prestation de services</p> <p>Élimination des obstacles ; politiques sociales favorables à la famille</p> <p>Rationalisation des politiques migratoires</p>
Pays à économie en transition	<p>Désintégration de l'infrastructure sociale</p> <p>Chute de l'espérance de vie</p>	<p>Transition économique, renouvellement des engagements en faveur de l'investissement social</p> <p>Investissements dans l'infrastructure sanitaire ; éducation à la santé publique ; prévention des accidents</p>
Régions en développement (début de la transition)	<p>Fécondité élevée souhaitée</p> <p>Mortalité maternelle élevée</p> <p>Morbidité élevée en matière de reproduction</p> <p>Développement économique et social poussif</p>	<p>Réduction de la mortalité infantile ; meilleur accès à l'éducation (spécialement pour les filles) ; programmes de développement social</p> <p>Amélioration concernant le moment et l'espace-ment des naissances ; soins obstétricaux d'urgence et services d'aiguillage</p> <p>Prévention des MST ; élimination des pratiques traditionnelles nuisibles ; amélioration des systèmes de soins primaires</p> <p>Politiques macro-économiques et sociales dynamiques ; investissements dans la santé et l'éducation ; transition démographique rapide</p>
Régions en développement (milieu et fin de la transition)	<p>Comme plus haut (spécialement pour ceux qui sont insuffisamment servis) et :</p> <p>Besoin pressant non satisfait de planification familiale</p> <p>Populations âgées en augmentation</p>	<p>Accès universel à l'information et aux services dans le domaine de la planification familiale</p> <p>Développement d'institutions publiques, d'ONG et d'institutions privées ; mise en place de systèmes de promotion de la sécurité sociale</p>
Toutes les régions	<p>Manque d'informations pour la formulation des politiques</p> <p>Lacunes dans la santé en matière de reproduction</p> <p>Santé en matière de reproduction des adolescents</p> <p>Lacunes au niveau des politiques</p>	<p>Amélioration de la capacité de recherche ; recherche intéressant les politiques ; dialogues</p> <p>Systèmes intégrés de santé publique ; éducation du public ; prévention des MST et du VIH/sida</p> <p>Information et services ; sensibilisation de la communauté</p> <p>Stratégies de développement axées sur les personnes</p>



5

Région

Toutes les régions

Domaine de préoccupation

Allongement de l'espérance de vie en bonne santé et possibilités accrues offertes aux personnes âgées

Sécurité pour les veuves et les veufs âgés

Développement de l'emploi

Garantie des droits fondamentaux de l'homme, y compris les droits en matière de reproduction

Besoins prioritaires

Amélioration de l'éducation et des services sanitaires ; systèmes d'éducation récurrente ; élimination de la discrimination fondée sur l'âge

Droits d'héritage ; systèmes de services communautaires

Politiques économiques et politiques de développement social adéquates

Systèmes légaux et réglementaires fondés sur les droits et appliqués sans faiblir

par les contributions et les besoins d'un nombre croissant de personnes âgées. La génération "sandwich" (à mi-chemin entre la jeunesse et le grand âge) composée d'adultes mûrs se trouvant dans leurs années les plus productives a des obligations importantes à l'égard de ces groupes, en particulier par le biais des relations familiales. La responsabilité d'orienter et de préparer les jeunes et d'assurer leur santé (y compris leur santé en matière de reproduction) et leur bien-être futur est reconnue dans toutes les sociétés et dans des accords internationaux. Placée sous le double signe de l'altruisme et de l'intérêt personnel bien compris, elle doit contribuer à renforcer le lien entre les générations. Aider les personnes âgées et leur ouvrir des perspectives, c'est à la fois reconnaître leur contribution et anticiper sur les besoins futurs de ceux qui vont sur leurs vieux jours.

Le défi de la justice sociale et d'un développement économique et social soutenu et durable, voilà un défi qu'il nous faut tous relever. Comme les conférences internationales de la dernière décennie l'ont noté, tous les pays se doivent de mettre à l'honneur la bonne gouvernance et l'obligation redditionnelle, développer la participation sociale et la prise de décisions démocratique, encourager des institutions sociales plus efficaces et plus transparentes, créer des structures financières stables, faire bénéficier des populations plus importantes des protections sociales de base et libérer l'initiative du secteur privé et des organisations non gouvernementales.

Les époques qui connaissent une transition sociale rapide sont placées sous le signe à la fois du défi et de la chance à saisir. Par exemple, le taux d'épargne progresse, tant chez les particuliers qu'au niveau des pays, pendant la transition démographique. Des familles de dimension moindre permettent de réaliser des économies et d'investir dans l'éducation et la santé, tout comme une population active nombreuse permet de réaliser des économies sociales et des investissements sociaux. Accélérer la transition démographique, modérer l'élan démographique et améliorer la santé, l'éducation et les perspectives de tous – femmes et hommes, jeunes et vieux –, tout cela améliorera nos chances de relever avec succès les défis de notre temps et devra mobiliser en première ligne les ressources financières, institutionnelles, communautaires et personnelles.

L'aide au développement

Les pays développés doivent encore et toujours être conscients de l'importance que représente leur aide au développement dans les régions moins favorisées. Des partenariats dans le domaine du commerce, des investissements, de la protection de l'environnement, de la prévention des maladies, de la gestion de l'immigration, de l'élimination des drogues et de la stabilisation politique sont tout à l'avantage des pays développés comme des pays en développement. Renforcer la capacité des pays de mener à bien des relations constructives ne peut que développer ces bienfaits et faciliter la transition de l'aide vers une coopération fondée sur des échanges.

L'aide au développement a atteint un point culminant en 1991. Depuis lors, les crises économiques et les restrictions imposées dans le cadre des programmes d'ajustement structurel ont créé des pressions en faveur de la réduction des dépenses sociales dans de nombreux pays en développement. L'effet conjugué de ces facteurs risque de compromettre les progrès réalisés au cours des dernières décennies dans des pays qui ont conduit la transition démographique, économique et sociale et menace d'entraver la transition ailleurs. De nouveaux progrès exigeront un engagement politique résolu, de meilleures institutions, politiques et stratégies, et des investissements accrus dans la santé et l'éducation, spécialement en faveur des femmes et des enfants pauvres.

L'aide internationale aux programmes de population et de santé en matière de reproduction reste bien en deçà des 5,7 milliards de dollars par an dont la Conférence internationale sur la population et le développement a estimé qu'ils seraient nécessaires d'ici à l'an 2000. Faute de réunir ce montant, il sera impossible de satisfaire la demande mondiale de contraception, ce qui viendra chaque année ajouter encore des millions de grossesses non voulues ou non souhaitées, d'avortements et de naissances non voulues, des dizaines de milliers de décès maternels et au moins un million supplémentaire de morts de nourrissons et d'enfants en bas âge*.

* FNUAP. 1997. *Meeting the Goals of the ICPD: Consequences of Resource Shortfalls up to the Year 2000* (DP/FPA/1997/12). New York: FNUAP.

Notes

Introduction

1. Nations Unies. 1995. *Population et développement*, vol. 1: *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement: Le Caire: 5-13 septembre 1994* (Numéro de vente: F.95.XIII.7). New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, Nations Unies; Nations Unies. 1993. *Déclaration et Programme d'action de Vienne*, Conférence mondiale sur les droits de l'homme (A/CONF.157/24). New York: Nations Unies; et Nations Unies. 1996. *The Beijing Declaration and The Platform for Action: Fourth World Conference on Women: Beijing, China: 4-15 September 1995* (DPI/1766/Wom). New York: Département de l'information, Nations Unies.
2. FNUAP. 1997. *Etat de la population mondiale 1997: Le droit de choisir: Droits et santé en matière de reproduction* (Numéro de vente: F.97.III.H.1). New York: FNUAP.

Chapitre premier

1. Le rythme du changement n'a pas été uniforme dans le temps et dans l'espace, et le changement a été tantôt positif, tantôt négatif. Le *Rapport mondial sur le développement humain 1997* (Programme des Nations Unies pour le développement. 1997. New York: Oxford University Press) indique que, sur 41 pays à développement humain faible au cours de la période 1960-1994, 16 ont atteint leur PIB par habitant le plus élevé entre 1960 et 1979, neuf entre 1980 et 1989 et 16 depuis 1990. Les chiffres correspondants pour 58 pays à développement humain moyen sont de 10, 31 et 17, et pour les 63 pays à développement humain élevé, cinq (pays pétroliers), 13 et 44.
2. L'espérance de vie mesure le nombre total d'années que vivront un nombre hypothétique de personnes si elles meurent à la cadence qu'on observe actuellement pour les individus répartis entre des groupes d'âges de cinq ans.
3. L'espérance de vie à la naissance mesure l'expérience d'une population entière en appliquant des taux de mortalité par âge à une cohorte hypothétique de naissances et en additionnant le nombre total d'années de vie par personne que cette cohorte peut espérer. On peut trouver des individus très âgés même dans des populations possédant une faible espérance de vie à la naissance.
4. Nations Unies. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. New York: Division de la population, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, Nations Unies.
5. Pour avoir une idée claire des difficultés que suscite fréquemment la notion de "générations", voir: Bengtson, Vern L., and Tonya M. Murray. 1993. "Justice' Across Generations (and Cohorts): Sociological Perspective on the Life Course and Reciprocities Over Time". In *Justice Across Generations: What Does It Mean?* edited by Lee M. Cohen. 1993. Washington, D.C.: Public Policy Institute, American Association of Retired Persons.
6. Caselli, G., et al. 1987. "Age-Specific Mortality Trends in France and Italy since 1900: Period and Cohort Effects". *European Journal of Population* (3): 33-60. Cited in *An Aging World II*, International Population Reports, Series P95, No. 92-3, edited by Kevin Kinsella and Cynthia M. Tauber. 1992. Washington, D.C.: Bureau of the Census, United States Department of Commerce.
7. Ce ratio est l'inverse du ratio de dépendance totale.
8. Les résultats de recherches antérieures concluant à la neutralité de l'accroissement de la population par rapport à la croissance économique ont été également mis en question par le biais de méthodes plus perfectionnées utilisées dans les travaux de Kelley, Allen C., and Robert M. Schmidt: 1995. "Aggregate Population and Economic Growth Correlations: The Role of the Components of Demographic Change". *Demography* 32(4): 543-555; and 1996. "Saving, Dependency and Development". *Journal of Population Economics* 9(4): 365-386; et Brander, J., and S. Dowrick. 1994. "The Role of Fertility and Population in Economic Growth: Empirical Results from Aggregate Cross-national Data". *Journal of Population Economics* 7(1): 1-25; et Barlow, Robin. 1994. "Population Growth and Economic Growth: Some More Correlations". *Population and Development Review* 20(1): 153-65. Ces idées sont approfondies et analysées à la lumière des résultats récents.
9. L'Asie de l'Est englobe la Chine (y compris Taïwan [Province de Chine] et Hong Kong), le Japon, la République de Corée et Singapour. Dans leur analyse économique des miracles économiques asiatiques, Bloom et Williamson considèrent que l'Asie du Sud-Est comprend le Cambodge, l'Indonésie, le Laos, la Malaisie, le Myanmar, les Philippines, la Thaïlande et le Viet Nam, et que l'Asie du Sud comprend l'Afghanistan, le Bangladesh, le Bhoutan, l'Inde, les Maldives, le Népal, le Pakistan et Sri Lanka. Voir: Bloom, David E., Jeffrey G. Williamson. 1998. "Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia" (Draft for publication). Cambridge, Massachusetts: Harvard Institute for International Development, Harvard University.
10. Des facteurs de corrélation et des indicateurs de statut comme le niveau d'études et l'alphabétisation complètent utilement les écarts entre les revenus qu'ils alimentent. Les écarts entre les revenus sont également déterminés par le niveau de compétence et le prestige de la fonction, les préjugés fondés sur le sexe et autres iniquités sociales. Si on ne tient pas compte de ces autres facteurs, les agrégats fondés sur un nombre de personnes ne fournissent que des indicateurs bruts des contributions sociales dont les ratios s'efforcent de rendre compte.
11. Kinsella, Kevin, and Yvonne J. Gist (eds.). 1995. *Older Workers, Retirement, and Pensions: A Comparative International Charbook*. International Programs Center Document No. IPC/95-2. Washington D.C.: Bureau of the Census, United States Department of Commerce.
12. Voir, par exemple, in: Kinsella and Tauber 1992.
13. La Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP) applique le ratio 65+ à la population "d'âge moyen" du groupe d'âges 40-54 in: Nations Unies. 1996. *Population Ageing in Asia and the Pacific*. New York, Bangkok et Tokyo: Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique et Organisation japonaise pour la coopération internationale en matière de planification familiale (JOICFP).
14. Ahlburg, Dennis, and Eric Jensen. 1997. "Education and the East Asian Miracle". Paper prepared for the Conference on Population and the East Asian Miracle, East-West Center, Honolulu, 7-10 January 1997. Cité in "The Value of Family Planning Programs in Developing Countries" (MR-9878-WHFH/RF/UNFPA) par Rodolfo A. Bulatao. 1998. Santa Monica, California: RAND.
15. Bulatao 1998, pg. 6. Based on: Williamson, Jeffrey G., and Matthew Higgins. 1997. "The Accumulation and Demography Connection in East Asia". Paper prepared for the Conference on Population and the East Asian Miracle, East-West Center, Honolulu, Hawaii, 7-10 January 1997. Voir aussi: Banque asiatique de développement. 1997. *Emerging Asia: Changes and Challenges*, pp. 160ff. Manille (Philippines): Banque asiatique de développement.
16. Ces micro-études sont réalisées au Harvard Institute for International Development (David Bloom, communication personnelle) et dans d'autres instituts de recherche.

Voir aussi: Mason, Andrew, and George Tapinos. (A paraître). *Intergenerational Economic Relations and Demographic Change*. New York: Oxford University Press.

17. Bloom and Williamson 1998.
18. David E. Bloom. 1998. Communication personnelle. L'applicabilité générale de cette conclusion dégagee de données concernant l'Asie fait l'objet d'une étude consacrée aux Etats indépendants nés de la dissolution de l'Union soviétique, et ce dans le cadre des efforts visant à examiner l'impact économique de tendances récentes (notamment l'augmentation des taux de mortalité chez les hommes et la forte diminution de la fécondité), dans le projet de document intitulé "Economic Consequences of the Russian Mortality Crisis" de David Bloom et Pia Malaney. 1998. Cambridge, Massachusetts: Harvard University.
19. Bongaarts, John, and Susan Cotts Watkins. 1996. "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions". *Population and Development Review* 22(4): 639-682.
20. Des analyses ont signalé des stratégies d'investissement qui ne répondaient pas suffisamment aux exigences de l'efficacité économique. Il est possible de prendre des décisions économiques peu judicieuses, même lorsque la situation est favorable en ce qui concerne les ressources démographiques et humaines.
21. L'ampleur de l'effet diffère selon la spécification économétrique estimée. Les différences absolues observées dans les taux de croissance varient en fonction des régions, tout comme la contribution du changement démographique au changement de la croissance économique absolue.
22. Agency for International Development des Etats-Unis. 1997. "Children on the Brink: Strategies to Support Children Isolated by HIV/AIDS", p. 3. Executive Report. Washington, D.C.: Agency for International Development des Etats-Unis.
23. Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé. 1997. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: December 1997*. Groupe de travail sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des MST, Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida.
24. A proprement parler, la fécondité se situe au niveau de remplacement lorsque chaque couple a un nombre suffisant d'enfants pour que deux de ceux-ci atteignent l'âge de la reproduction. Le nombre exact est fonction du niveau de mortalité; plus la mortalité infantile et post-infantile est élevée, plus la décimale suivant le chiffre 2 (désignant le nombre d'enfants requis pour assurer le remplacement) sera élevée. L'approximation que l'on donne en général est le nombre 2,1.
25. John Bongaarts et Griffith Feeney, dans leur projet de contribution de 1998 intitulé "On the Quantum and Tempo of Fertility", proposent une méthode d'ajustement du taux de fécondité totale à l'effet de distinguer les effets liés au choix d'un autre moment pour la naissance de ceux d'une modification du nombre de naissances. Les résultats dont ils font état montrent que les taux ajustés de fécondité aux Etats-Unis dans les années 80 étaient proches du taux de remplacement, alors que les taux de fécondité totale non ajustés paraissent plus faibles. Pareillement, à Taïwan (Province de Chine), les taux ajustés se sont maintenus au-dessus de 1,9 naissance, alors que les taux non ajustés atteignaient à peine 1,66; la différence la plus importante entre les taux ajustés et les taux non ajustés pour une seule année a été de 0,4 naissance.
26. Nations Unies. 1997. Exposé/discussion à une réunion d'experts sur la fécondité en deçà du niveau de remplacement, New York, New York, 4-6 novembre 1997. New York: Division de la population, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, Nations Unies.
27. Kaneko, Ryuichi. 1997. "Below-Replacement Fertility in Japan: Trends, Determinants and Prospects". Contribution établie en vue de la réunion d'experts sur la fécondité en deçà du niveau de remplacement, New York, New York, 4-6 novembre 1997. New York: Division de la population, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, Nations Unies.
28. Comme le donnent à entendre d'autres éléments concernant le coût de l'enfant contenus dans le présent rapport, de tels efforts sont voués à l'échec (comme les tentatives passées), à moins que les incitations offertes soient infiniment plus importantes et dépassent de loin ce que les auteurs de nombreuses propositions imaginent et que la plupart des budgets peuvent supporter.
29. Kim, Young J., and Robert Schoen. 1997. "Population Momentum Expresses Population Aging". *Demography* 34(3): 421-428.
30. Voir Nations Unies. (A paraître). *Long-term Population Projections 1950-2150*. New York: Division de la population, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, Nations Unies.
31. Bongaarts, John, and Sajeda Amin. 1997. "Prospects for Fertility Decline and Implications for Population Growth in South Asia". Policy Research Division Working Paper Series No. 94. New York: The Population Council. Cited in: "The Wave of the Future: Social Conditions and Demographic Implications of the Largest Generation of Girls" (Projet de document de travail), by Barbara Mensch, Judith Bruce, and Margaret Greene. (A paraître). New York: The Population Council.
32. On peut trouver des dimensions de population relativement constantes à des taux élevés ou faibles de fécondité et de mortalité. L'expression couramment utilisée se réfère à la stabilisation qui intervient à l'issue de la transition vers une mortalité et une fécondité faibles.
33. Voir: Coale, Ansley J. 1964. "How a Population Ages". In *Population: The Vital Revolution*, edited by Ronald Feerman. 1964. Garden City, New York: Anchor Books, Doubleday; Keyfitz, Nathan. 1971. "On the Momentum of Population Growth". *Demography* 8(1): 71-80; Keyfitz, N., and W. Flieger. 1990. *World Population Growth and Aging*. Chicago: University of Chicago Press; et Preston, Samuel, Christine Himes, and Mitchell Eggers. 1989. "Demographic Conditions Responsible for Population Aging". *Demography* 26(4): 691-704.
34. Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh". *Studies in Family Planning* 27(5): 251-268.
35. Voir: Bongaarts, John. 1995. *The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions*. Policy Research Division Working Paper No. 71. New York: The Population Council. Comme le confirment les travaux de Bongaarts et d'autres, la planification familiale a l'impact le plus important sur la réduction de la fécondité en deçà du potentiel biologique maximum dans les pays qui ont de faibles niveaux de fécondité.

Chapitre 2

1. Le présent chapitre s'appuie sur de nombreuses recherches qui ont été réalisées avec l'appui du FNUAP, de l'Académie nationale des sciences des Etats-Unis et le Population Council. Une contribution importante à l'élaboration des politiques se dégage des travaux de Barbara Mensch et de ses collègues du Population Council. Dans les travaux qu'elle a réalisés avec Cynthia Lloyd et des collaborateurs nationaux (voir les citations plus bas) sur des questions liées à l'éducation de la jeunesse, elle examine le fonctionnement des systèmes scolaires et la dynamique des facteurs qui influencent la participation, la qualité et le progrès des expériences éducatives en ce qui concerne les jeunes femmes et les jeunes hommes. Un ouvrage à paraître (Mensch, Barbara, Judith Bruce and Margaret Greene. "The Wave of the Future: Social Conditions and Demo-



- graphic Implications of the Largest Generation of Girls". Draft Working Paper. New York: The Population Council, présente une analyse approfondie et nuancée des questions de fond qui se posent actuellement.
- Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (chapitre 11) souligne le rôle que joue l'éducation pour préparer les individus à affronter un monde complexe et qui change, et il prône "une évolution harmonieuse des systèmes d'enseignement et des systèmes économiques et sociaux" afin de maximiser les bienfaits de l'éducation.
 - Whiting, John W., Victoria Burbank, and Mitchell S. Ratner. 1986. "The Duration of Maidenhood across Cultures". In: *School-Age Pregnancy and Parenthood: Biosocial Dimensions*, edited by Jane B. Lancaster and Beatrix A. Hamburg. 1986. New York: Aldine DeGruyter. Cité in Mensch, Bruce and Greene (A paraître).
 - Mensch, Bruce and Greene (A paraître).
 - Buckley, Stephen. 13 December 1997. "Wedded to Tradition: Ivory Coast Girls Forcéd to Marry at Puberty". *The Washington Post*.
 - Mensch, Bruce and Greene (A paraître).
 - Même dans les sociétés connaissant une fécondité faible, le rythme des naissances augmente lorsque les parents expriment avec force leur désir d'avoir de petits-enfants. Voir: Axinn, William, Marin E. Clarkberg, and Arland Thornton. 1994. "Family Influences on Family Size Preferences". *Demography* 31(1): 65-79; and Barber, Jennifer S., and William G. Axinn. 1996. "Gender Differences in the Impact of Parental Pressure for Grandchildren on Young People's Entry into Cohabitation and Marriage". Population Research Institute Working Paper No. 96-03. University Park, Pennsylvania: Population Research Institute, Pennsylvania State University.
 - Voir: McDevitt, Thomas, et al. 1996. *Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World*. U.S. Bureau of the Census Report IPC/95-1. Washington D.C.: Bureau of the Census, United States Department of Commerce.
 - Xenos, Peter. (A paraître). "Measuring the Sexual System and Union Formation among Adolescents in Developing Countries". Contribution présentée au Workshop of the Committee on Population of the National Academy of Sciences on "Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Developing Countries: Trends and Interventions", Washington, D.C., 24-25 March 1997.
 - Caldwell, John C., Pat Caldwell and Bruce K. Caldwell. 1997. "Adolescence and the Developing Global Culture: Implications for Sexuality, Reproduction and Marriage". Contribution présentée au Workshop of the Committee on Population of the National Academy of Sciences on "Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Developing Countries: Trends and Interventions", Washington, D.C., 24-25 March 1997.
 - The Alan Guttmacher Institute. 1997a. *Facts in Brief: Teen Sex and Pregnancy*. New York: The Alan Guttmacher Institute. Website: <www.agi-usa.org>.
 - "Survey Finds First Decline in Teenage Sex in 20 Years". 2 May 1997. *Los Angeles Times*.
 - Ces tendances observées dans des pays développés pourraient, cependant, constituer un retour à des schémas historiques antérieurs, fût-ce pour des raisons diverses et en réponse à des pressions nouvelles. Voir les contributions ci-après in: Union internationale pour l'étude scientifique de la population. 1997. *Conférence internationale sur la population: Beijing: 1997*, vol 2. Liège (Belgique): Union internationale pour l'étude scientifique de la population; Jensen, An-Magritt. "New Forms of Reproductive and Family Behaviour in Contemporary Europe: A Review of Recent Findings", pp. 869-884; Santow, Gigi, and Michael Bracher. "Whither Marriage: Trends, Correlates, and Interpretations", pp. 919-939; et Klijzing, E., and Macura, M. "Cohabitation and Extra-marital Childbearing: Early FFS Evidence", pp. 885-901.
 - Les femmes fument toujours davantage. En Europe orientale et dans la plupart des pays développés, 25 à 33 % des femmes fument, et on observe un taux plus élevé chez les jeunes femmes. Dans beaucoup de pays d'Amérique latine, pas moins de deux tiers des jeunes femmes fument. La proportion de femmes qui fument est beaucoup moins élevée dans la plupart des pays d'Afrique et d'Asie. Les jeunes hommes, eux aussi, fument davantage dans beaucoup de pays. Si ces tendances continuent, les cancers du poulmon, de l'oesophage et autres cancers, les attaques d'apoplexie, les maladies cardiaques et autres maladies cardio-pulmonaires, ainsi que les risques de naissances prématurées et d'insuffisance pondérale à la naissance augmenteront jusqu'à atteindre les proportions d'une épidémie à travers le monde. Certaines de ces tendances sont examinées in: Organisation mondiale de la santé. 1996. *Women, Ageing and Health*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
 - Perls, Thomas T., and Ruth C. Frets. 1998. "Why Women Live Longer than Men". *Scientific American Presents: Women's Health: A Lifelong Guide*. New York: Scientific American.
 - Voir, par exemple: Meekers, Dominique, and Anne-Emmanuèle Calvès. 1997. "Gender Differentials in Adolescent Sexual Activity and Reproductive Health Risks in Cameroon". PSI Research Division Working Paper No. 4. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Washington, D.C., 27-29 March 1997; et Coles, Robert. 1997. *The Youngest Mothers*. Cambridge: Harvard University Press.
 - Buvinic, Mayra, and Kathleen Kurz. 1997. "Prospects for Young Mothers and Their Children: A Review of the Evidence on Consequences of Adolescent Childbearing in Developing Countries". Contribution présentée au Workshop of the Committee on Population of the National Academy of Sciences on "Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Developing Countries: Trends and Interventions", Washington, D.C., 24-25 March 1997.
 - McCauley, Ann, and Cynthia Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults". *Population Reports*, Series J, No. 41. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health. Les mères peuvent répondre différemment à la question de savoir si leur grossesse était souhaitée ou planifiée, à mesure qu'elles s'attachent à leurs enfants, rationalisent leur situation ou adaptent leurs souhaits à des circonstances nouvelles. Au Maroc, un pourcentage important de naissances signalées initialement comme non souhaitées ou intempestives ont été signalées, tout juste quelques années après, comme souhaitées. Voir: Westoff, Charles E., and Bankole, Akinrinola. 1998. "The Time Dynamics of Unmet Need: An Example from Morocco". *International Family Planning Perspectives* 24(1): 12-14, 24.
 - The Alan Guttmacher Institute. 1997b. *Issues in Brief: Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute. Website: <www.agi-usa.org>.
 - Le besoin non satisfait indique la proportion de femmes et de couples exposés au risque d'une grossesse que ne souhaitent pas une nouvelle naissance dans les deux ans, éventuellement, et n'utilisent pas une méthode de planification familiale. Chez les adolescentes, le besoin non satisfait se réfère à celles qui souhaitent reporter à plus tard une grossesse.
 - Outre les naissances qui résultent d'un besoin non satisfait de planification familiale, on range aussi dans les naissances non planifiées les naissances qui surviennent chez des adolescentes qui n'ont pas d'intention affirmée en matière de fécondité (par exemple, qui n'ont pas exprimé le souhait d'un report) ou dont la grossesse est imputable à un échec ou à une mauvaise utilisation de la contraception ou à des relations sexuelles non planifiées.
 - The Alan Guttmacher Institute 1997b.
 - Une étude réalisée en Ouganda révèle que pas moins d'un tiers des abandons scolaires d'adolescentes sont imputables à une grossesse.
 - Mensch, Bruce and Greene (A paraître).
 - Jaccard, James, Patricia J. Dittus, and Vivian V. Gordon. 1996. "Maternal Correlates of Adolescent Sexual and Contraceptive Behavior". *Family Planning Perspectives* 28(4): 159-165.
 - Zambia Reproductive Health News* 1(3). Décembre 1997. Adapté de sources du FNUAP.
 - Obrist, Brigitte, and Susan Mlangwa. 1997. "Competing Ideologies: Adolescence, Knowledge and Silences in Dar es Salaam". In *Power, Reproduction and Gender: The Intergenerational Transfer of Knowledge*, edited by Wendy Harcourt. 1997. London: Zed Books, Ltd.
 - Greenstreet, Miranda N., and R.A. Banibensu. 1997. "Cross-generational Knowledge Transfer on Reproductive Health among Women in Ghana". In Harcourt 1997.
 - National Population and Family Development Board (NPFDB). 1997. "National Study on Reproductive Health and Sexuality of Adolescents in Malaysia: Findings of Sample Survey: Qualitative Enquiry and Media Survey: 1994-1996" (rapport ronéotypé). Ces études ont été réalisées par le NPFDB avec l'appui de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPFF).
 - Grunseit, Anne C. 1997. "HIV and Sexuality Education, and Young People Sexual Behavior: A Review of Studies" (manuscrit non publié). Genève: Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida.
 - Mensch, Bruce and Greene (A paraître).
 - Ce point de vue et les citations d'études pertinentes sont extraits de Mensch, Bruce and Greene (A paraître).
 - Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé. 1997. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Genève: Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida.
 - Banque mondiale. 1997. *World Development Indicators 1997: The State in a Changing World*. Washington, D.C.: Banque mondiale.
 - Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. *Adult Education in a Polarizing World: Education for All: Status and Trends: 1997*. Paris: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.
 - Voir: Knodel, John, and Gavin Jones. 1996. "Post-Cairo Population Policy: Does Promoting Girls' Schooling Miss the Mark?" *Population and Development Review* 22(4): 683-702, 814, 816.
 - The Alan Guttmacher Institute. 1997c. *Into a New World: Young Women Sexual and Reproductive Lives*, p. 14. New York: The Alan Guttmacher Institute.
 - Schultz, T. Paul. 1993. "Returns to Women's Education". In: *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits, and Policies*. A World Bank Book, edited by Elizabeth M. King and M. Anne Hill. 1993. Baltimore, Maryland, and London: The Johns Hopkins University Press.
 - Amin, Sajeda, et al. 1997. "Transition to Adulthood of Female Factory Workers: Some Evidence from Bangladesh". Policy Research Division Working Paper No. 102. New York: The Population Council.
 - Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 1997. *The State of the World Children*. New York: Oxford University Press.
 - Mensch, Barbara, and Annabel S. Eruklar. 1997. *Evaluation of the Youth Centre Programme of the Family Planning Association of Kenya*. Nairobi: The Population Council and the Family Planning Association of Kenya. Cité in Mensch, Bruce and Greene (A paraître).
 - Leo Morris, qui a dirigé une série d'enquêtes sur les jeunes adultes en Amérique latine, recommande avec force de réaliser des enquêtes ciblées pour garantir un groupe d'adolescents suffisamment divers. (Discussion on Session 1: Reproductive Behavior. Workshop of the Committee on Population of the National Academy of Sciences on "Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Developing Countries: Trends and Interventions", Washington, D.C., 24-25 March 1997.)
 - Un résumé d'enquêtes concernant la jeunesse et la sexualité est présenté in: Xenos (A paraître).
 - Une bonne présentation des implications du programme est fournie in: Mensch, Bruce and Greene (A paraître). Une des enquêtes qu'ils citent, la National Longitudinal Survey of Youth, pourrait être utilisée comme modèle, à condition de la ramener à bonne échelle.
 - FNUAP. (A paraître). "UNFPA Assistance to Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights". New York: FNUAP.

Chapitre 3

- Voir: FNUAP. 1996. *Etat de la population mondiale 1996: Un paysage qui se transforme: La population, le développement et l'avenir des villes*. New York: FNUAP.
- Pour une discussion intéressante de la situation dans les sociétés développées, voir: Schoen, Robert, et al. 1997. "Why Do Americans Want Children?" *Population and Development Review* 23(2): 333-358.
- La mort d'un enfant peut donc influencer sur le désir de fécondité, mais le désir de "remplacement", même s'il est influencé par l'âge de l'enfant à sa mort, ne peut être anticipé. Les effets "assurance" et "sécurité" liés à la mort d'un enfant sont difficiles à mesurer et sont des facteurs importants de fécondité. Voir: Montgomery, Mark R., and Barney Cohen. 1997. "From Death to Birth: New Findings on the Relationship between Mortality and Reproductive Change". Contribution présentée à la Conférence internationale sur la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP), Beijing (Chine), 11-17 octobre 1997.
- Eloundou-Enyegue, Parfait M. 1997. "Why Trade Quantity for Child Quality: A 'Family-Mobility' Thesis". University Park, Pennsylvania: Population Research Institute, Pennsylvania State University.
- Comme ces enquêtes ont porté sur des personnes âgées de 15 à 49 ans, on a pu recueillir l'opinion d'individus représentatifs nés entre la fin des années 20 et le début des années 70.
- Rutstein, Shea O., Demographic and Health Surveys, Macro International, Inc. Personal communication; and Rutstein, Shea O. "Change in the Desired Number of Children: A Cross-Country Cohort Analysis of Levels and Correlates of Change" (Document en cours d'élaboration. Une publication est envisagée.)
- Stecklov, Guy. (A paraître). "Evaluating the Economic Returns to Childbearing in Côte d'Ivoire". *Population Studies*.
- Ministère américain du commerce. Janvier 1998. Associated Press. Il s'agit d'un simple calcul, qui n'a pas été ajusté pour tenir compte, par exemple, de l'inflation, des augmentations de salaire ou des économies résultant d'un partage des dépenses.

9. Loughborough University. 1997. "Expenditure on Children in Great Britain". Social Policy Research #118. Loughborough, United Kingdom: Centre for Research in Social Policy, Loughborough University.
10. Voir, par exemple, la recherche sur le groupe cible, telle qu'elle a été résumée in: Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh". *Studies in Family Planning* 27(5): 251-268.
11. Extrait de: Bulatao, Rodolfo A. 1998. "Benefits of Family Planning in Developing Countries" (MR-9878-WFH/RF/NFPA). Santa Monica, California: RAND. Based on: Lloyd, Cynthia B. 1994. "Investing in the Next Generation: The Implications of High Fertility at the Level of the Family". In: *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*, edited by Robert Cassen. 1996. New Brunswick and Oxford: Transaction Publishers.
12. Voir: Deaton, Angus, and Cynthia Paxson. 1997. "The Effects of Economic and Population Growth on National Saving and Inequality". *Demography* 34(1): 97-114 ; et les discussions in: Bloom, David E., and Jeffrey G. Williamson. 1998. "Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia". Cambridge, Massachusetts: Harvard Institute for International Development, Harvard University; Bulatao 1998; and Mason, Andrew, and George Tapinos (eds.) (A paraître). *Intergenerational Relations and Demographic Change*. New York: Oxford University Press.
13. Ces graphiques, qui sont reproduits à titre d'illustration du problème, se fondent sur des analyses économétriques qui sont bien entendu plus rigoureuses et complexes. L'Asie du Nord-Est y comprend le Japon, la Corée du Sud, Taïwan (Province de Chine), Hong Kong, et Singapour ; l'Asie du Sud-Est y comprend l'Indonésie, la Malaisie, les Philippines et la Thaïlande. Ils indiquent des moyennes non pondérées pour les pays visés, et ne portent pas sur Taïwan (Province de Chine) en ce qui concerne les ratios de dépendance. Les taux d'épargne et d'investissement concernent les quinquennats compris dans la période indiquée, sauf que le dernier point concerne la période 1990-1992. Les taux de dépendance sont tirés de données de l'Organisation des Nations Unies et concernent le milieu du quinquennat.
14. Il est forcément impossible que les analyses des agrégats nationaux tiennent compte de toute la gamme des variations individuelles. Des études de ménages qui sont inmanquablement ou des producteurs ou des consommateurs de ressources permettront d'élucider les conditions qui éliminent la pauvreté ou l'entretien, les arbitrages réalisés à différents niveaux de revenu et autres caractéristiques sociales. Voir: Bleszner, Rosemary, and Victoria Hilkvitch Bedford (eds.). 1995. *Handbook of Aging and the Family*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
15. Lee, Ronald D. (A paraître). "A Cross-Cultural Perspective on Intergenerational Transfers and the Economic Life Cycle". In *Intergenerational Economic Relations and Demographic Change*, edited by A. Mason. New York: Oxford University Press. Voir aussi: Ermisch, John. 1989. "Intergenerational Transfers in Industrialised Countries: Effects of Age Distribution and Economic Institutions". *Journal of Population Economics* 1(4): 269-284.
16. Natividad, J.N., and G. T. Cruz. 1997. "Patterns in Living Arrangements and Familial Support for the Elderly in the Philippines". In *Asia-Pacific Population Journal* 12(4): 17-34; Apt, Nana. 1992. "Family Support to Elderly People in Ghana". In *Family Support for the Elderly: The International Experience*, edited by Hal L. Kendig, Akiko Hashimoto, and Larry C. Coppard. 1992. New York: Oxford University Press ; et Hashimoto, Akiko. 1991. "Urbanization and Changes in Living Arrangements of the Elderly". In *Ageing and Urbanization: Proceedings of the United Nations International Conference on Ageing Population in the context of Urbanization, Sendai, Japan, 12-16 September 1988 (ST/ESA/SER.R/109)*. New York: Nations Unies.
17. Buckley, Cynthia. 1997. "Giving Until It Hurts: Intergenerational Wealth Transfers in Rural Russia". Contribution présentée au 16e Congrès mondial de l'Association internationale de gérontologie. Adélaïde (Australie), 19-23 août 1997.
18. Pour une discussion plus complète des différentes dimensions de l'échange entre les générations, voir: Bengston, Vern L., and Sandi S. Schrader. 1982. "Parent-Child Relations". In *Handbook of Research Instruments in Social Gerontology*, vol. 2, edited by David J. Mangen and Warren A. Peterson. 1982. Minneapolis: University of Minnesota Press; and Silverstein, Merrill, and Vern Bengston. 1997. "Intergenerational Solidarity and the Structure of Adult Child-Parent Relationships in American Families". *American Journal of Sociology* 103(2): 429-460.
19. Adamchak, Donald J., and Shuo Chen. 1997. "The Impact of Filial Responsibility Expectations on Intergenerational Exchanges in Guangzhou, PRC". Contribution présentée au 16e Congrès mondial de l'Association internationale de gérontologie, Adélaïde (Australie), 19-23 août 1997.
20. Kinsella, Kevin, and Yvonne J. Gist (eds.). 1995. *Older Workers, Retirement and Pensions: A Comparative International Chartbook*, p. 21. International Programs Center Document No. IPC/94-2. Washington, D.C.: Bureau of the Census, United States Department of Commerce.
21. De Silva, W. Indralal. 1994. "How Serious is Ageing in Sri Lanka and What Can Be Done About it?" *Asia-Pacific Population Journal* 9(1): 19-36.
22. Wong, Rebeca, Beth J. Soldo, and Kathy K. Kitayama. 1996. "Allocation of Intergenerational Transfers by Middle-Aged Adults: Parents, Children, or Both?" Johns Hopkins Center on the Demography of Aging, Working Paper 96-01. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins Center on the Demography of Aging, Johns Hopkins University.
23. Mason, K.O. 1992. "Family Change and Support of the Elderly in Asia: What Do We Know?" *Asia-Pacific Population Journal* 7(3): 13-32.
24. Rajan, Irudaya and U.S. Mishra. 1995. "Defining Old Age: An Indian Assessment". *Bold: Quarterly Journal of the International Institute on Ageing* 5(4).
25. Nations Unies. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. New York: Division de la population, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, Nations Unies.
26. Bureau of the Census, United States Department of Commerce, and National Institute on Aging. 1996. *Global Aging into the 21st Century* (Wallchart). Washington D.C.: Bureau of the Census, United States Department of Commerce. Derived from U.S. Social Security Administration. 1994. *Social Security Programs Throughout the World: 1993*. Washington, D.C.: U.S. Social Security Administration.
27. Kertzer, David I., and Laslett, Peter (eds.). 1996. *Ageing in the Past: Demography, Society and Old Age*. Berkeley, California: University of California Press ; et Kinsella, Kevin, and Cynthia M. Taueber. 1992. *An Aging World II*. International Population Reports, Series P25, No. 92-3. Washington, D.C.: Bureau of the Census, United States Department of Commerce.
28. Amin, Sajeda. 1997. Projet de rapport intérimaire présenté à une réunion d'examen de la Fondation Rockefeller, New York, décembre 1997.
29. Dans le cadre des réformes en cours, le Japon a modifié son régime d'assurance-vieillesse afin de réduire les inégalités entre les sexes en matière de pension. Désormais, le fait d'avoir différentes expériences professionnelles ne désavantage pas les femmes âgées. Cette réforme maintient, par ailleurs, un appui aux programmes dans l'ensemble et renforce la sexospécificité. On trouvera, parmi d'autres analyses, un examen détaillé des différentes réformes in: Ogawa, Naohiro, and Robert D. Retherford. 1997. "Shifting Costs of Caring for the Elderly Back to Families in Japan: Will It Work?" *Population and Development Review* 23(1): 59-94.
30. Betty Potash a décrit avec beaucoup de nuances les institutions sociales pour veuves, particulièrement dans les sociétés africaines, in: Potash, Betty (ed.). 1986. *Widows in African Society: Choices and Constraints*. Stanford, California: Stanford University Press. Voir aussi: Owen, Margaret. 1996. *A World of Widows*. London and Atlantic Highlands, New Jersey: Zed Books Ltd.
31. On ne dispose généralement pas de données concernant les taux de suicide chez les veuves. Des rapports anecdotiques montrent la nécessité d'une étude systématique.
32. Voir: Rahman, M. Omar, Andrew Foster, and Jane Menken. 1992. "Older Widow Mortality in Rural Bangladesh". *Social Science and Medicine* 34(1): 89-96; Rahman, M. Omar. 1997. "The Effect of Spouses on the Mortality of Older People in Rural Bangladesh". *Health Transition Review* 7(1): 1-12 ; et Chen, Marty, and Jean Drèze. 1992. *Widows and Well-being in Rural North India*. Development Economics Research Programme Paper No. 40. London: London School of Economics.
33. Parmi celles-ci, environ la moitié ne s'étaient jamais mariées et la moitié n'avaient pas eu d'enfant, souvent du fait qu'elles s'étaient mariées tard ; seul un petit nombre d'elles vivent plus longtemps que leurs enfants. Le nombre est plus élevé en Europe orientale et plus faible dans les pays plus développés d'Extrême-Orient.
34. Pour une étude des systèmes de soutien social en Europe, voir: Wenger, G. Clare. 1997. "Review of Findings on Support Networks of Older Europeans". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 12: 1-21.
35. Laslett, Peter. 1997. "Older People, Their Family Relations over Time and the Classificatory Tendency of Gerontological Analysis". Contribution présentée au 16e Congrès mondial de l'Association internationale de gérontologie, Adélaïde (Australie), 19-23 août. Voir aussi: Kertzer and Laslett 1996.
36. Kumar, S. Vijaya. 1997. "Elderly in Rural India: Social Security Mechanisms". Contribution présentée au 16e Congrès mondial de l'Association internationale de gérontologie, Adélaïde (Australie), 19-23 août.
37. Kinsella and Taeuber 1992; et Martin, Linda G., and Kevin Kinsella. 1994. "Research on the Demography of Aging in Developing Countries". In *Demography of Aging*, by Linda G. Martin and Samuel H. Preston. 1994. Washington, D.C.: National Academy Press.
38. Ogawa and Retherford 1997; Lillard, Lee A., and Robert J. Willis. 1997. "Motives for Intergenerational Transfers: Evidence from Malaysia". *Demography* 34(1): 115-134; DaVanzo, Julie, and Angeliq Chan. 1994. "Living Arrangements of Older Malaysians: Who Coresides with Their Adult Children?" *Demography* 31(1): 95-113 ; et Chan, Angeliq. 1997. "An Overview of the Living Arrangements and Social Support Exchanges of Older Singaporeans". *Asia-Pacific Population Journal* 12(4): 35-50.
39. Ogawa and Retherford 1997.
40. Kinsella and Taeuber 1992 ; et Martin and Kinsella 1994.
41. Knodel, John. 1997. "A Case for Nonanthropological Qualitative Methods for Demographers". *Population and Development Review* 23(4): 847-853 ; et Knodel, John. (A paraître). "Using Qualitative Data for Understanding Old Age Security and Fertility". In *New Approaches to Anthropological Demography*, edited by Alaka Basu. (A paraître). Oxford: Oxford University Press.
42. See: Knodel, John, Napapon Cayovan, and Siriwan Siriboon. 1992. "The Impact of Fertility Decline on Familial Support for the Elderly: An Illustration from Thailand". *Population and Development Review* 18(1): 79-103.
43. La corésidence pourrait diminuer davantage encore, les parents des deux conjoints ayant moins d'enfants entre lesquels choisir. Ceci ne devrait pas avoir un grand impact.
44. Silverstein and Bengston 1997.
45. Cette étude portant sur les relations entre des parents âgés et leurs enfants n'a pas examiné les relations avec d'autres réseaux de la famille élargie (notamment les beaux-fils et belles-filles et les relations fondées sur un lien nourricier, adoptif ou volontaire). Dans d'autres contextes, cette circonstance pourrait jouer un rôle important dans les relations de soutien.
46. Shankardass, Mala Kapur. 1996. "Biography: Their Use for Gerontological Research in a Developing Country: India". *Generations Review: Journal of the British Society of Gerontology* 6(1).
47. Williams, Lindy, Hui-Sheng Lin and Kalyani Mehta. 1994. "Intergenerational Influence in Singapore and Taiwan: The Role of the Elderly in Family Decisions". Elderly in Asia Research Report No. 94-28. Ann Arbor, Michigan: Population Studies Center, University of Michigan.
48. Kinsella and Gist 1995, pp. 40ff.
49. Ibid.
50. Selon certaines prévisions officielles, l'élimination du surplus dans les comptes de la sécurité sociale américaine, suivie de la faillite du régime, serait pour 2029. Voir: "Documents: The Council of Economic Advisors on the Economic Effects of Aging". *Population and Development Review* 23(2): 443-451.
51. Voir, par exemple: Lloyd-Sherlock, Peter, and Paul Johnson. 1996. *Ageing and Social Policy: Global Comparisons*. Suntory and Toyota International Centres for Economics and Related Disciplines (STICERD) Occasional Paper 19. London: London School of Economics and Political Science.
52. Il arrive cependant que des analyses sérieuses polarisent fortement les arguments. Voir, par exemple, les articles défendant des positions contraires dans *Foreign Affairs* 76(4): Feldstein, Martin. 1997. "The Case for Privatization", pp. 24-38, et Leone, Richard C. 1997. "Stick with Public Pensions", pp. 39-53.
53. Tuljapurkar, Shripad, and Ronald Lee. "Demographic Uncertainty and the OASDI Fund". In Mason and Tapinos (A paraître) ; et Lee, Ronald, and Shripad Tuljapurkar. 1997. "Death and Taxes: Longer Life, Consumption and Social Security". *Demography* 34(1): 67-81.
54. De telles perceptions sont alimentées par des représentations faussées de l'état de ces systèmes (voir l'encadré). Par exemple, lorsque le régime américain de sécurité sociale aura atteint son point de "crise", il y aura encore assez d'argent dans les caisses pour verser 75 % des pensions, même si l'on ne modifie pas les règles en vigueur.
55. Banque mondiale. 1994. *Averting the Old Age Crisis*. New York: Oxford University Press.
56. Bureau of the Census, United States Department of Commerce, and National Institute on Aging 1996.
57. Kinsella and Gist 1995, p. 38.
58. FNUAP. 1997. Communication d'un bureau extérieur.
59. Ibid., p. 18.
60. Ibid., p. 10.
61. Ibid., p. 43.
62. Asher, Mukul G. 1996. "Financing Old Age in Southeast Asia". *Southeast Asian Affairs*: 70-98.



63. Chan 1997.
64. Kinsella and Gist 1995, p. 37.
65. Ibid., p. 36.
66. Chan 1997.
67. Kinsella and Gist 1995, 75ff.
68. Burkhauser, Richard V., et al. 1997. "Health, Work, and Economic Well-being of Older Workers: a Cross-national Comparison Using the United States HRS and the Netherlands Household Panel Study (CERRA)". Contribution présentée au 16e Congrès mondial de l'Association internationale de gérontologie, Adélaïde (Australie), 19-23 août.
69. Daatland, Svein Olav. 1997. "Family Solidarity, Popular Opinion and the Elderly". Projet de publication à paraître dans *Ageing International: The Journal of the International Federation on Ageing*.
70. Banque mondiale 1994.
71. Association internationale de la sécurité sociale. 1996. *Protecting Retirement Incomes: Options for Reform*. Studies and Research No. 37. Genève: Association internationale de la sécurité sociale.
72. Allemagne, Canada, Etats-Unis, France, Italie, Japon, Royaume-Uni et Russie.
73. Tsao, Mary Ann. 1997. Présentation at the Round Table on "Towards the 21st Century: The NGO Role in Defining Ageing Policy Priorities". 16e Congrès mondial de l'Association internationale de gérontologie, Adélaïde (Australie), 19-23 août 1997.
74. Par exemple, l'article 46 de la Constitution nationale colombienne et un arrêt rendu par la Cour constitutionnelle en mars 1996 disposent que les familles assument une "coresponsabilité" à l'égard des personnes âgées. Nombre de politiques nationales, particulièrement en Asie, officialisent la responsabilité familiale.
75. Apt, N.A., and M. Grieco. 1994. "Urbanization, Caring for the Elderly People and the Changing African Family: The Challenge to Social Policy". *International Social Security Review* 47(3-4):111-121 ; et Apt, N.A. 1993. "Care of the Elderly in Ghana: An Emerging Issue". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 8: 301-302.
76. FNUAP. 1997. Rapport d'un bureau extérieur.
77. Pour une présentation générale, voir: Auerbach, Alan J., Jagadeesh Gokhale and Laurence J. Kotlikoff. 1994. "Generational Accounting: A Meaningful Way to Evaluate Fiscal Policy". *Journal of Economic Perspectives* 8(1): 73-94.
78. Voir: Vinovskis, Maris A. 1993. "An Historical Perspective on Support for Schooling by Different Age Cohorts". In *The Changing Contract Across Generations*, edited by Vern L. Bengtson and W. Andrew Achenbaum. 1993. New York: Aldine De Gruyter.
79. Voir, par exemple : Logan, John R., and Glenna Spitze. 1995. "Self-interest and Altruism in Intergenerational Relations." *Demography* 32(4): 353-364.
- ## Chapitre 4
- Manton, Kenneth G., and Eric Stallard. 1993. "Projecting Morbidity and Mortality in Developing Countries During Adulthood". In *The Epidemiological Transition: Policy and Planning Implications for Developing Countries*, edited by James N. Gribble and Samuel H. Preston. 1993. Washington, D.C.: National Academy Press.
 - L'oestrogène est le médicament le plus prescrit aux Etats-Unis, le nombre de prescriptions atteignant 60 millions par an. Zacks, Rebecca, Rogero A. Lobo and Graham A. Colditz. 1998. "Q & A: Hormone Replacement Therapy". *Scientific American Presents: Women's Health: A Lifelong Guide*. New York: Scientific American.
 - Voir, par exemple: Friedlander, N.J. 1996. "The Relation of Lifetime Reproduction to Survivorship in Women and Men: a Prospective Study". *American Journal of Human Biology* 8(6): 771-783.
 - Kinsella, Kevin, and Cynthia M. Taeuber (eds.). 1992. *An Aging World II*, International Population Reports, Series P95, No. 92-3. Washington, D.C.: Bureau of the Census, United States Department of Commerce.
 - National Institute on Aging. 1997. "Active Aging: A Shift in the Paradigm" (Background paper). Washington, D.C.: National Institute on Aging, National Institutes of Health.
 - Manton, K.G., Larry Corder, and Eric Stallard. 1997. "Chronic Disability Trends in Elderly United States Populations: 1982-1994". *Proceedings of the National Academy of Sciences* 94: 2593-2598.
 - Bonita, Ruth. 1996. *Women, Aging and Health: Achieving Health Across the Life Span* (WHO/HPRA/HE/HPD/96.1). Document directif élaboré en vue de la troisième Réunion de la Commission mondiale sur la santé des femmes, Perth (Australie), 10-12 avril 1995. Genève: Organisation mondiale de la santé.
 - Chen, Lincoln C., Arthur Kleinman, and Norma C. Ware. 1994. *Health and Social Change in International Perspective*. Harvard Series on Population and International Health. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press ; et Nations Unies. (A paraître). *World Population Monitoring: 1998: Health and Mortality: Selected Aspects*. New York: Division de la population, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, Nations Unies.
 - Elo, Irma T., and Samuel H. Preston. 1992. "Effects of Early Life Conditions on Adult Mortality: A Review". *Population Index* 58(2): 186-212.
 - Mosley, W. Henry, and Ronald Gray. 1993. "Childhood Precursors of Adult Morbidity and Mortality in Developing Countries: Implications for Health Programs". In Gribble and Preston 1993.
 - Voir: Bonita 1996.
 - Nations Unies. 1998. *World Population Projections to 2150*. New York: Division de la population, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, Nations Unies. La révision de la méthode de projection des Nations Unies aux fins d'une analyse détaillée des populations jusqu'à un âge avancé a fait l'objet d'une réunion technique de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU, du 3 au 5 décembre 1996 (voir: Nations Unies. 1997. *Projecting Old-age Mortality and Its Consequences: Report on the Working Group, New York, 3-5 December 1996* [ESA/P/WP.136] New York: Division de la population, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, Nations Unies). Les groupes d'âges élevés seront analysés à partir de la révision 1998 des projections des Nations Unies.
 - Voir: FNUAP. 1997. *Food for the Future: Women, Population and Food Security*. New York: FNUAP ; et FNUAP. 1996. *Food Security, Gender and Population*. New York: FNUAP.
 - La plupart de ceux qui croient à une création divine ont également reconnu que le changement et l'adaptation évolutionnistes sont importants pour décrire le processus de la vie. Il subsiste des questions quant aux modalités de l'évolution, mais le principe est accepté par tous les observateurs sérieux.
 - Nations Unies. 1983. *Plan d'action international sur le vieillissement de Vienne* (DPI/932). Assemblée mondiale sur le vieillissement, Vienne (Autriche), 26 juillet-6 août 1982. New York: Département de l'information, Nations Unies ; le rapport complet de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement fait aussi l'objet d'une publication des Nations Unies (numéro de vente: E.82.I.16).
 - Nations Unies. 1991. "Application du Plan d'action international sur le vieillissement et activités connexes" (A/RES/46/91). New York: Nations Unies.
 - Nations Unies. 1995. "Développement social, y compris les questions relatives à la situation sociale dans le monde et aux jeunes, aux personnes âgées, aux handicapés et à la famille : Cadre conceptuel d'un programme pour la préparation et la célébration de l'Année internationale des personnes âgées en 1999: Rapport du Secrétaire général" (A/50/114). New York: Nations Unies ; et "Cadre opérationnel de l'Année internationale des personnes âgées, 1999: Rapport du Secrétaire général" (A/52/328). New York: Nations Unies.
 - Nations Unies. 1992. "Application du Plan d'action international sur le vieillissement: Intégration des personnes âgées au développement" (A/RES/47/86). New York: Nations Unies.
 - Sidorenko, Alexandre. 1996. "World Summit for Social Development and the United Nations Programme on Ageing". In *Meeting the Challenges of Ageing Populations in the Developing World: Proceedings of an Experts' Group Meeting: 23-25 October 1995: Valletta, Malta*, edited by James Calleja. Valletta (Malte): Institut international des Nations Unies sur le vieillissement.
 - Gwatkin, Davidson R. 1993. "Distributional Implications of Different Strategic Responses to the Demographic-Epidemiological Transition: An Initial Inquiry". In Gribble and Preston 1993.
 - Voir en particulier deux études importantes: Organisation mondiale de la santé. 1996. *The Global Burden of Disease*, vol. 1. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press ; et Bulatao, Rodolfo A. 1993. "Mortality by Cause: 1970 to 2015". In Gribble and Preston 1993.
 - Ces projections se fondent sur des tendances et attentes récentes concernant des modifications dans l'exposition aux risques (notamment des modifications des modes de vie et de la nutrition), l'évolution du système de soins de santé et l'augmentation de la longévité.
 - Robine, J.M., et al. (eds.). 1992. "Calculation of Health Expectancies, Harmonisation, Consensus Achieved and Future Perspective". Contribution présentée au sixième Atelier international du Réseau espérance de vie et santé (REVES), Montpellier (France). Cité in "Morbidity, Mortality and Health-related Quality of Life in Developed Countries: Concepts, Methods and Indicators", par Viviana Egidi et Luisa Frova. 1997. *Conférence internationale sur la population: 11-17 octobre 1997: Beijing (Chine)*, vol. 1. Liège (Belgique): Union internationale pour l'étude scientifique de la population.
 - Organisation mondiale de la santé. 1995. *Women's Experiences of Aging in the Western Pacific Region: A Diversity of Challenges and Opportunities*. Women's Health Series, vol. 2. Manille: Bureau régional pour le Pacifique occidental, Organisation mondiale de la santé.
 - Ibid., p. 22.
 - Ibid., p. 61.
 - Excepté au Pakistan, en Afghanistan, au Bangladesh, au Bhoutan, à Djibouti, en Iraq et au Népal (Bonita 1996).
 - Martin, L. 1990. "The Status of South Asia's Growing Elderly Population". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 5: 93-117; Evans, J. 1990. "The Economic Status of Older Men and Women in the Javanese Household and the Influence of This upon Their Nutritional Level". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 5: 217-242.
 - Jenkins, C. 1995. Conversations with Carol Jenkins, Medical anthropologist, Papua New Guinea Institute of Medical Research, at World Health Organization Regional Office for Western Pacific (WPRO), 2 March 1995. Cité in Organisation mondiale de la santé 1995.
 - Hughes, M. 1993. "Self-perceptions of Aging among Papua New Guinea Highlanders: To be Huli is to be Healthy?". Contribution présentée à l'Australian Sociological Association Health Seminar Series, Deakin University, avril 1993. Cité in: Organisation mondiale de la santé 1995.
 - Younis, Nabil, et al. 1993. "A Community Study of Gynecological and Related Morbidities in Rural Egypt". *Studies in Family Planning* 24(3): 175-186.
 - Tiré des matériaux présentés in: Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 1998. *State of the World's Children 1998*. New York: Oxford University Press.
 - Une étude est en cours d'élaboration en Inde pour étudier l'impact de la nutrition de la mère sur le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiaques chez ses enfants à l'âge adulte. Selon une étude récente, le poids à la naissance présente une corrélation étroite avec certaines données concernant la mère - non seulement le gain de poids pendant la grossesse, mais aussi son poids, sa taille, le pourcentage de graisse corporelle et la circonférence de sa tête avant la conception. (Fonds des Nations Unies pour l'enfance 1998.)
 - Voir l'appendice à: Martin, Linda G., and Kevin Kinsella. 1994. "Research on the Demography of Aging in Developing Countries". In *Demography of Aging*, edited by Linda G. Martin and Samuel H. Preston. 1994. Washington, D.C.: National Academy Press.
- ## Chapitre 5
- Même en se bornant au seul secteur de la santé, la Banque mondiale a reconnu dans ses analyses (1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press) que les programmes de population et de planification familiale comptaient parmi les stratégies d'intervention présentant le meilleur rapport coût-efficacité.

Suivi des objectifs CIPD – Indicateurs sélectionnés



	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction				
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie H / F	Ratio mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire H / F	% dernière année primaire H / F	Taux brut de scolarisation secondaire H / F	% d'analphabètes (> de 15 ans) H / F	Contraception accès/connaissance % connaissant méthode / % connaissant source		Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque / Méthode moderne	
Total Mondial	57	63,4 / 67,7								66	57	49
Régions plus développées (*)	9	70,6 / 78,4								33	70	51
Régions moins développées (+)	62	62,1 / 65,2								73	53	49
Pays les moins avancés (§)	100	50,9 / 53,0								138	20	15
Afrique (1)	86	52,3 / 55,3								130	19	15
Afrique orientale	99	47,8 / 50,3								145		
Burundi	114	45,5 / 48,8	1 300	76 / 62	73 / 78	8 / 5	51 / 77	70	62	60	9	1
Erythrée	98	49,1 / 52,1	1 400	52 / 41		17 / 13				140	5	4
Ethiopie	107	48,4 / 51,6	1 400	27 / 19	26 / 31	12 / 11	54 / 75	63		169	4	3
Kenya	65	52,3 / 55,7	650	93 / 91		30 / 24	14 / 30	96		110	33	27
Madagascar	77	57,0 / 60,0	490	77 / 74	36 / 41	15 / 15			88	155	17	5
Malawi	142	40,3 / 41,1	560	74 / 62	46 / 37	5 / 3	28 / 58	90	80	173	22	14
Maurice (2)	15	68,3 / 75,0	120	107 / 106	97 / 97	58 / 60	13 / 21	100		46	75	49
Mozambique	110	45,5 / 48,4	1 500	69 / 52		9 / 6	42 / 77			131		
Ouganda	113	40,4 / 42,3	1 200	78 / 63		14 / 8	26 / 50	82	74	180	15	8
République-Unie de Tanzanie	80	50,0 / 52,8	770	71 / 69	72 / 74	6 / 5	21 / 43	74	66	134	18	13
Rwanda	125	40,8 / 43,4	1 300	78 / 76	50 / 50	11 / 9	30 / 48	98	86	60	21	13
Somalie	112	47,4 / 50,6	1 600							208		
Zambie	103	42,2 / 43,7	940		88 / 75		14 / 29	89	81	145	25	14
Zimbabwe	68	47,6 / 49,4	570	120 / 117	96 / 93	53 / 41	10 / 20	96	93	129	48	42
Afrique centrale (3)	92	50,2 / 53,4								206		
Angola	124	44,9 / 48,1	1 500	95 / 87						236		
Cameroun	58	54,5 / 57,2	550	109 / 93	69 / 66	32 / 23	25 / 48	72	54	141	16	4
Gabon	85	53,8 / 57,2	500		46 / 41		26 / 47			159		
République centrafricaine	96	46,4 / 51,0	700	88 / 55	65 / 53	17 / 6	31 / 48			147	24	4
République du Congo	90	48,6 / 53,4	890		57 / 48		17 / 33			146		
République dém. du Congo (4)	89	51,3 / 54,5	870	78 / 61	86 / 44	31 / 14	13 / 32			231	8	2
Tchad	115	46,3 / 49,3	1 500	80 / 38	76 / 56		38 / 65			192		
Afrique septentrionale (5)	55	63,2 / 66,1								50		
Algérie	44	67,5 / 70,3	160	111 / 96	92 / 88	66 / 55	26 / 51	99		26	52	49
Egypte	54	64,7 / 67,3	170	105 / 89		81 / 69	37 / 61	100	93	62	47	46
Jamahiriya arabe libyenne	56	63,9 / 67,5	220	107 / 104			12 / 37			110	40	26
Maroc	51	64,8 / 68,5	610	85 / 60	75 / 76	40 / 29	43 / 69	99	94	37	50	42
Soudan	71	53,6 / 56,4	660	59 / 45		24 / 19	42 / 65	71	60	59	8	7
Tunisie	37	68,4 / 70,7	170	122 / 110	79 / 77	51 / 42	21 / 45	99	97	17	60	51
Afrique australe	50	61,3 / 66,8								75		
Afrique du Sud	48	62,3 / 68,3	230	112 / 111		66 / 77	18 / 18			72	50	48
Botswana	56	48,9 / 51,7	250	113 / 120	71 / 88	49 / 55	19 / 40	95	95	100	33	32
Lesotho	72	57,3 / 59,9	610	94 / 111	61 / 39	21 / 31	19 / 38	79		91	23	19
Namibie	60	54,7 / 56,6	370	134 / 138	32 / 43	49 / 61		89	78	111	29	26
Afrique de l'Ouest (6)	90	49,8 / 52,8								158		
Bénin	84	52,4 / 57,2	990	88 / 44	42 / 36	17 / 7	51 / 74	40		144	16	3
Burkina Faso	97	45,1 / 47,0	930	47 / 30	70 / 72	11 / 6	70 / 91	66	30	157	8	4
Côte d'Ivoire	86	50,0 / 52,2	810	81 / 58	75 / 64	32 / 16	50 / 70	26		151	11	4
Ghana	73	56,2 / 59,9	740	83 / 70		44 / 28	24 / 46	76	70	123	20	10
Guinée	124	46,0 / 47,0	1 600	57 / 27	70 / 59	17 / 6	50 / 78			241	2	1
Guinée-Bissau	132	42,4 / 45,2	910		8 / 7		32 / 57			189		
Libéria	153	50,0 / 53,0	560				46 / 78	72	48	230	6	5
Mali	149	46,4 / 49,7	1 200	32 / 19		10 / 5	61 / 77	42	30	199	7	5
Mauritanie	92	51,9 / 55,1	930	68 / 55	75 / 59	19 / 10	50 / 74	61		133	3	1
Niger	114	46,9 / 50,2	1 200	37 / 21	83 / 77	9 / 4	79 / 93	76	33	219	4	2
Nigéria	77	50,8 / 54,0	1 000	100 / 79	56 / 60	30 / 25	33 / 53	46	34	150	6	4
Sénégal	62	50,3 / 52,3	1 200	67 / 50	91 / 78	22 / 12	57 / 77	74	44	155	13	8
Sierra Leone	169	36,0 / 39,1	1 800	60 / 42		22 / 12	55 / 82	78		212		
Togo	86	48,8 / 51,5	640	122 / 81	67 / 44	34 / 12	33 / 63	94	81	126	12	3
Asie	56	64,8 / 67,7								57	59	55
Asie orientale (7)	34	69,1 / 73,1								5		
Chine	38	68,2 / 71,7	95	124 / 117		59 / 48	10 / 27			5	83	80
Hong Kong	5	76,1 / 81,8	7		96 / 98			98		7	86	80
Japon	4	76,9 / 82,9	18	100 / 101	100 / 100	95 / 97				4	59	53
Mongolie	52	64,3 / 67,3	65	95 / 100			11 / 23			31	61	25
République de Corée	9	68,8 / 76,0		103 / 104	99 / 100	91 / 90	1 / 3	100	94	4	79	70
Rép. pop. dém. de Corée	22	68,9 / 75,1	70							5	62	53

Suivi des objectifs CIPD – Indicateurs sélectionnés

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction				
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie H / F	Ratio mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire H / F	% dernière année primaire H / F	Taux brut de scolarisation secondaire H / F	% d'analphabètes (> de 15 ans) H / F	Contraception accès/connaissance % connaissant méthode	% connaissant source	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthode moderne
Asie du Sud-Est	46	63,6 / 67,7								51		
Cambodge	102	52,6 / 55,4	900							12		
Indonésie	48	63,3 / 67,0	650	116 / 112		48 / 39	10 / 22	95	93	62	55	52
Malaisie	11	69,9 / 74,3	80	93 / 94	95 / 96	58 / 62	11 / 22	99	94	29	48	31
Myanmar	78	58,5 / 61,8	580	107 / 104		23 / 23	11 / 22			35	17	14
Philippines	35	66,6 / 70,2	280		70 / 70		5 / 6	97	93	48	40	25
République dém.pop.lao	86	52,0 / 55,0	650	119 / 89		30 / 18	30 / 56			51	19	15
Singapour	5	75,1 / 79,5	10		100 / 100		4 / 14	98	95	8	74	73
Thaïlande	30	66,3 / 72,3	200				4 / 8	100	99	51	74	72
Viet Nam	37	64,9 / 69,6	160				3 / 9	95		45	65	44
Asie méridionale	72	61,7 / 62,9								111		
Afghanistan	154	45,0 / 46,0	1 700	46 / 16	27 / 32	22 / 8	53 / 85	4		153	2	2
Bangladesh	78	58,1 / 58,2	850	84 / 73		25 / 13	51 / 74	100	98	138	45	36
Bhoutan	104	51,6 / 54,9	1 600				44 / 72			86		
Inde	72	62,1 / 62,7	570	112 / 89	65 / 58	60 / 37	34 / 62	95		116	41	36
Iran (République islamique d')	39	68,5 / 70,0	120	117 / 105	92 / 90	65 / 48		91		96	65	45
Népal	82	57,6 / 57,1	1 500	130 / 87		46 / 23	59 / 86	93	80	92	29	26
Pakistan	74	62,9 / 65,1	340	57 / 30	48 / 48	28 / 13	50 / 76	78	46	93	18	13
Sri Lanka	15	70,9 / 75,4	140	106 / 104	98 / 95	71 / 78	7 / 13	99	98	34	66	44
Asie occidentale (8)	50	65,9 / 70,3								66		
Arabie saoudite	23	69,9 / 73,4	130	78 / 73	87 / 89	54 / 43	28 / 50			124		
Émirats arabes unis	15	73,9 / 76,5	26	111 / 109	94 / 95	78 / 89	21 / 20			79		
Iraq	95	60,9 / 63,9	310	98 / 83	67 / 49	53 / 34	29 / 55			49	14	10
Israël	7	75,7 / 79,5	7	95 / 96	100 / 100	84 / 91				19		
Jordanie	30	67,7 / 71,8	150	94 / 95	84 / 91	52 / 54	7 / 21	100	95	49	35	27
Koweït	14	74,1 / 78,2	29	60 / 60	90 / 90	55 / 55	18 / 25			41	35	32
Liban	29	68,1 / 71,7	300	120 / 116		71 / 76	5 / 10	91		32	53	23
Oman	25	68,9 / 73,3	190	90 / 83	93 / 88	59 / 52				122	9	8
République arabe syrienne	33	66,7 / 71,2	180	112 / 101		54 / 43	14 / 44	78		57	36	28
Turquie (9)	44	66,5 / 71,7	180	107 / 98	96 / 95	74 / 48		99	95	59	63	35
Yémen	80	57,4 / 58,4	1 400		71 / 55			60	27	102	7	6
Europe	12	68,3 / 77,0								28	72	45
Europe orientale	17	61,8 / 73,0								42		
Bulgarie	16	67,8 / 74,9	27	90 / 88	84 / 78	68 / 72				60	76	8
Hongrie	14	64,5 / 73,8	30	95 / 95	92 / 94	79 / 82	1 / 1			35	73	64
Pologne	13	66,7 / 75,7	19	99 / 97		81 / 85	0 / 0			28	75	26
République tchèque	9	69,8 / 76,0	15	99 / 99	93 / 93	86 / 90				42	69	45
Roumanie	24	66,0 / 73,2	130	87 / 86	95 / 93	83 / 82	1 / 3			47	57	15
Slovaquie	12	67,0 / 75,8		101 / 101		86 / 90				43	74	41
Europe septentrionale (10)	6	73,5 / 79,4								26		
Danemark	7	73,0 / 78,3	9	97 / 98	99 / 99	112 / 115				9	78	72
Estonie	12	63,9 / 75,0	41	86 / 85		90 / 95	0 / 0			33	70	56
Finlande	5	73,0 / 80,1	11	100 / 100	99 / 99	106 / 127				11	80	78
Irlande	6	74,0 / 79,4	10	103 / 103	98 / 99	101 / 110				15		
Lettonie	16	62,5 / 74,3	40	86 / 84		84 / 90	0 / 0			35	47	38
Lituanie	13	64,9 / 76,0	36	95 / 90		76 / 79	0 / 1			26	59	
Norvège	5	74,8 / 80,6	6	100 / 100		114 / 111				16	76	72
Royaume-Uni	6	74,5 / 79,8	9	103 / 104		88 / 92				32	82	
Suède	5	76,2 / 80,8	7	101 / 101	100 / 100	96 / 97				12	78	71
Europe méridionale (11)	10	73,6 / 80,1								15		
Albanie	32	68,0 / 74,0	65	95 / 97		84 / 72				14		
Bosnie-Herzégovine	13	70,5 / 75,9								31		
Croatie	10	68,1 / 76,5		86 / 85		73 / 81				32		
Espagne	7	74,5 / 81,5	7	105 / 105	97 / 97	105 / 115	2 / 4			10	59	38
Grèce	8	75,5 / 80,6	10	97 / 98	97 / 98	100 / 98	2 / 5			18		
Italie	7	75,1 / 81,4	12	98 / 101	100 / 100	81 / 81	1 / 2			8	78	32
Macédoine (ex-Rép.youg.de Macédoine)	23	70,3 / 74,7		89 / 88		53 / 55				44		
Portugal	8	71,8 / 78,9	15	122 / 118			8 / 13			22	66	33
Slovénie	7	69,2 / 77,8	13	96 / 96		88 / 91				28		
Yougoslavie	19	69,8 / 75,3		71 / 73		64 / 65				41	55	12

Suivi des objectifs CIPD – Indicateurs sélectionnés

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction				
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie H / F	Ratio mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire H / F	% dernière année primaire H / F	Taux brut de scolarisation secondaire H / F	% d'analphabètes (> de 15 ans) H / F	Contraception accès/connaissance % connaissant méthode	% connaissant source	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthode moderne
Europe occidentale (12)	6	74,0 / 80,9								11		
Allemagne	6	73,4 / 79,9	22	97 / 98	98 / 98	102 / 100				13	75	72
Autriche	6	73,7 / 80,1	10	104 / 104		110 / 104				22	71	56
Belgique	7	73,9 / 80,6	10	99 / 100	76 / 80	103 / 104				9	79	75
France	7	74,6 / 82,9	15	107 / 105		100 / 104				9	77	70
Pays-Bas	6	75,0 / 80,6	12	96 / 99		126 / 120				7	78	76
Suisse	5	75,3 / 81,8	6	101 / 103	100 / 100	94 / 89				5	71	65
Amérique latine et Caraïbes	35	66,4 / 72,9								78	60	49
Caraïbes (13)	40	67,0 / 71,4								72		
Cuba	9	74,2 / 78,0	95	103 / 102		77 / 87	4 / 5	100		67	70	67
Haïti	82	52,8 / 56,0	1 000	58 / 54	40 / 38	22 / 21	52 / 58	81	66	54	18	13
Jamaïque	12	72,4 / 76,8	120	109 / 108	82 / 88	62 / 70	19 / 11	99		95	62	58
Porto-Rico	9	72,5 / 80,5								73	64	58
République dominicaine	34	68,9 / 73,1	110	95 / 99		30 / 43	18 / 18	100	96	91	64	59
Trinité-et-Tobago	14	71,5 / 76,2	90	95 / 95	91 / 82	77 / 80	1 / 3	97	96	60	53	44
Amérique centrale	33	68,8 / 74,6								87		
Belize	30	73,4 / 76,1		111 / 107		46 / 48		95		117	47	42
Costa Rica	12	74,5 / 79,2	60	103 / 102		42 / 45	5 / 5	100	99	93	75	65
El Salvador	39	66,5 / 72,5	300	78 / 79	24 / 23	25 / 28	26 / 30	98		105	53	48
Guatemala	40	64,7 / 69,8	200	89 / 78		25 / 23	37 / 51	70	64	123	31	27
Honduras	35	67,5 / 72,3	220	111 / 112	30 / 23	29 / 37	27 / 27	95		127	47	35
Mexique	31	69,5 / 75,5	110	114 / 111		56 / 56	8 / 13	91	72	77	53	45
Nicaragua	44	65,8 / 70,6	160	101 / 105		39 / 44	35 / 33	97		149	49	45
Panama	21	71,8 / 76,4	55	108 / 104	76 / 82	60 / 65	9 / 10	95		91	64	58
Amérique du Sud (14)	36	65,6 / 72,6								75		
Argentine	22	69,6 / 76,8	100	108 / 107		70 / 75	4 / 4			70		
Bolivie	66	59,8 / 63,2	650	99 / 90	47 / 41	40 / 34	9 / 24	73	66	82	45	18
Brésil	42	63,4 / 71,2	220				17 / 17	100	95	73	74	69
Chili	13	72,3 / 78,3	65	99 / 98	73 / 80	67 / 72	5 / 5			56		
Colombie	24	68,2 / 73,7	100	116 / 117	53 / 59	56 / 67	9 / 9	98	94	80	72	59
Equateur	46	67,3 / 72,5	150	124 / 122	63 / 65	54 / 56	8 / 12	89	88	79	57	46
Paraguay	39	67,5 / 72,0	160	111 / 108	57 / 60	34 / 35	6 / 9	98	90	87	56	41
Pérou	45	65,9 / 70,9	280				5 / 17	96	89	63	64	41
Uruguay	17	69,6 / 76,1	85	108 / 107	91 / 94		3 / 2			60		
Venezuela	21	70,0 / 75,7	120	95 / 97		29 / 41		98	68	101	49	38
Amérique du Nord (15)	7	73,6 / 80,3								59	71	67
Canada	6	76,1 / 81,8	6	106 / 104	96 / 96	104 / 103				26	66	65
Etats-Unis d'Amérique	7	73,4 / 80,1	12	107 / 106	89 / 87	98 / 97				63	71	67
Océanie	24	71,5 / 76,4								28		
Australie-Nouvelle-Zélande	6	75,3 / 80,9								24		
Australie (16)	6	75,4 / 81,2	9	108 / 108	99 / 100	83 / 86				22	76	72
Mélanésie (17)	53	60,0 / 62,2								34		
Nouvelle-Calédonie	18	70,9 / 75,9								53		
Nouvelle-Zélande	7	74,7 / 79,7	25	103 / 101	96 / 97	95 / 95				34	69	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	61	57,2 / 58,7	930	80 / 67		15 / 10	19 / 37			23		
Vanuatu	38	65,5 / 69,5		105 / 107		23 / 18				75		
Pays à économie en transition (ex-URSS) (18)												
Arménie	25	67,2 / 74,0	50	87 / 93		80 / 90	0 / 1			52		
Azerbaïdjan	33	66,5 / 74,5	22	87 / 86		92 / 93	0 / 1			22		
Bélarus	15	64,4 / 74,8	37	96 / 96		88 / 95	0 / 1			28	50	42
Fédération de Russie	19	58,0 / 71,5	75	109 / 109		86 / 93	0 / 1			45	21	13
Géorgie	23	68,5 / 76,7	33				0 / 1			51		
Kazakhstan	34	62,8 / 72,5	80	86 / 86		89 / 91	0 / 1			35	59	46
Kirghizistan	39	63,4 / 71,9	110				0 / 1			45		
Ouzbékistan	43	64,3 / 70,7	55	80 / 79		96 / 92	0 / 0			39		
République de Moldova	26	63,5 / 71,5	60	78 / 78		69 / 72				39		
Tadjikistan	56	64,2 / 70,2	130	87 / 84		101 / 104	0 / 0			36		
Turkménistan	57	61,2 / 68,0	55				0 / 0			22		
Ukraine	18	63,6 / 74,0	50	91 / 90		84 / 94				43		

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (millions) (1998)	Population projetée (millions) (2025)	Taux moyen d'accroissement de pop (1995-2000)	% population urbaine (1995)	Taux de croissance urbaine (1995-2000)	Population/ha de terres arables	Taux total de fécondité (période)	% accès aux soins de base	% naissances avec assistance qualifiée	PIB par habitant (\$É U 1995)	% Dépenses du gouvernement central Education Santé		Assistance étrangère en matière de pop (milliers \$É U)	Mortalité enfants > de 5 ans H / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau potable
Total Mondial	5 929,8	8 039,1	1,4	45	2,5		2,79		57				(1 325 334)	082 / 810		
Régions plus développées (*)	1 181,5	1 220,3	0,3	75	0,7		1,59		99					15 / 11		
Régions moins développées (+)	4 748,3	6 818,9	1,7	38	3,3		3,08		53					90 / 90		
Pays les moins avancés (#)	626,9	1 159,3	2,6	22	5,2		5,25							162 / 150		
Afrique (1)	778,5	1 453,9	2,6	34	4,3		5,31		42					152 / 138		
Afrique orientale	241,2	480,2	2,9	22	5,3		6,05		34					172 / 156		
Burundi	6,6	12,3	2,8	8	6,4	5,9	6,28	80	24	630			2 109	198 / 178	23	52
Erythrée	3,5	6,5	3,7	17	4,7	5,7	5,34		6				5 572	165 / 148		
Ethiopie	62,1	136,3	3,2	13	5,1	4,3	7,00	46	8	450	9,9	3,0	20 284	196 / 176	22	
Kenya	29,0	50,2	2,2	28	5,6	5,3	4,85	77	45	1 380	20,1	5,4	40 780	107 / 102	110	53
Madagascar	16,3	34,5	3,1	27	5,6	4,4	5,65	65	57	640	17,2	6,6	10 798	123 / 109	36	29
Malawi	10,4	20,4	2,5	14	4,6	5,0	6,69	80	55	750	10,4	7,8	22 000	234 / 227	39	45
Maurice (2)	1,2	1,5	1,1	41	1,6	1,4	2,28	100	97	13 210	14,6	8,1	568	22 / 19	0,387	98
Mozambique	18,7	35,4	2,5	34	7,1	4,8	6,06	39	30	810			12 052	192 / 171	40	32
Ouganda	21,3	45,0	2,6	13	5,4	3,2	7,10	49	38	1 470			22 856	203 / 185	23	34
République-Unie de Tanzanie	32,2	62,4	2,3	24	5,7	8,0	5,48	80	44	640			27 102	143 / 127	34	
Rwanda	6,5	13,0	7,9	6	4,7	5,6	6,00	80	26	540			2 604	240 / 225	34	
Somalie	10,7	23,7	3,9	26	4,7	7,0	7,00	27	2				1 219	200 / 178		
Zambie	8,7	16,2	2,5	43	3,3	1,1	5,49	75	51	930	6,2	5,3	11 449	156 / 150	149	43
Zimbabwe	11,9	19,3	2,1	32	4,4	2,4	4,68	85	69	2 030	15,7	5,1	9 338	122 / 108	438	
Afrique centrale (3)	90,4	187,5	2,7	33	4,5		6,01		42					158 / 140		
Angola	12,0	25,5	3,3	32	5,6	2,7	6,69	30	17	1 310			683	205 / 183	89	32
Cameroun	14,3	28,5	2,7	45	4,7	1,5	5,30	70	58	2 110	15,3	4,3	5 822	122 / 111	103	
Gabon	1,2	2,1	2,8	50	4,2	1,5	5,40	90	80				520	146 / 129	652	27
République centrafricaine	3,5	6,0	2,1	39	3,5	1,3	4,95	45	46	1 070			2 203	172 / 140	29	18
République du Congo	2,8	5,7	2,8	59	4,2	8,0	5,87	83	50	2 050			602	154 / 122	331	
République dém. du Congo (4)	49,2	105,9	2,6	29	4,3	4,1	6,24	26	15	490			2 034	151 / 133	45	24
Tchad	6,9	12,6	2,8	21	4,1	1,6	5,51	30	15	700			1 367	191 / 171	16	
Afrique septentrionale (5)	168,1	256,7	2,0	46	3,1		3,67		63					91 / 82		
Algérie	30,2	47,3	2,3	56	3,5	0,9	3,81	98	77	5 300			1 157	66 / 60	906	
Egypte	65,7	95,8	1,9	45	2,6	7,3	3,40	99	46	3 820	13,4	2,8	23 462	84 / 77	600	64
Jamahiriya arabe libyenne	6,0	12,9	3,3	86	3,9	0,2	5,92		76				10	98 / 89	2 499	
Maroc	28,0	39,9	1,8	48	2,9	1,2	3,10	70	40	3 340	18,2	3,0	16 460	85 / 76	327	52
Soudan	28,5	46,9	2,2	25	4,7	1,4	4,61	70	86				2 672	139 / 123	66	50
Tunisie	9,5	13,5	1,8	57	2,6	0,7	2,92	90	90	5 000	17,5	6,6	3 960	58 / 55	595	99
Afrique australe	50,6	82,9	2,2	48	3,3		3,92		79					94 / 80		
Afrique du Sud	44,3	71,6	2,2	51	3,0	0,4	3,81	82	82	5 030			9 693	92 / 77	2 146	70
Botswana	1,6	2,6	2,2	28	6,3	1,7	4,45	89	77	5 580	21,0	4,7	3 187	97 / 86	387	
Lesotho	2,2	4,0	2,5	23	5,8	2,5	4,86	80	50	1 780	21,9	11,5	939	109 / 101		52
Namibie	1,7	3,0	2,4	37	5,3	0,9	4,90	62	68	4 150	22,2	9,7	3 447	109 / 102		57
Afrique de l'Ouest (6)	228,1	446,6	2,8	37	4,9		5,95		34					172 / 157		
Bénin	5,9	12,3	2,8	31	4,6	2,3	5,83	18	38	1 760			4 363	142 / 116	20	50
Burkina Faso	11,4	23,5	2,8	27	8,9	2,8	6,57	90	43	780			6 742	176 / 166	16	78
Côte d'Ivoire	14,6	24,4	2,0	44	4,7	2,7	5,10	30	45	1 580			2 912	134 / 119	103	72
Ghana	18,9	36,3	2,8	36	4,4	3,5	5,28	60	44	1 990	25,7	9,0	14 518	127 / 110	93	56
Guinée	7,7	15,3	1,4	30	5,5	9,0	6,61	80	31				11 012	214 / 209	65	62
Guinée-Bissau	1,1	1,9	2,0	22	4,6	3,0	5,42	40	40	790	2,7	1,4	590	222 / 198	37	53
Libéria	2,7	6,6	8,6	45	4,5	11,7	6,33	39	58		11,0	5,1	140	334 / 330		30
Mali	11,8	24,6	3,0	27	5,4	2,7	6,60	30	24	550	9,0	2,1	12 411	210 / 187	22	37
Mauritanie	2,5	4,4	2,5	54	4,3	5,4	5,03	63	40	1 540			933	161 / 143	103	76
Niger	10,1	22,4	3,3	17	5,8	1,6	7,10	32	15	750			9 839	207 / 184	37	53
Nigéria	121,8	238,4	2,8	39	4,8	1,4	5,97	66	31	1 220			19 021	165 / 151	162	39
Sénégal	9,0	16,9	2,7	42	4,0	2,8	5,62	40	47	1 780			14 021	172 / 163	97	50
Sierra Leone	4,6	8,2	3,0	36	4,4	5,8	6,06	38	25	580	2,1	1,5	855	296 / 266	77	34
Togo	4,4	8,8	2,7	31	4,8	1,2	6,08	61	32	1 130			4 971	147 / 130	46	63
Asie	3 588,9	4 784,8	1,4	35	3,2		2,65		53				342 302	75 / 80		
Asie orientale (7)	1 459,7	1 695,5	0,9	37	2,9		1,78		86					40 / 47		
Chine	1 255,1	1 480,4	0,9	30	3,6	9,5	1,80	92	85	2 920			11 394	43 / 51	664	90
Hong Kong	6,3	6,5	0,8	95	0,5	8,2	1,32	99	100	22 950				7 / 6	2 185	
Japon	125,9	121,3	0,2	78	0,4	1,7	1,48		100	22 110			(93 760)	6 / 5	3 856	
Mongolie	2,6	4,1	2,1	61	2,9	0,5	3,27	95	97	1 950			1 177	74 / 77	1 058	
République de Corée	46,1	52,5	0,9	81	2,1	3,0	1,65	100	95	11 450	16,2	1,2	45	15 / 15	2 982	
Rép.pop.dém. de Corée	23,2	30,0	1,6	61	2,3	4,4	2,10		100				831	31 / 29	1 129	

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (millions) (1998)	Population projetée (millions) (2025)	Taux moyen d'accroissement de pop (1995-2000)	% population urbaine (1995)	Taux de croissance urbaine (1995-2000)	Population/ha de terres arables	Taux total de fécondité (période)	% accès aux soins de base	% naissances avec assistance qualifiée	PIB par habitant (\$É U 1995)	% Dépenses du gouvernement central Education	Santé	Assistance étrangère en matière de pop (milliers \$É U)	Mortalité enfants > de 5 ans H / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau potable
Asie du Sud-Est	506,0	691,9	1,6	34	3,7		2,86		53					74 / 65		
Cambodge	10,8	17,0	2,2	21	5,6	1,9	4,50	53	21				18 755	158 / 141	52	
Indonésie	206,5	275,2	1,5	35	4,1	5,7	2,63	80	36	3 800	9,8	2,8	26 286	78 / 65	366	62
Malaisie	21,5	31,6	2,0	54	3,4	2,4	3,24		98	9 020	19,6	5,9	731	27 / 23	1 699	
Myanmar	47,6	67,6	1,8	26	3,7	3,4	3,30	60	52		17,4	6,8	427	112 / 98	49	38
Philippines	72,2	105,2	2,0	54	3,7	5,2	3,62	76	53	2 850	15,0	4,1	47 271	59 / 48	316	85
République dém.pop.lao	5,4	10,2	3,1	22	5,7	4,3	6,69	67	30				982	172 / 150	38	39
Singapour	3,5	4,2	1,5	100	0,8	8,0	1,79	100	100	22 770	22,9	6,2	7	7 / 6	8 103	
Thaïlande	59,6	69,1	0,8	20	2,8	1,9	1,74	90	71	7 540	21,1	8,1	6 736	40 / 38	769	
Viet Nam	77,9	110,1	1,8	21	3,5	9,3	2,97	90	79				23 967	61 / 67	101	36
Asie méridionale	1 443,8	2 100,0	1,8	29	3,4		3,42		34					98 / 107		
Afghanistan	23,4	45,3	5,3	20	7,7	1,7	6,90	29	8				10	261 / 255		12
Bangladesh	124,0	180,0	1,6	18	5,2	8,6	3,14	45	14	1 380	11,2	4,8	65 404	103 / 109	64	97
Bhoutan	1,9	3,6	2,8	6	6,3	12,8	5,89	65	12	1 260	10,7	4,8	770	171 / 149		58
Inde	975,8	1 330,2	1,6	27	3,0	3,2	3,07	85	35	1 400	2,1	1,6	60 223	93 / 108	248	81
Iran (République islamique d')	73,1	128,3	2,2	59	3,0	1,4	4,77	80	74		11,9	4,2	3 050	67 / 75	1 505	83
Népal	23,2	40,6	2,5	14	6,5	6,9	4,95		8	1 170	10,9	4,7	17 994	122 / 137	28	44
Pakistan	147,8	268,9	2,7	35	4,6	3,3	5,02	55	18	2 230	1,6	1,0	15 761	117 / 113	254	60
Sri Lanka	18,5	23,9	1,0	22	2,8	9,2	2,10	93	94	3 250	10,1	4,8	1 973	21 / 21	97	46
Asie occidentale (8)	179,3	297,4	2,2	66	3,4		3,82		68					79 / 71		
Arabie saoudite	20,2	42,4	3,4	80	3,9	0,7	5,90	97	90					38 / 32	4 566	
Emirats arabes unis	2,4	3,3	2,0	84	2,5	5,9	3,46	99	96	16 470	15,0	6,9		24 / 18	10 531	
Iraq	21,8	41,6	2,8	75	3,7	0,4	5,25	93	54				850	146 / 140	1 213	44
Israël	5,9	8,0	1,9	91	1,6	0,5	2,75		99	16 490	11,1	4,4	66	11 / 10	2 717	
Jordanie	6,0	11,9	3,3	71	4,1	1,9	5,13	97	87	4 060	12,9	5,2	3 143	51 / 40	1 067	89
Koweït	1,8	2,9	3,0	97	3,4	4,2	2,77	100	99	23 790	13,7	6,0	178	23 / 17	8 622	
Liban	3,2	4,4	1,8	87	2,3	0,6	2,75	95	45				944	47 / 36	964	100
Oman	2,5	6,5	4,2	13	7,4	58,1	7,20	96	92	8 140	11,0	5,7	708	43 / 31	2 392	63
République arabe syrienne	15,3	26,3	2,5	52	4,3	0,9	4,00	90	67	5 320	8,6	1,9	3 574	51 / 39	997	85
Turquie (9)	63,8	85,8	1,6	69	3,5	1,2	2,50		76	5 580	20,0	3,5	10 092	77 / 65	957	
Yémen	16,9	39,6	3,7	34	5,9	5,9	7,60	38	16				3 552	129 / 128	206	
Europe	729,4	701,1	0,0	74	0,5		1,45		98				31 399	19 / 13		
Europe orientale	308,4	284,2	-0,3	70	0,5		1,41							27 / 19		
Bulgarie	8,4	7,5	-0,5	71	0,3	0,2	1,45		100	4 480	2,7	2,1	54	20 / 14	2 438	
Hongrie	9,9	8,7	-0,6	65	0,4	0,3	1,40		99	6 410	3,3	7,9		19 / 14	2 383	
Pologne	38,7	40,0	0,1	65	0,9	0,6	1,65		99	5 400			190	20 / 14	2 401	
République tchèque	10,2	9,6	-0,1	65	0,4	0,4	1,40		99	9 770				15 / 5	3 868	
Roumanie	22,6	21,1	-0,2	55	0,6	0,4	1,40		99	4 360	10,0	9,2	410	32 / 24	1 733	
Slovaquie	5,4	5,5	0,1	59	1,2	0,4	1,50			3 610				16 / 12	3 243	
Europe septentrionale (10)	93,6	95,6	0,1	84	0,4		1,73							10 / 8		
Danemark	5,3	5,3	0,2	85	0,2	0,1	1,82		100	21 230	9,3	1,0	(49 654)	10 / 7	3 977	
Estonie	1,4	1,3	-1,0	73	-0,1	0,2	1,30			4 220			50	20 / 13	3 709	
Finlande	5,2	5,3	0,3	63	1,0	0,2	1,83		100	17 760	13,9	3,2	(22 461)	7 / 6	5 997	
Irlande	3,6	3,7	0,2	58	0,8	0,3	1,80			15 680	12,2	13,0	(2 931)	8 / 6	3 137	
Lettonie	2,4	2,1	-1,1	73	-0,2	0,2	1,40			3 370			422	24 / 15	1 569	
Lituanie	3,7	3,5	-0,3	72	0,7	0,2	1,50			4 120			60	18 / 13	2 030	
Norvège	4,4	4,7	0,4	73	0,7	0,2	1,88		100	21 940	9,4	10,3	(47 308)	7 / 6	5 318	
Royaume-Uni	58,2	59,5	0,1	89	0,4	0,2	1,72		98	19 260	13,2	13,8	(98 212)	9 / 7	3 772	
Suède	8,9	9,5	0,3	83	0,5	0,1	1,80		100	18 540	9,3	0,8	(44 686)	7 / 6	5 723	
Europe méridionale (11)	144,3	137,2	0,2	65	0,6		1,34							16 / 13		
Albanie	3,4	4,3	0,6	37	2,2	3,1	2,60		99				2 781	50 / 47	341	
Bosnie-Herzégovine	4,0	4,3	3,9	49	6,1	0,6	1,40						1 829	22 / 16	348	
Croatie	4,5	4,2	-0,1	64	0,9	0,5	1,60						140	21 / 13	1 395	
Espagne	39,8	37,5	0,1	76	0,4	0,2	1,22		96	14 520	5,3	7,0	(578)	10 / 9	2 458	
Grèce	10,6	10,1	0,3	65	1,0	0,8	1,38		99	11 710				10 / 10	2 260	
Italie	57,2	51,7	0,0	67	0,2	0,4	1,19		100	19 870	5,5	7,5	(4 437)	10 / 8	2 707	
Macédoine (ex-Rép.youg. de Macédoine)	2,2	2,5	0,7	60	1,5	0,6	1,90		93					46 / 37	1 279	
Portugal	9,8	9,4	-0,1	36	1,4	0,7	1,48		98	12 670	12,0	8,0		14 / 10	1 827	
Slovénie	1,9	1,7	-0,1	64	1,2	0,3	1,30		100					14 / 8	2 612	
Yougoslavie	10,4	10,7	0,5	57	0,9	0,7	1,80							31 / 25	1 110	

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (millions) (1998)	Population projetée (millions) (2025)	Taux moyen d'accroissement de pop (1995-2000)	% population urbaine (1995)	Taux de croissance urbaine (1995-2000)	Population/ha de terres arables	Taux total de fécondité (période)	% accès aux soins de base	% naissances avec assistance qualifiée	PIB par habitant (\$É U 1995)	% Dépenses du gouvernement central		Assistance étrangère en matière de pop (milliers \$É U)	Mortalité enfants > de 5 ans H / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau potable
Europe occidentale (12)	183,1	184,1	0,3	81	0,4		1,46							9 / 7		
Allemagne	82,4	80,9	0,3	87	0,3	0,2	1,30	100		20 070	0,5	13,8	(145 344) ²⁰	8 / 6	4 128	
Autriche	8,2	8,3	0,6	56	0,7	0,3	1,42	100		21 250	9,4	13,0	(2 869)	10 / 7	3 301	
Belgique	10,2	10,3	0,3	97	0,3	0,4 ¹⁹	1,62	100		21 660	10,2	1,4	(5 594)	9 / 6	5 120	
France	58,7	60,4	0,3	73	0,5	0,1	1,63	99		21 030	6,1	14,1	(13 422)	9 / 7	4 042	
Pays-Bas	15,7	16,1	0,5	89	0,6	0,8	1,55	100		19 950	10,8	13,9	(86 601)	10 / 8	4 580	
Suisse	7,3	7,6	0,7	61	1,3	0,8	1,46			25 860			(17 098)	8 / 7	3 629	
Amérique latine et Caraïbes	499,5	689,6	1,5	74	2,3		2,65		75				190 252	51 / 41		
Caraïbes (13)	36,9	48,2	1,1	62	2,0		2,59		71					61 / 48		
Cuba	11,1	11,8	0,4	76	1,2	0,5	1,55	98	99				1 648	14 / 10	923	93
Haïti	7,5	12,5	1,9	32	4,1	7,9	4,60	50	20	910			15 036	130 / 104	29	28
Jamaïque	2,5	3,4	0,9	54	1,7	3,6	2,44	90	92	3 540			3 536	29 / 19	1 083	
Porto-Rico	3,8	4,7	0,9	73	1,4	3,4	2,10		99					17 / 10	2 000	
République dominicaine	8,2	11,2	1,7	65	2,7	1,2	2,80	80	90	3 870	10,2	14,0	9 437	58 / 46	337	71
Trinité-et-Tobago	1,3	1,7	0,8	72	1,8	1,5	2,10	100	98	8 610			47	22 / 14	5 436	
Amérique centrale	130,7	189,1	1,9	68	2,6		3,04		65					50 / 42		
Belize	0,2	0,4	2,5	47	2,6		3,66		77	5 400	16,8	6,6	73	41 / 41		89
Costa Rica	3,7	5,6	2,1	50	3,2	2,7	2,95	80	97	5 850	19,1	32,0	920	18 / 14	558	92
El Salvador	6,1	9,2	2,2	45	2,9	3,4	3,09	40	87	2 610	12,8	7,3	8 852	61 / 48	370	55
Guatemala	11,6	21,7	2,8	41	4,1	4,0	4,90	34	35	3 340			10 568	80 / 72	210	
Honduras	6,1	10,7	2,8	44	4,3	1,2	4,30	64	47	1 900			11 471	63 / 51	204	65
Mexique	95,8	130,2	1,6	75	2,4	0,9	2,75	78	69	6 400	13,9	1,9	22 268	43 / 37	1 561	83
Nicaragua	4,5	7,6	2,6	63	4,0	0,4	3,85	83	61	2 000			10 853	73 / 60	300	61
Panama	2,8	3,8	1,6	53	2,4	1,2	2,63	80	84	5 980	16,1	21,8	350	32 / 30	618	83
Amérique du Sud (14)	331,9	452,3	1,5	78	2,2		2,51		80					51 / 40		
Argentine	36,1	47,2	1,3	88	1,5	0,2	2,62	71	96	8 310	9,9	3,0	1 603	30 / 24	1 504	
Bolivie	8,0	13,1	2,3	61	3,8	1,6	4,36	67	46	2 540	16,6	8,2	14 606	102 / 93	373	55
Brésil	165,2	216,6	1,2	78	2,3	0,6	2,17		73	5 400	3,7	6,9	17 054	56 / 43	718	72
Chili	14,8	19,5	1,4	84	1,6	0,6	2,44	97	98	9 520	13,3	11,1	2 161	18 / 15	1 012	85
Colombie	37,7	52,7	1,7	73	2,2	3,6	2,69	60	85	6 130			8 913	40 / 31	622	76
Equateur	12,2	17,8	2,0	58	3,1	2,1	3,10	88	64	4 220	18,2	11,0	6 881	67 / 55	565	70
Paraguay	5,2	9,4	2,6	53	3,8	0,8	4,17	63	66	3 650	12,7	4,3	6 063	58 / 46	299	
Pérou	24,8	35,5	1,7	72	2,5	2,2	2,98	75	53	3 770			22 659	78 / 64	367	60
Uruguay	3,2	3,7	0,6	90	0,8	0,4	2,25	82	96	6 630	6,8	5,0	100	24 / 21	622	
Venezuela	23,2	34,8	2,0	93	2,4	0,9	2,98	97	97	7 900			500	30 / 23	2 186	79
Amérique du Nord (15)	304,1	369,0	0,8	76	1,2		1,93		99					11 / 9		
Canada	30,2	36,4	0,9	77	1,2	0,0	1,61	100		21 130	2,9	5,2	(37 309)	8 / 7	7 854	
Etats-Unis d'Amérique	273,8	332,5	0,8	76	1,2	0,0	1,96	99		26 980	1,8	16,0	(667 086)	12 / 9	7 819	
Océanie	29,5	40,7	1,3	70	1,4		2,46		52					34 / 33		
Australie-Nouvelle-Zélande	22,1	28,8	1,1	85	1,2		1,91							10 / 7		
Australie (16)	18,4	23,9	1,1	85	1,2	0,0	1,89	100		18 940	7,0	12,7	(26 939)	9 / 7	5 341	
Mélanésie (17)	6,2	10,2	2,2	21	3,6		4,32							75 / 77		
Nouvelle-Calédonie	0,2	0,3	1,5	62	2,2		2,53		98					31 / 19		
Nouvelle-Zélande	3,7	4,9	1,1	86	1,3	0,2	2,02		95	16 360	13,9	12,1	(1 153)	12 / 9	4 245	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4,6	7,5	2,2	16	4,0	55,6	4,65	96	33	2 420	15,0	7,9	3 675	87 / 92	236	28
Vanuatu	0,2	0,3	2,5	19	3,9		4,36		79	2 290	14,8	7,6	601	64 / 51		
Pays à économie en transition (ex-URSS) (18)																
Arménie	3,6	4,2	0,2	69	1,6	0,9	1,70		95	2 260			2 042	30 / 24	384	
Azerbaïdjan	7,7	9,7	0,8	56	1,7	1,4	2,30		95	1 460			870	44 / 37	2 182	
Bélarus	10,3	9,6	-0,1	71	0,8	0,3	1,40		100	4 220			72	21 / 15	2 392	
Fédération de Russie	147,2	131,4	-0,3	76	0,3	0,1	1,35			4 480			8 797	32 / 22	4 014	
Géorgie	5,4	5,8	-0,1	58	1,1	1,8	1,90		95	1 470			1 172	28 / 21	614	
Kazakhstan	16,9	20,0	0,1	60	1,4	0,1	2,30		99	3 010			2 292	41 / 32	3 371	
Kirghizistan	4,5	6,0	0,4	39	2,4	1,7	3,21		95	1 800			1 468	51 / 41	616	
Ouzbékistan	24,1	36,5	1,9	41	2,8	1,9	3,48		90	2 370			972	62 / 51	1 869	
République de Moldova	4,5	4,9	0,1	52	1,8	0,8	1,80						423	33 / 23	1 095	
Tadjikistan	6,2	9,7	1,9	32	3,2	2,7	3,93		92	920			1 151	79 / 64	616	
Turkménistan	4,3	6,5	1,9	45	2,5	1,1	3,58		90				653	81 / 66	2 361	
Ukraine	51,2	46,0	-0,4	70	0,6	0,3	1,38		100	2 400			6 785	24 / 17	3 180	

Suivi des objectifs CIPD – Indicateurs sélectionnés

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation		Indicateurs de santé reproduct		
	Mortalité infantile totale pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie H / F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire H / F	Taux brut de scolarisation secondaire H / F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans	Prévalence contracept. Méthode quelconque	Méthode moderne
Antilles néerlandaises	10	73,4 / 79,3				35		
Bahamas	14	70,5 / 77,1	100	100 / 103	95 / 95	52	62	60
Bahreïn	18	71,1 / 75,3	60	109 / 111	97 / 101	25	53	30
Barbade	9	73,6 / 78,7	43	105 / 105	93 / 83	51	55	53
Brunei Darussalam	9	73,4 / 78,1	60	108 / 102	65 / 73	28		
Cap-Vert	41	65,5 / 67,5		125 / 119	21 / 20	85		
Chypre	7	75,4 / 79,8	5	101 / 102	96 / 101	31		
Comores	82	57,0 / 58,0	950	81 / 69	21 / 17	142	21	11
Djibouti	106	48,7 / 52,0	570	39 / 30	13 / 10	31		
Fidji	20	70,6 / 74,9	90	128 / 127	64 / 65	46	41	35
Gambie	122	45,4 / 48,7	1 100	79 / 56	25 / 13	171	12	7
Guadeloupe	8	72,1 / 78,8				33	44	31
Guam	10	72,7 / 76,8				91		
Guinée équatoriale	107	48,4 / 51,6	820			192		
Guyana	58	61,1 / 67,9				66	31	28
Iles Salomon	23	69,6 / 73,9		97 / 82	19 / 12	99		
Islande	5	77,4 / 81,2	0	102 / 98	105 / 101	25		
Luxembourg	6	73,1 / 79,7	0	88 / 94		13		
Maldives	49	65,7 / 63,3		132 / 128	44 / 44	71		
Malte	8	74,6 / 79,1	0	109 / 106	91 / 84	13		
Martinique	7	73,7 / 80,3				26	51	38
Micronésie (21)	35	67,2 / 70,9				65		
Polynésie (22)	32	68,7 / 73,3				50		
Polynésie française	10	69,8 / 75,3				73		
Qatar	17	70,0 / 75,4		91 / 86	82 / 86	66	32	29
Réunion	7	70,9 / 79,8				42	67	62
Samoa	58	67,5 / 71,1	35	106 / 107		22		
Suriname	24	69,0 / 74,0		127 / 124		62		
Swaziland	65	57,7 / 62,3	560	120 / 114	54 / 52	88	20	17
Timor oriental	135	46,6 / 48,4				47		

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (milliers) 1998	Population projetée (milliers) 2005	Population urbaine % 1995	Accroissement (1995-2000)	Taux total de fécondité (1995-2000)	% naissances avec assistance qualifiée	PIB par habitant (1995)	Mortalité enfants > de 5 ans H / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Antilles néerlandaises	198	240	69,5	1,3	2,10	95		17 / 13	10 678	
Bahamas	293	391	86,5	1,9	1,95	100	14 710	33 / 28	6 900	
Bahreïn	594	863	90,3	2,7	2,97	94	13 400	41 / 31	11 925	
Barbade	263	296	47,4	1,7	1,73	98	10 620	14 / 11	1 381	
Brunei Darussalam	313	450	57,8	2,2	2,70	98		11 / 8	7 687	
Cap-Vert	417	679	54,3	5,5	3,56		1 870	56 / 44	305	51
Chypre	776	950	54,1	1,9	2,31	98		15 / 12	2 517	
Comores	672	1 342	30,7	5,6	5,51	24	1 320	135 / 118	30	
Djibouti	652	1 134	82,8	2,6	5,39	79		203 / 182	975	90
Fidji	822	1 170	40,7	2,5	2,76	100	5 780	32 / 23	525	100
Gambie	1 194	1 984	25,5	5,3	5,20	44	930	234 / 211	57	76
Guadeloupe	444	573	99,4	1,6	2,10			16 / 13	627	
Guam	159	218	38,2	2,4	3,04	100		14 / 11	9 471	
Guinée équatoriale	430	798	42,2	5,2	5,51	5		206 / 185	82	95
Guyana	856	1 114	36,2	2,9	2,32	93	2 420	69 / 55	349	61
Iles Salomon	417	844	17,1	6,3	4,98	85	2 190	62 / 49	164	
Islande	277	336	91,6	1,2	2,19	100	20 460	8 / 6	5 025	
Luxembourg	422	466	89,1	1,4	1,76	100	37 930	12 / 9	9 879	
Maldives	282	589	26,8	4,3	6,80	90	3 080	80 / 66	139	89
Malte	374	424	89,3	0,9	2,10	98		13 / 10	2 107	
Martinique	392	477	93,3	1,3	2,00			14 / 11	649	
Micronésie (21)	515	857	42,7	3,2	4,05			50 / 38		
Polynésie (22)	608	871	41,3	2,6	3,24					
Polynésie française	232	337	56,4	2,2	2,85	98		31 / 22	1 439	
Qatar	579	782	91,4	2,1	3,77	97	17 690	36 / 26	16 196	
Réunion	682	905	67,8	2,3	2,10	97		10 / 8	671	
Samoa	170	255	21,0	2,4	3,80	52	2 030			
Suriname	442	605	50,4	2,5	2,39	91	2 250	51 / 39	1 877	
Swaziland	931	1 675	31,2	5,7	4,46	56	2 880	169 / 156	283	43
Timor oriental	857	1 200	7,5	1,7	4,32					

Les appellations utilisées dans la présente publication n'impliquent aucune prise de position de la part du Fonds des Nations Unies pour la population quant au statut juridique des pays, territoires ou régions ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les données concernant les petits pays ou régions, généralement ceux dont la population ne dépassait pas 200 000 habitants en 1990, ne figurent pas comme telles dans le présent tableau. Elles ont été reprises dans les chiffres concernant la population de leur région.

- (*) Les régions plus développées comprennent l'Amérique du Nord, le Japon, l'Europe et l'Australie-Nouvelle-Zélande.
- (+) Les régions moins développées comprennent toutes les régions d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Asie (sauf le Japon), la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.
- (‡) Pays les moins avancés, selon la nomenclature de l'ONU.
- (1) Y compris le Territoire britannique de l'océan Indien et les Seychelles.
- (2) Y compris Agalesa, Rodrigues et Saint-Brandon.
- (3) Y compris Sao-Tomé-et-Principe.
- (4) Ex-Zaïre.
- (5) Y compris le Sahara occidental.
- (6) Y compris Sainte-Hélène, l'île de l'Ascension et Tristan da Cunha.
- (7) Y compris Macao.
- (8) Y compris la bande de Gaza (Palestine)
- (9) La Turquie est incluse dans l'Asie Occidentale pour des raisons géographiques. Dans d'autres classifications, elle est incluse en Europe.
- (10) Y compris les îles de la Manche, les îles Féroé et l'île de Man.

- (11) Y compris Andorre, Gibraltar, le Saint-Siège et Saint-Marin.
- (12) Y compris le Liechtenstein et Monaco.
- (13) Y compris Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les îles Vierges britanniques, les îles Caïmanes, Dominique, Grenade, Montserrat, les Antilles néerlandaises, Saint-Kitts-et-Névis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, les îles Turques et Caïques et les îles Vierges américaines.
- (14) Y compris les îles Falkland (Malvinas) et la Guyane française.
- (15) Y compris les Bermudes, le Groenland et Saint-Pierre-et-Miquelon.
- (16) Y compris l'île Christmas, les îles Cocos (Keeling) et l'île Norfolk.
- (17) Y compris la Nouvelle-Calédonie et Vanuatu.
- (18) Les Etats successeurs de l'ex-URSS sont repris dans les régions existantes. L'Europe orientale englobe le Bélarus, la Fédération de Russie, la République de Moldova et l'Ukraine. L'Asie occidentale englobe l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie. L'Asie méridionale englobe le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan.
- (19) Ce chiffre comprend le Luxembourg.
- (20) Des études plus récentes donnent à penser que ce chiffre pourrait être plus élevé. Les publications futures traduiront l'évaluation de la présente indication.
- (21) Y compris les Etats fédérés de Micronésie, Guam, Kiribati, les îles Marshall, Nauru, les îles Mariannes septentrionales, les Palaos et l'île de Wake.
- (22) Y compris le Samoa américain, les îles Cook, l'île Johnston, Pitcairn, le Samoa, les îles Tokélaou, Tonga, les îles Midway, Tuvalu et les îles Wallis-et-Futuna.

Notes techniques :

Une fois de plus, les tableaux statistiques publiés dans le rapport *Etat de la population mondiale* accordent une place spéciale aux indicateurs permettant de mesurer le progrès réalisé dans le domaine des objectifs quantitatifs et qualitatifs adoptés à la Conférence internationale sur la population et le développement pour ce qui est de la réduction de la mortalité, de l'accès à l'éducation et de l'accès aux services de santé en matière de reproduction (y compris la planification familiale). A mesure que le suivi de la CIPD favorise la mise au point de systèmes améliorés de surveillance, différentes mesures seront insérées, selon leur disponibilité, dans les rapports à paraître. Un meilleur suivi des contributions financières des gouvernements, des organisations non gouvernementales et du secteur privé devrait également permettre de mieux rendre compte à l'avenir des dépenses et des ressources liées à la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD. On trouvera ci-après, par catégorie, la source des indicateurs et la raison qui a présidé à leur choix.

Surveillance des objectifs de la CIPD

Indicateurs de mortalité

Mortalité infantile, espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance: Source: Division de la popula-

tion du Secrétariat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision* (Projet). New York: Nations Unies. Ces indicateurs mesurent les niveaux de mortalité, respectivement pendant la première année de vie (qui est la plus délicate sur le plan du développement) et sur toute la durée de la vie.

Ratio de mortalité maternelle: Source: UNICEF/Organisation mondiale de la santé. 1996. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF*. Cet indicateur présente le nombre de décès de femmes, pour 100 000 naissances vivantes, qui sont imputables aux suites d'une grossesse ou d'un accouchement et aux complications connexes. Il est difficile d'atteindre à la précision, mais les ordres de grandeur fournissent des indications. En dessous de 50, les estimations n'ont pas été arrondies; de 50 à 100, elles sont arrondies à la tranche de 5 la plus proche; de 100 à 1 000, elles le sont à la tranche de 10 la plus proche; au-delà de 1 000, elles le sont à la tranche de 100 la plus proche. Pour ce qui est de la mortalité maternelle, une série d'estimations concernant les années 90 s'écartent des chiffres officiels fournis par les gouvernements. Les estimations se fondent sur les chiffres signalés, chaque fois que c'est possible, avec l'aide de méthodes visant à améliorer la comparabilité des données émanant de sources différentes. Elles

sont examinées par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, des établissements universitaires et d'autres organismes et elles seront révisées, le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle.

Indicateurs d'éducation

Taux bruts de scolarisation primaire des garçons et des filles, taux bruts de scolarisation secondaire des garçons et des filles: UNESCO. 1995. *World Education Report 1995*. Paris: UNESCO. Les taux bruts de scolarisation indiquent le nombre d'étudiants inscrits à un niveau donné du système éducatif pour 100 individus de la population qui se trouvent dans le groupe d'âges correspondant à ce niveau. Ces taux bruts ne sont pas corrigés pour tenir compte des individus qui sont plus âgés que l'âge correspondant au niveau en raison d'une scolarité tardive ou interrompue ou d'un redoublement de classe.

Analphabétisme chez les hommes et les femmes adultes: UNESCO. 1997. *Adult Education in a Polarizing World: Education for All: Status and Trends: 1997*. Paris: UNESCO. Les définitions de l'analphabétisme varient selon les pays; trois définitions largement acceptées sont utilisées. Dans la mesure du possible, les données se réfèrent à la proportion des personnes incapables de lire et d'écrire, en le comprenant, un texte simple et concis concernant la vie quotidienne. L'analphabétisme des adultes (taux d'analphabétisme chez les personnes âgées de plus de 15 ans) tient compte à la fois des niveaux de scolarisation récents et de la scolarité passée.

Pourcentage de ceux qui terminent l'enseignement primaire: Sources: UNESCO. 1993. *Trends and Projections of Enrolment by Level of Education and by Age, 1960-2025 (as assessed in 1993)*, 1993. Paris: UNESCO; et UNESCO. 1993. *World Education Report 1993*, Paris: UNESCO.

Indicateurs de santé en matière de reproduction

Accès à la contraception/connaissance de la contraception: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1996. *World Population Monitoring 1996*. New York: Nations Unies. Ces indicateurs sont tirés de rapports d'enquêtes par sondage et évaluent la proportion de femmes connaissant une méthode de planification familiale et la source où il est possible de se procurer des contraceptifs. Toutes les méthodes contraceptives (médicales, mécaniques, naturelles et traditionnelles) sont incluses dans le premier indicateur; l'indicateur relatif à la source de l'information concerne davantage les méthodes médicales et mécaniques et les méthodes modernes d'abstinence périodique. Ces chiffres sont comparables généralement mais pas entièrement d'un pays à l'autre en raison de différences quant aux populations sondées par catégorie d'âge (les femmes âgées de 15 à 49 ans sont le groupe le plus courant), selon le statut matrimonial (par exemple, soit uniquement les femmes actuellement mariées ou qui l'ont été, soit toutes les femmes) et l'époque à laquelle ont été effectuées les enquêtes. La plupart des données ont été recueillies entre 1987 et 1994.

Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies ; et Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1996. *Age Patterns of Fertility: The 1996 Revision*. New York: Nations Unies. Il s'agit d'un indicateur du fardeau de la fécondité qui pèse sur les femmes pendant leur jeunesse. Etant donné qu'il indique le nombre moyen de naissances par femme chaque année, on pourrait le multiplier par cinq pour connaître approximativement le nombre de naissances

pour 1 000 jeunes femmes au cours des dernières années qui précèdent la vingtaine. Cette mesure n'indique pas la pleine dimension de la grossesse des adolescentes, car seules les naissances vivantes sont prises en considération. L'indicateur ne tient pas compte de la mortalité, ni des avortements spontanés ou provoqués.

Prévalence de la contraception: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1998. *World Population Monitoring 1998*. New York: Nations Unies, ainsi que des tabulations mises à jour fournies par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU. Cet indicateur, qui est tiré d'enquêtes par sondage, évalue la proportion de femmes mariées (y compris les femmes vivant en concubinage) qui utilisent actuellement soit toute méthode de contraception, soit une méthode moderne. Les méthodes modernes ou cliniques comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les injectables, les implants hormonaux, les préservatifs masculins et les méthodes mécaniques utilisées par les femmes. Ces chiffres sont comparables en gros, mais pas complètement, d'un pays à l'autre, en raison des différences que présentent les populations en ce qui concerne l'âge (les femmes âgées de 15 à 49 ans sont la catégorie la plus nombreuse, qui représente un peu plus de la moitié de la base de données), l'époque à laquelle les enquêtes ont été effectuées et les questions qui ont été posées. Toutes les données ont été recueillies en 1975 ou après cette année. Les données d'enquêtes les plus récentes disponibles sont citées; près de 80 % des données se rapportent à la période 1987-1994.

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

Population totale en 1998, population projetée en 2025, taux d'accroissement annuel moyen de la population pour la période 1995-2000: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies ; et Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1996. *Annual Populations 1950-2050: The 1996 Revision*. New York: Nations Unies. Ces indicateurs présentent la taille observée, la taille projetée et l'accroissement annuel actuel des populations des différents pays.

Pourcentage de la population urbaine, taux d'accroissement de la population urbaine: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1994. *World Urbanization Prospects: The 1994 Revision*. New York: Nations Unies. Ces indicateurs reflètent la proportion de la population nationale vivant dans les zones urbaines et le taux d'accroissement de cette population projeté pour la période 1995-2000.

Population rurale par hectare de terre arable: Source: Organisation pour l'alimentation et l'agriculture, 1996, à partir de données concernant la population rurale sur la base de la population totale communiquées par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies. Cet indicateur a trait à la taille de la population rurale par rapport à la dimension de la terre souhaitable à des fins agricoles. Il tient compte des changements intervenus tant dans la structure des économies nationales (proportion de la main-d'oeuvre travaillant dans l'agriculture) que dans les techniques de mise en valeur des sols. Des valeurs élevées peuvent être liées à l'accent mis sur la productivité des terres et au morcellement des lopins de terre. Toutefois, l'indicateur tient compte également des différences en matière de niveaux de développement et de politiques d'utilisation des sols.

Taux de fécondité totale (période 1995-2000): Source : Nations Unies. Division de la population du Secrétariat



riat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies. Cette mesure indique le nombre d'enfants qu'une femme aurait pendant qu'elle est en âge d'en avoir, si elle avait le nombre d'enfants correspondant au taux estimé pour les différents groupes d'âges pendant la période spécifiée. Certains pays atteindront peut-être le niveau projeté à des moments différents de cette période.

Accès aux soins de base: Source: *The State of the World's Children 1996*. UNICEF. 1996. New York: UNICEF. Cet indicateur mesure la proportion de la population qui peut atteindre les services locaux de santé dans un délai d'une heure en utilisant les moyens habituels de transport. Il tient compte de la répartition des services par rapport à la population (y compris la concentration urbaine). Les données concernent la période 1985-1995.

Naissances avec l'aide d'accoucheuses qualifiées: Source: *World Health Organisation. 1996. Coverage of Maternity Care: A Tabulation of Available Information (OMS/RHT/MSM/96.28)*. Genève: *Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Programme*, Organisation mondiale de la santé. Cet indicateur présente des estimations fondées sur des rapports nationaux, concernant la proportion de naissances avec l'aide d'un médecin, d'une infirmière ou sage-femme diplômées ou d'une sage femme qualifiée ou d'une accoucheuse traditionnelle. Les données concernent environ 1996, d'après les données disponibles.

Produit national brut par habitant: Source: Chiffres pour 1995 communiqués par la Banque mondiale. 1997. *World Development Indicators 1997*. Cet indicateur mesure la production totale de biens et de services destinés à la consommation qui sont produits ou fournis par les résidents et les non-résidents, sans égard au fait qu'ils peuvent être affectés au remboursement de créances vis-à-vis de nationaux ou d'étrangers, par rapport à la taille de la population. Comme tel, il s'agit d'un indicateur de la productivité économique d'un pays. Il se distingue du produit intérieur brut (présenté dans nos rapports précédents) en ce qu'il tient compte des revenus provenant de l'étranger et imputables au travail et au capital de résidents, des paiements analogues faits à des non-résidents et qu'il incorpore différents ajustements techniques, dont ceux ayant trait aux variations des taux de change à travers le temps. Cette mesure prend aussi en considération la différence du pouvoir d'achat des monnaies en incluant les ajustements de parité du pouvoir d'achat du "PNB réel".

Dépenses du gouvernement central en matière d'éducation et de santé: Source: Banque mondiale. 1995. *The World Tables 1995*. Washington, D.C.: Banque mondiale. Ces indicateurs reflètent la priorité accordée au secteur de l'éducation et de la santé par un pays à travers la proportion des dépenses publiques qui y sont affectées. Ils ne tiennent pas compte des différences d'affectation au sein des secteurs, par exemple l'éducation primaire ou les services de santé par rapport à d'autres niveaux, qui présentent des variations considérables. Un obstacle à une comparabilité directe tient au fait que les compétences administratives et budgétaires du gouvernement central par rapport aux pouvoirs locaux présentent des variations, tout comme le rôle réservé respectivement au secteur privé et au secteur public.

Assistance étrangère en matière de population: Source: FNUAP. 1996. *Global Population Assistance Report*. New York: FNUAP. Cet indicateur fournit le montant de l'assistance extérieure qui a été affecté en 1995 aux activités de population dans chaque pays. Les fonds étrangers sont disponibles par le canal d'organismes multilatéraux et bilatéraux d'assistance et d'organisations non gouvernementales. Les pays donateurs sont indiqués, le montant de leur contribution figurant entre parenthèses. Les éditions à venir fourniront d'autres indicateurs, de manière à disposer d'une meilleure base de comparaison et d'évaluation des flux de ressources destinés à appuyer les programmes de population et de santé en matière de reproduction provenant de différentes sources nationales et internationales. Les totaux régionaux indiqués comprennent les projets de pays et les activités régionales (ne figurant pas dans le tableau).

Mortalité des enfants de moins de 5 ans: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU, tabulation spéciale fondée sur Nations Unies. 1996. *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies. Cet indicateur a trait à l'incidence de la mortalité sur les nourrissons et les enfants en bas âge. Il reflète donc l'impact des maladies et d'autres causes de décès des nourrissons, des enfants en bas âge et des jeunes enfants. Des mesures démographiques plus courantes sont constituées par les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de 1 à 4 ans, qui rendent compte des différentes causes et de la fréquence de la mortalité à ces âges. La mesure est donc plus sensible que la mortalité infantile au fardeau des maladies d'enfance, y compris celles qui peuvent être évitées par le biais d'une meilleure alimentation et de programmes de vaccination. La mortalité des enfants de moins de 5 ans indique le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée. Les estimations concernent la période 1990-1995.

Consommation d'énergie par habitant: Source: Banque mondiale. 1997. *World Development Indicators 1997*. Cet indicateur reflète la consommation annuelle d'énergie primaire marchande (charbon, lignite, pétrole, gaz naturel et hydroélectricité, électricité nucléaire et électricité géothermique) en kilogrammes d'équivalent pétrole par habitant. Il indique le niveau de développement industriel, la structure de l'économie et les modes de consommation. Les changements qui surviennent dans le temps peuvent refléter des changements qui se produisent dans le niveau et l'importance relative des différentes activités économiques et des changements qui concernent l'efficacité de l'utilisation de l'énergie (y compris l'augmentation ou la diminution des gaspillages).

Accès à l'eau salubre: Source: OMS/UNICEF, *Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report 1996*. Cet indicateur renvoie au pourcentage de la population ayant accès à une quantité suffisante d'eau potable située à une distance raisonnable de l'habitation de l'utilisateur. Les mots en italique renvoient à des définitions nationales. L'indicateur est à mettre en relation avec le degré d'exposition aux risques sanitaires, y compris ceux qui sont imputables à un assainissement insuffisant. Les données concernent la période 1990-1994.

ÉTAT DE LA POPULATION MONDIALE 1998

Directeur de la publication : Alex Marshall

Recherche et rédaction : Stan Bernstein

Directeur de la rédaction : William A. Ryan

Assistante de rédaction : Phyllis Brachman

Photos de couverture : collage d'arrière-plan (d'en haut à gauche vers la droite) : UNICEF/920092/Giacomo Pirozzi ; UNICEF/5832/Jeremy Hartley ; UNICEF/5826/Jeremy Hartley ; Jorgen Schytte/Still Pictures

En cartouche : Jeune fille — Jorgen Schytte/Still Pictures ; Vieille femme — Hartmut Schwartzbach/Still Pictures

Rappel du collage sur le vieillissement : UNICEF/92-053/J. Hartley