

Les objectifs de développement de la troisième conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés

A. Introduction

Un nouveau Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010 a été adopté à la troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés (PMA III), tenue à Bruxelles en mai 2001. Il « jette les bases d'un partenariat mondial renforcé visant à obtenir plus rapidement une croissance économique soutenue et un développement durable dans ces pays, à mettre un terme à leur marginalisation par l'élimination de la pauvreté, des inégalités et de la misère, et à leur permettre de s'intégrer avec profit dans l'économie mondiale » (Nations Unies, 2001). Ce partenariat repose sur les engagements mutuels des PMA et de leurs partenaires de développement de prendre des mesures concrètes dans sept domaines. Voici ces engagements:

- (i) Encourager une action axée sur la population;
- (ii) Bonne gouvernance aux niveaux national et international;
- (iii) Renforcer les capacités humaines et institutionnelles;
- (iv) Mettre en place les capacités de production nécessaires pour que les PMA bénéficient de la mondialisation;
- (v) Renforcer le rôle du commerce dans le développement;
- (vi) Réduire la vulnérabilité et protéger l'environnement;
- (vii) Mobiliser des ressources financières.

Une caractéristique importante du Programme d'action est qu'il comprend un certain nombre d'objectifs de développement quantifiés et échéancés. L'inclusion de ces objectifs est importante, car il est désormais plus facile de suivre la réalisation du Programme. De fait, l'« obtention de résultats concrets » est l'une des principales considérations dont on s'attend à ce que les PMA et leurs partenaires s'inspirent dans la mise en œuvre du Programme d'action. Ce dernier insiste sur le fait que l'examen, l'évaluation et le suivi des mécanismes et des résultats constitueront un aspect essentiel de l'exécution du Programme d'action (par. 21 e)).

Le présent chapitre évalue la mesure dans laquelle il est possible de décrire où se situent actuellement les PMA par rapport aux objectifs échéancés définis dans le Programme d'action. Les objectifs considérés sont les suivants:

- (i) Objectifs en matière de croissance et d'investissement;
- (ii) Objectifs de réduction de la pauvreté;
- (iii) Un éventail d'objectifs de développement humain concernant la population, l'éducation, la formation, la santé, la nutrition et l'assainissement;
- (iv) Divers objectifs de développement des infrastructures concernant les transports et les communications;

Une caractéristique importante du Programme d'action est qu'il comprend un certain nombre d'objectifs de développement quantifiés et échéancés.

- (v) Des flux d'aide publique au développement (APD) en faveur des PMA équivalant à 0,15 % ou 0,20 % du produit national brut (PNB) des pays donateurs pour la plupart de ces pays;
- (vi) Une sortie progressive des pays de la catégorie des PMA, conformément aux seuils définis et quantifiés à cet effet.

Nous ferons tout d'abord une description de la situation actuelle d'après les plus récentes données internationales disponibles, et cette situation est loin de correspondre aux objectifs souhaités. Puis nous prendrons en considération les tendances des années 90, qui montrent dans quelle mesure les pays ont suivi une voie les rapprochant de la réalisation des objectifs de développement de la troisième conférence sur les PMA et indiquent le « cours normal des choses » qu'il faudra généralement modifier pour que les objectifs visés soient atteints.

Décrire la situation actuelle par rapport aux objectifs quantifiés du Programme d'action soulève divers problèmes techniques et problèmes de données. Des données ne sont pas disponibles pour certains objectifs. Pour d'autres, il est nécessaire de préciser les indicateurs qu'il serait souhaitable d'utiliser pour suivre les progrès. En outre, quelques-uns des objectifs quantifiables ne sont pas exempts d'une certaine ambiguïté, notamment pour ce qui est des délais dans lesquels ils devraient être réalisés. Un principe pragmatique appliqué pour résoudre quelques-uns de ces problèmes consiste à s'appuyer sur les travaux qui ont été faits sur la façon de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs internationaux de développement et des objectifs de développement du Millénaire¹. Cela semble d'autant plus justifié que le Programme d'action s'appuie, notamment, « sur les objectifs internationaux de développement...ainsi que sur les valeurs, les principes et les objectifs de la Déclaration du Millénaire » (par. 5), et que son succès sera jugé « à l'aune de sa contribution au progrès des PMA en matière d'objectifs internationaux de développement » (par. 21 e)). Cela étant, même en appliquant ce principe, des difficultés demeurent. Le présent chapitre doit donc être considéré comme une description préliminaire de la situation de départ, à partir de laquelle, au fil des ans, le succès de l'application du nouveau Programme d'action pourra être évalué.

Enfin, il faut souligner que le Programme d'action comporte également d'autres objectifs que les objectifs de développement quantifiables examinés ici. Deux objectifs importants, par exemple, sont d'inverser la marginalisation socioéconomique des PMA dans l'économie mondiale et de promouvoir la bonne gouvernance. Toutefois, ces objectifs de plus vaste portée n'ont pas encore été définis de façon que l'on puisse en établir un suivi précis, assorti d'échéances; ils sont exclus, partant, de la présente analyse².

Le Programme d'action en faveur des PMA pour la décennie 2001-2010 stipule que « les PMA, avec le soutien de leurs partenaires de développement, s'efforceront d'atteindre un taux de croissance du PIB d'au moins 7 % par an et de porter leur ratio investissements-PIB à 25 % par an ». Les niveaux actuels sont loin de correspondre à cet objectif.

B. Objectifs en matière de croissance et d'investissement

Le Programme d'action en faveur des PMA pour la décennie 2001-2010 stipule que « les PMA, avec le soutien de leurs partenaires de développement, s'efforceront d'atteindre un taux de croissance du PIB d'au moins 7 % par an et de porter leur ratio investissements-PIB à 25 % par an » (par. 6).

Les niveaux actuels sont loin de correspondre à cet objectif. Des données internationales sur les taux de croissance pour les années 90 sont disponibles pour 43 PMA. Au cours de la période 1997-1999, seuls cinq PMA – Bhoutan, Cap-Vert, Guinée équatoriale, Mozambique et Rwanda – ont atteint un tel taux de

croissance. Pour la période 1990-1999, seuls la Guinée équatoriale et l'Ouganda ont dépassé l'objectif. Sur la même période, le taux de croissance a été inférieur à la moitié du taux visé dans 23 des 43 PMA et a diminué dans 7 PMA sur 43.

Des données internationales sur les taux d'investissement sont disponibles pour la période 1990-1999 dans 37 PMA. Parmi ceux-ci, neuf ont atteint l'objectif de 25 % pour la période 1997-1999 (Bhoutan, Burkina Faso, Cap-Vert, Érythrée, Guinée équatoriale, Lesotho, Mozambique, République démocratique populaire lao et Sao Tomé-et-Principe). Pour l'ensemble des années 90, les taux annuels moyens d'investissement ont dépassé l'objectif dans tous ces pays – à l'exception du Burkina Faso et du Mozambique –, plus la Guinée-Bissau. Pour 12 des 37 PMA, le taux d'investissement a été en moyenne inférieur à 15 % du PIB au cours de la période 1990-1999.

C. Objectifs de réduction de la pauvreté

Le Programme d'action énonce que « l'objectif primordial du Programme d'action est d'obtenir des progrès substantiels en vue de réduire de moitié la proportion de personnes vivant dans l'extrême pauvreté et souffrant de la faim d'ici 2015 et de promouvoir le développement durable des PMA » (par. 6). Toutefois, déterminer quelle est aujourd'hui la situation des PMA par rapport à cet objectif de réduction de la pauvreté, et la manière dont elle a évolué par le passé, soulève des difficultés.

On entend généralement par proportion de la population vivant dans « l'extrême pauvreté » la proportion de la population vivant avec moins de 1 dollar par jour. Les descriptions de la répartition de la pauvreté au niveau mondial, tout comme les projections concernant son évolution, sont fondées actuellement sur la base de données de Chen et Ravallion à la Banque mondiale. Mais seuls 20 PMA figurent dans cette base de données. Douze PMA seulement disposent d'estimations de la pauvreté pour plus d'une année, ce qui est nécessaire pour en suivre l'évolution dans le temps, et seuls 4 PMA disposent de telles estimations pour plus de deux ans (tableau 13).

On peut aussi tirer des informations sur la pauvreté des indices d'inégalités contenues dans la base de données de Deininger et Squire en s'intéressant de plus près aux 20 ou 40 % constituant les couches les plus pauvres de la population. Il est à noter toutefois que peu de PMA figurent dans cette base de données, comme dans celle de Chen et Ravallion. Il n'est possible d'étudier l'évolution de la répartition des revenus au fil des ans à l'aide de cette base de données que dans cinq PMA seulement (tableau 13).

On peut recourir à des méthodes statistiques pour établir des estimations globales des niveaux futurs de pauvreté dans le groupe des PMA pris globalement à partir des données limitées disponibles. Ce faisant, on constate que si les pays en développement dans leur ensemble sont dans la bonne voie pour parvenir à réduire la proportion des personnes vivant avec moins d'un dollar par jour d'ici 2015, il n'en va pas de même des PMA (Naschold, 2001). Selon les estimations de la pauvreté de Chen et Ravallion dont on dispose, l'incidence de la pauvreté dans les PMA était pratiquement la même en 1998 qu'en 1990, cependant qu'elle avait diminué de 67 % par rapport à 1990 dans d'autres pays à faible revenu et de 51 % dans les pays à revenu intermédiaire. Ces deux derniers groupes de pays sont donc sur la bonne voie pour réduire l'incidence de la pauvreté de moitié d'ici 2015, alors que les PMA ne le sont pas. Les tendances passées et les prévisions en matière de croissance régionale ont ainsi porté à conclure que « les perspectives

« L'objectif primordial du Programme d'action est d'obtenir des progrès substantiels en vue de réduire de moitié la proportion de personnes vivant dans l'extrême pauvreté et souffrant de la faim d'ici 2015 et de promouvoir le développement durable des PMA ».

TABLEAU 13. DONNÉES DISPONIBLES SUR LA PAUVRETÉ ET LA RÉPARTITION DU REVENU DANS LES PMA

Fréquence d'apparition dans :		
Pays pour lesquels on dispose de:	Données Chen/Ravallion ^a	Données Deininger et Squire ^b
3 observations ou plus	Bangladesh (1984, 1985, 1988, 1992, 1996) Madagascar (1980, 1993, 1997) Mauritanie (1988, 1993, 1995) Zambie (1991, 1993, 1996)	Bangladesh (1963, 1967, 1973, 1977, 1978, 1981, 1983, 1986, 1989, 1992) Rép.-Unie de Tanzanie (1969, 1977, 1993) Zambie (1976, 1991, 1993, 1996)
2 observations	Éthiopie (1981, 1995) Lesotho (1986, 1993) Mali (1989, 1994) Népal (1985, 1995) Niger (1992, 1995) Ouganda (1989, 1992) Senegal (1991, 1994) Yémen (1992, 1998)	Mauritanie (1988, 1995) Ouganda (1989, 1992)
1 observation	Burkina Faso (1994) Gambie (1992) Mozambique (1996) Rép. centrafricaine (1993) Rép. dém. pop. lao (1992) Rép.-Unie de Tanzanie (1991) Rwanda (1984) Sierra Leone (1989)	Burkina Faso (1995) Djibouti (1996) Éthiopie (1996) Gambie (1992) Guinée (1995) Guinée-Bissau (1991) Lesotho (1987) Madagascar (1993) Malawi (1993) Mali (1994) Népal (1984) Niger (1992) Rép. centrafricaine (1992) Rép. dém. pop. lao (1991) Rwanda (1983) Sénégal (1991) Sierra Leone (1968) Soudan (1968)
Aucune observation	Afghanistan Angola Bénin Bhoutan Burundi Cambodge Cap-Vert Comores Djibouti Érythrée Guinée Guinée équatoriale Guinée-Bissau Haïti Îles Salomon Kiribati Libéria Malawi Maldives Myanmar République démocratique du Congo Samoa Sao Tomé-et-Principe Somalie Soudan Tchad Togo Tuvalu Vanuatu	Afghanistan Angola Bénin Bhoutan Burundi Cambodge Cap-Vert Comores Érythrée Guinée équatoriale Haïti Îles Salomon Kiribati Kiribati Libéria Maldives Mozambique Myanmar Rép. dém. du Congo Samoa Sao Tomé-et-Principe Somalie Tchad Togo Tuvalu Vanuatu Yémen

Source : Estimations du secrétariat de la CNUCED.

^a Chen et Allion (2000).

^b <http://www.worldbank.org/research/growth/dddeisqu.htm>.

d'une réduction de la pauvreté dans les PMA sont faibles. Quel que soit le scénario de croissance ou d'inégalité, elles sont loin de correspondre aux objectifs de développement du Millénaire en matière de pauvreté » (p. 8).

Dans la deuxième partie du présent rapport, nous analyserons la nature et la dynamique de la pauvreté à la lumière d'un nouvel ensemble d'estimations de la pauvreté concernant 39 PMA, établi spécialement à cette fin. Ces nouvelles estimations de la pauvreté fournissent une vision beaucoup plus complète et distincte des niveaux de pauvreté dans les PMA, ainsi qu'une meilleure image des tendances à long terme et des prévisions plus fiables. Elles ne donnent pas une idée aussi sombre des perspectives d'avenir des PMA, car elles montrent qu'une croissance économique soutenue peut grandement contribuer à réduire rapidement la pauvreté. Elles laissent supposer aussi que la méthodologie qui a servi à établir les prévisions existantes ayant trait à la réalisation des objectifs de réduction de la pauvreté figurant au nombre des objectifs internationaux de développement et des objectifs de développement du Millénaire (les mêmes que dans Naschold (2001)) n'est peut-être pas tout à fait fiable³. Quoi qu'il en soit, les nouvelles estimations de la pauvreté montrent aussi que, si les pays en développement dans leur ensemble sont sur la bonne voie pour réduire l'incidence de la pauvreté de moitié d'ici 2015, les PMA, pris globalement, ne le sont pas.

D. Objectifs de développement humain⁴

Le Programme d'action comprend 13 objectifs de développement humain qui sont suffisamment précis pour être mesurés d'un point de vue quantitatif. L'encadré 1 présente 20 indicateurs, accompagnés d'années de référence, qui peuvent être utilisés pour suivre la réalisation de ces 13 objectifs. Les tableaux 14, 15 et 16 montrent les résultats d'une évaluation des niveaux actuels dans les PMA et des progrès observés dans les années 90, par rapport à ces 13 objectifs, en fonction des 20 indicateurs énumérés. Suivant l'approche envisagée par le Bureau chargé d'établir le rapport mondial sur le développement humain, les pays sont classés, d'après les progrès observés dans les années 90, en cinq catégories: « Réalisé » (le pays a déjà atteint l'objectif, ou 95 % de celui-ci); « En progrès » (le pays a atteint 95 % ou plus du taux de progression nécessaire à la réalisation de l'objectif); « En retard » (le pays n'a atteint que de 75 à 94 % du taux de progression requis); « Très en retard » (le taux de progression se situe entre 0 et 74 %); et « En recul » (la situation du pays s'est aggravée d'au moins cinq points de pourcentage entre 1990 et 1999).

Ces tableaux appellent trois observations: Premièrement, il apparaît que les niveaux récents de développement humain dans la plupart des PMA sont extrêmement faibles. Plus d'un quart des enfants souffrent de sous nutrition dans 33 des 43 PMA pour lesquels des données sont disponibles. Dix neuf des 33 PMA africains ont des taux de mortalité maternelle supérieurs à 1 pour 100 naissances vivantes. Le risque pour un enfant de mourir avant l'âge de 5 ans est supérieur à 1 sur 10 dans 38 des 49 PMA. En moyenne, moins de 50 % de la population féminine adulte est alphabétisée dans les PMA. Dans 10 PMA sur 22 pour lesquels des données sur le taux de scolarisation dans l'enseignement primaire sont disponibles (statistiques de l'UNESCO), moins de la moitié des enfants sont scolarisés.

Deuxièmement, seule une minorité de PMA sont engagés dans la bonne voie pour atteindre les objectifs de développement humain de la troisième Conférence sur les PMA:

Si les pays en développement dans leur ensemble sont sur la bonne voie pour réduire l'incidence de la pauvreté de moitié d'ici 2015, les PMA, pris globalement, ne le sont pas.

Plus d'un quart des enfants souffrent de sous-nutrition dans 33 des 43 PMA pour lesquels des données sont disponibles. Dix-neuf des 33 PMA africains ont des taux de mortalité maternelle supérieurs à 1 pour 100 naissances vivantes. Le risque pour un enfant de mourir avant l'âge de 5 ans est supérieur à 1 sur 10 dans 38 des 49 PMA. En moyenne, moins de 50 % de la population féminine adulte est alphabétisée dans les PMA.

ENCADRÉ 1. INDICATEURS PROPOSÉS POUR LE SUIVI DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN
DE LA TROISIÈME CONFÉRENCE DES NATIONS UNIES SUR LES PMA

1. Éducation

- a. *Faire en sorte que d'ici 2015, tous les enfants, en particulier les filles, les enfants en situation difficile et les enfants appartenant à des minorités ethniques, puissent suivre jusqu'au bout un enseignement primaire gratuit et obligatoire de qualité (par. 36 a))*

Les indicateurs essentiels sont les suivants. i) taux net de scolarisation primaire (ratio du nombre d'enfants d'âge scolaire, tel que défini par le système d'éducation nationale, qui sont scolarisés par rapport à la population d'âge scolaire correspondant; ii) part en pourcentage d'enfants scolarisés dans l'enseignement primaire qui vont jusqu'au bout des cinq années d'enseignement primaire.

- b. *Améliorer de 50 % les niveaux d'alphabétisation des adultes d'ici 2015, s'agissant en particulier des femmes, et assurer un accès équitable à une éducation de base et à l'éducation permanente, pour tous les adultes (par. 36 b))*

Cela suppose une amélioration de 50 % par rapport aux niveaux de 1999. Selon les normes de l'UNESCO, l'alphabétisme est la capacité d'une personne de comprendre, lire et écrire un bref texte sur sa vie courante; les principaux indicateurs sont les suivants: i) alphabétisation de l'ensemble des adultes; ii) alphabétisation des hommes; et iii) alphabétisation des femmes. L'année de référence est 1999.

- c. *Éliminer les disparités entre les sexes en matière d'éducation primaire et secondaire d'ici 2005, et parvenir à l'égalité entre les sexes en matière d'éducation d'ici 2015, en veillant plus particulièrement à garantir aux filles un accès intégral et égal à une éducation de base de qualité (par. 36 c))*

Les principaux indicateurs sont les suivants i) ratio filles garçons dans l'enseignement primaire; ii) ratio filles garçons dans l'enseignement secondaire; et iii) ratio de jeunes filles et jeunes femmes alphabétisées (15-24 ans).

2. Population et santé

- a. *Rendre accessibles, par le biais du système de soins de santé primaires, des services de santé génésique à tous les individus de l'âge voulu aussitôt que possible et au plus tard avant 2015 (par. 34 a))*

D'après les objectifs internationaux de développement, la réalisation de cet objectif est mesurée par i) le taux de pratique de la contraception, le pourcentage de femmes (généralement de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans) qui ont recours à des méthodes de contraception, ou dont les partenaires sexuels ont recours à une méthode de contraception; et ii) le pourcentage de femmes âgées de 15 à 24 ans séropositives.

- b. *Ramener, d'ici à 2015, le taux de mortalité infantile au dessous de 35 pour 1 000 naissances vivantes (par. 38 a))*

Bien que cet objectif diverge de l'objectif international de développement, qui est de réduire le taux de mortalité infantile des deux tiers d'ici 2015 par rapport à 1990, il peut être mesuré de la même façon par le nombre d'enfants, pour 1 000 naissances, qui chaque année meurent avant d'atteindre l'âge de 1 an.

- c. *Ramener, d'ici à 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au dessous de 45 pour 1 000 naissances vivantes (par. 38 b))*

Cet objectif diverge également de l'objectif international de développement, qui est de réduire ce taux des deux tiers d'ici 2015, par rapport à 1990, mais il peut être mesuré de la même façon par la probabilité qu'un nouveau né meure avant d'atteindre l'âge de 5 ans, selon les taux de mortalité actuels. Cette probabilité est exprimée par un taux de décès pour 1 000 naissances vivantes.

- d. *Réduire, d'ici à 2015, le taux de mortalité maternelle des trois quarts par rapport au taux actuel (par. 38 c))*

L'indicateur essentiel est le nombre de femmes qui décèdent en cours de grossesse ou à l'accouchement, pour 1 000 naissances vivantes.

- e. *Augmenter de 60 % la proportion de femmes bénéficiant de soins de santé maternelle et de soins prénatals (par. 38 g))*

L'indicateur essentiel est le pourcentage d'accouchements réalisés sous la surveillance d'un personnel médical qualifié.

- f. *Réduire, d'ici à 2005, le taux d'infection par le VIH des personnes âgées de 15 à 24 ans dans tous les pays, et le réduire de 25 % dans les pays les plus touchés (par. 38 f))*

Cela suppose une diminution par rapport aux niveaux actuels, mesurée par le taux d'infection de la population totale (hommes et femmes).

- g. *Réduire sensiblement les taux d'infection par le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies mortelles dans les PMA d'ici la fin de la décennie; réduire de 50 % les décès dus à la tuberculose et la prévalence de cette maladie d'ici à 2010; et réduire de 50 % la charge de morbidité associée au paludisme d'ici à 2010 (par. 38 i))*

Cela devrait correspondre à une diminution par rapport aux niveaux de 1990, selon l'OMS, et peut être mesuré par i) le nombre de cas de tuberculose déclarés et ii) le nombre de cas de paludisme déclarés.

3. Nutrition

- a. *Réduire de moitié, d'ici à 2015, le nombre de personnes sous alimentées (par. 38 d))*

Cela devrait correspondre à une diminution par rapport au niveau de 1996, tel que déterminé à l'occasion du Sommet mondial de l'alimentation de 1996. L'indicateur principal est le pourcentage de la population en état de sous nutrition, tel qu'estimé selon la méthode utilisée par la FAO.

- b. *Réduire de moitié, d'ici à 2015, les taux de malnutrition parmi les femmes enceintes et les enfants d'âge préscolaire (par. 38 h))*

Encadré 1 (suite)

Il n'existe pas de données spécifiques pour les femmes enceintes. Un indicateur essentiel pour la deuxième partie de cet objectif est le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont le poids, pour leur âge, est inférieur de plus de deux écarts types au poids médian pour la population de référence au niveau international (de 0 à 59 mois). La période pour la réalisation de cet objectif, qui sert également d'indicateur pour le suivi des objectifs internationaux de développement, serait la période 1990-2015.

4. Assainissement

a. *Réduire de moitié, d'ici à 2015, la proportion de personnes qui n'ont pas l'accès à l'eau potable ou n'ont pas les moyens de s'en procurer (par. 38 e)*

Le délai pour la réalisation de cet objectif, qui est également un objectif international de développement, serait la période 1990-2015. L'indicateur principal est le pourcentage de la population ayant un accès raisonnable à une quantité adéquate d'eau provenant d'une source aménagée, telle que eau courante, canalisation publique, trou de forage, puits ou source protégée, réservoir d'eau pluviale. Par accès raisonnable, on entend l'accès à au moins 20 litres par personne et par jour, provenant d'une source située au plus à un kilomètre du logement (voir OMS, UNICEF et WSSCC, 2000).

- Pour la sous-nutrition, seulement 13 des 34 PMA pour lesquels on dispose de données sont en voie d'atteindre l'objectif consistant à réduire de moitié d'ici 2015 la malnutrition. Plus de 64 % de la population globale des pays les moins avancés vit dans des pays qui régressent ou sont très en retard dans la réalisation de l'objectif de lutte contre la faim.
- Pour ce qui est de la mortalité infantile et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, 10 pays représentant 27 % de la population globale des PMA sont en bonne voie et 30 pays (65 % de la population des PMA) sont loin derrière, tandis que dans trois pays, la situation est en fait en train de se dégrader. Plus de 75 % de la population globale des PMA vit dans des pays qui soit régressent soit sont très en retard dans la réalisation de l'objectif concernant la réduction du taux de mortalité infantile et du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
- Concernant l'accès à l'eau potable, 11 pays, représentant un tiers de la population des PMA, sont en bonne voie, tandis que 13 sont à la traîne ou très en retard.
- Concernant la scolarisation primaire, un tiers seulement des pays sont en bonne voie. Plus de 40 % de la population globale des PMA vit dans des pays qui soit régressent soit sont très en retard dans la réalisation de l'objectif concernant l'amélioration des niveaux de scolarisation primaire.
- Les cas déclarés de tuberculose et de paludisme augmentent, et il en va de même pour le SIDA, s'agissant en particulier des taux d'infection des femmes.

C'est dans la réalisation des objectifs d'alphabétisation des femmes qu'ont été accomplis les plus gros progrès.

Troisièmement, il est clair que, comme dans le cas des objectifs de réduction de la pauvreté, le manque de données est un problème critique pour le suivi des objectifs de développement humain dans les pays les moins avancés. Il est urgent de disposer de données offrant une plus grande couverture, de données de meilleure qualité et surtout de données plus récentes sur les principaux aspects du développement humain. Pour 11 de 20 indicateurs, il n'existe pas de données permettant d'évaluer les progrès réalisés dans les années 90 dans plus de 25 % des PMA. Les données concernant la prévalence du paludisme et de la tuberculose reposent sur les cas signalés et ne sont donc pas idéales. L'exactitude des données relatives à la sous-nutrition est également sujette à caution (Svedberg, 1999).

E. Objectifs de développement des infrastructures concernant les transports et les communications

Le Programme d'action (par. 43) comprend cinq objectifs quantifiables pour l'amélioration des infrastructures physiques de transport et de communication:

TABLEAU 14. OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN FIXÉS À LA TROISIÈME CONFÉRENCE SUR LES PMA :
QUELLE EST LA SITUATION DES PMA?

	Éducation								Nutrition	
	Scolarisation universelle et cycle d'enseignement primaire achevé (population d'âge scolaire)		Taux d'alphabétisation des adultes (pourcentage de la population totale)			Inégalités en matière d'éducation (taux de femmes en pourcentage du taux d'hommes)			Population sous-alimentée	Enfants malnutris
	Taux net de scolarisation primaire	Enfants ayant suivi un cycle complet	Total	Femmes	Hommes	Enseignement primaire d'ici 2005	Enseignement secondaire d'ici 2005	Alphabétisation des jeunes		
	1994–1998	1995–1997	1999	1999	1999	1995–1997	1995–1997	1999	1996–1998	1995
Afghanistan	..	..	36	20	50	50	38	57	70	48
Angola	34	..	..	..	..	92 ^a	..	..	43	42
Bangladesh	..	..	41	29	52	86 ^a	52 ^a	65	38	56
Bénin	64	55 ^a	39	24	55	58	42	48	14	29
Bhoutan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	38 ^b
Burkina Faso	33	70 ^a	23	13	33	65	56 ^a	50	32	36
Burundi	29	..	47	39	56	84	57 ^a	93	68	37 ^b
Cambodge	100	49	39	21	59	85	55	55	33	52
Cap-Vert	..	..	74	65	85	98	104	93	..	14 ^b
Comores	..	..	59	52	66	72 ^a	79	84	..	26
Djibouti	32	79	63	53	75	75	71	89	..	18
Érythrée	30	70	53	39	67	81	71	76	65	44
Éthiopie	35	51	37	32	43	55	71	96	49	47
Gambie	65	..	36	29	43	77	63	74	16	26
Guinée	42	59 ^a	..	..	..	60	35	..	29	..
Guinée équatoriale	..	..	82	73	92	..	..	97	..	..
Guinée-Bissau	..	..	38	18	58	..	..	40	..	23 ^b
Haïti	56	..	49	47	51	94 ^a	95 ^a	100	62	28
Îles Salomon	..	85 ^a	..	..	..	86 ^a	65 ^a	..	..	21 ^b
Kiribati	..	95	..	..	..	..	..	..	..	13 ^b
Lesotho	66	71 ^a	83	93	72	112	144	120	29	16
Libéria	..	..	53	37	69	..	..	64	46	..
Madagascar	61	22 ^a	66	59	73	99	100	91	40	40
Malawi	..	64 ^a	59	45	74	91	57	74	32	30
Maldives	..	..	96	96	96	98	106	101	..	43
Mali	31	84	40	33	47	69	47	82	32	40
Mauritanie	61	64	42	31	52	89	52	67	13	23
Mozambique	40	33 ^a	43	28	59	71	56	60	58	26
Myanmar	..	..	84	80	89	97 ^a	100 ^a	99	7	39
Népal	..	..	40	23	58	74	65	54	28	47
Niger	25	73	15	8	23	64	56	42	46	50
Ouganda	..	..	66	56	77	84	60	84	30	26
Rép. centrafricaine	..	..	45	33	59	64 ^a	41 ^a	76	41	27
Rép. dém. du Congo	61	55 ^a	60	49	72	74 ^a	..	83	61	34
Rép. dém. pop. lao	76	55	47	32	63	82	68	69	29	40 ^b
Rép.-Unie de Tanzanie	48	81	75	66	84	99	83	94	41	27
Rwanda	..	60 ^a	66	59	73	99 ^a	78 ^a	95	39	27
Samoa	96	85	80	79	81	99	112	101	..	..
Sao Tomé-et-Principe	..	..	..	..	..	..	..	..	..	16
Sénégal	60	87	36	27	46	83	60	69	23	22
Sierra Leone	..	..	..	..	..	68 ^a	59 ^a	..	43	29 ^b
Somalie	..	..	..	..	..	..	..	..	75	26
Soudan	..	94 ^a	57	45	69	85	87	85	18	34 ^b
Tchad	52	59	41	32	50	51	27	80	38	39
Togo	83	..	56	40	74	71	35	66	18	25
Tuvalu	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Vanuatu	..	..	..	..	..	96 ^a	74 ^a	..	..	20 ^b
Yémen	..	..	45	24	67	40	26	53	35	46
Zambie	75	..	77	70	85	95	..	94	45	24

Tableau 14 (suite)

	Population et santé									Assainissement
	Mortalité infantile		Santé maternelle		Santé génésique		Morbidité			
	Taux de mortalité infantile (p. 1000 naissances vivantes)	Taux de mortalité des moins de 5 ans (p. 1000 naissances vivantes)	Taux de mortalité maternelle (p. 100 000 naissances vivantes)	Accouchements assistés par du personnel sanitaire qualifié (%)	Prévalence de la contraception (%)	Incidence du VIH/sida chez les femmes de 15 à 24 ans d'ici 2015 (%)	Prévalence du VIH/sida chez les 15 à 24 ans d'ici 2005 (%)	Prévalence du paludisme (p. 100 000 personnes)	Prévalence de la tuberculose (p. 100 000 personnes)		Accès à l'eau potable (%)
1999	1999	1995	1995-1999	1992-2000	1999 ^c	1999 ^c	1997	1998	2000	
Afghanistan	165	257	819	9 ^a	..	..	..	1 533 ^h	14	13
Angola	172	295	1 308	17 ^d	..	3	2	1 381 ⁱ	102	38
Bangladesh	58	89	596	14 ^a	54	1	0	53	58	97
Bénin	99	156	884	60 ^e	..	2	2	11 561	41	63
Bhoutan	80	107	502	16 ^a	..	..	..	470	64	62
Burkina Faso	106	199	1 379	27 ^f	12	6	4	4 878 ⁱ	18	53 ^e
Burundi	106	176	1 881	20 ^e	..	12	9	15 344 ⁱ	101	65 ^e
Cambodge	86	122	590	31 ^a	..	4	3	950	158	30
Cap-Vert	54	73	188	..	..	..	..	5	50	74
Comores	64	86	573	52 ^f	..	..	..	2 472 ^h	22 ^h	96
Djibouti	104	149	520	..	..	14	11	747	597	100
Érythrée	66	105	1 131	21	..	..	..	2 545 ⁱ	218	46
Ethiopie	118	176	1 841	10 ^f	8	12	10	666 ^j	116	24
Gambie	61	75	1 071	44 ^a	..	2	2	27 320	114 ^l	62
Guinée	115	181	1 224	35 ^d	6	1	1	10 400	65	48
Guinée équatoriale	105	160	1 404	..	..	1	0	3 136 ⁱ	97	43
Guinée-Bissau	128	200	914	..	..	2	2	15 494 ^k	156 ^h	49
Haïti	83	129	1 122	20 ^f	28	3	4	..	124 ^d	46
Îles Salomon	22	26	59	85 ^e	..	..	..	..	71	71
Kiribati	53	72	..	..	..	..	..	..	333	47
Lesotho	93	134	529	40 ^f	..	26	19	..	272 ^l	91
Libéria	157	235	1 016	..	..	2	1	..	66	..
Madagascar	95	156	583	47 ^d	19	0	0	2 882 ^e	97	47
Malawi	132	211	576	50 ^a	22	15	11	47 855 ^j	220	57
Maldives	60	83	385	55 ^a	..	..	..	4	65	100
Mali	143	235	630	24	7	2	2	3 681	39	65
Mauritanie	120	183	874	58 ^g	..	1	0	9 428 ⁱ	154 ^l	37
Mozambique	127	203	975	44	..	15	11	..	104	60
Myanmar	79	112	165	57 ^a	33	2	1	246	33	68
Népal	75	104	826	10 ^e	29	0	0	31	106	81
Niger	162	275	923	18 ^d	8	1	1	10 037	34	59
Ouganda	83	131	1 056	38 ^f	15	8	6	3 285 ^e	142	50
Rép. centrafricaine	113	172	1 205	46 ^f	..	14	11	2 513 ^j	140	60
Rép. dém. du Congo	128	207	939	..	..	5	4	29 ^e	120	45
Rép. dém. pop. lao	93	111	653	..	..	0	0	1 101	42	90
Rép.-Unie de Tanzanie	90	141	1 059	35 ^f	24	8	6	3 468	160	54
Rwanda	110	180	2 318	22 ^f	..	11	8	21 103	93	41
Samoa	21	26	15	52 ^a	..	..	..	..	13	99
Sao Tomé-et-Principe	59	76	..	..	..	..	..	62 685 ^e	32 ^j	..
Sénégal	68	118	1 198	47 ^f	13	2	1	7 577 ⁱ	94	78
Sierra Leone	182	316	2 065	..	..	3	2	..	72	28
Somalie	125	211	1 582	..	..	..	..	42 ^k	44	..
Soudan	67	109	1 452	69	8	..	..	5 018	80	75
Tchad	118	198	1 497	11 ^a	..	3	2	4787	38	27
Togo	80	143	983	51 ^g	24	6	4	8 765 ^j	28	54
Tuvalu	40	56	..	..	..	..	..	..	180	100
Vanuatu	37	46	32	70 ^g	..	..	..	..	98	88
Yémen	86	119	850	22 ^d	21	..	..	..	73	69
Zambie	112	202	867	47 ^a	25	18	13	34 000 ^h	482 ^h	64

TABLEAU 15. OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN FIXÉS À LA TROISIÈME CONFÉRENCE SUR LES PMA:
PROGRÈS ENREGISTRÉS DANS LES ANNÉES 90

	Éducation						Nutrition			
	Scolarisation universelle et cycle d'enseignement primaire achevé (population d'âge scolaire)		Taux d'alphabétisation des adultes (pourcentage de la population totale)			Inégalités en matière d'éducation (taux de femmes en pourcentage du taux d'hommes)			Population sous-alimentée 1996	Enfants mal-nutris 1990
	Taux net de scolarisation primaire 1990	Enfants ayant suivi un cycle complet 1990	Total 1999	Femmes 1999	Hommes 1999	Enseignement primaire d'ici 2005 na.	Enseignement secondaire d'ici 2005 na.	Alphabétisation des jeunes na		
Afghanistan	-	-	En retard	En progrès	En retard	Très en retard	..	En retard	En recul	..
Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	En progrès	..
Bangladesh	-	-	Très en retard	En retard	Très en retard	-	-	Très en retard	Très en retard	..
Bénin	En progrès	..	En progrès	En progrès	En progrès	Très en retard	Très en retard	Très en retard	En progrès	..
Bhoutan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	Très en retard	..	En progrès	En progrès	En retard	Très en retard	..	Très en retard	Très en retard	..
Burundi	En recul	..	En retard	En progrès	Très en retard	Très en retard	..	En progrès	En recul	..
Cambodge	-	-	En retard	En progrès	Très en retard	-	Très en retard	Très en retard	En progrès	..
Cap-Vert	-	-	En retard	Très en retard	En progrès	-	-	En progrès	-	-
Comores	-	-	Très en retard	Très en retard	Très en retard	-	En progrès	Très en retard	-	-
Djibouti	Très en retard	En recul	Très en retard	En retard	Très en retard	Très en retard	Très en retard	En progrès	-	-
Éthiopie	Très en retard	..	Très en retard	En progrès	Très en retard	-	-	En progrès	-	-
Éthiopie	Très en retard	..	En retard	En progrès	Très en retard	En recul	En recul	Réalisé	-	-
Gambie	En progrès	..	En progrès	En progrès	En progrès	En retard	En retard	Très en retard	En progrès	..
Guinée	Très en retard	..	-	-	-	Très en retard	Très en retard	..	En progrès	..
Guinée équatoriale	-	-	En retard	En retard	En progrès	-	-	Achieved	-	-
Guinée Bissau	-	-	En retard	En progrès	Lagging	-	-	Très en retard	-	-
Haïti	En progrès	..	En retard	Lagging	Très en retard	-	-	Réalisé	Très en retard	..
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiribati	-	En progrès	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	En recul	..	Très en retard	En progrès	Très en retard	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Très en retard	..
Libéria	-	-	En retard	En progrès	En retard	-	-	Très en retard	Très en retard	..
Madagascar	En recul	..	Très en retard	Très en retard	Très en retard	Réalisé	Réalisé	En progrès	En recul	..
Malawi	-	-	Très en retard	En retard	Très en retard	En progrès	Très en retard	Très en retard	En progrès	..
Maldives	-	-	Réalisé	Réalisé	Réalisé	-	-	Réalisé	-	-
Mali	Très en retard	En progrès	En progrès	En progrès	En progrès	Très en retard	En recul	En progrès	En recul	..
Mauritanie	En progrès	En recul	Très en retard	Très en retard	Très en retard	En progrès	Très en retard	Très en retard	En progrès	..
Mozambique	En recul	..	En retard	En progrès	Très en retard	Très en retard	Très en retard	Très en retard	En progrès	..
Myanmar	-	-	Très en retard	Très en retard	Très en retard	-	-	Réalisé	En progrès	..
Népal	-	-	En retard	En progrès	Très en retard	En retard	En retard	Très en retard	En recul	..
Niger	Très en retard	En progrès	En retard	En progrès	En retard	Très en retard	Très en retard	Très en retard	Très en retard	..
Ouganda	-	-	Très en retard	En retard	Très en retard	Très en retard	Très en retard	En retard	En recul	..
Rép. centrafricaine	-	-	En progrès	En progrès	En retard	-	-	En progrès	En progrès	..
Rép. dém. du Congo	En retard	..	En retard	En progrès	En retard	-	-	En progrès	En recul	..
Rép. dém. pop. lao	En progrès	..	En retard	En progrès	Très en retard	Très en retard	Très en retard	En progrès	Très en retard	..
Rép.-Unie de Tanzanie	Très en retard	Très en retard	En retard	En retard	En retard	Réalisé	En progrès	En progrès	En recul	..
Rwanda	-	-	En retard	En retard	Très en retard	-	-	En progrès	Très en retard	..
Samoa	-	-	Très en retard	Très en retard	Très en retard	Réalisé	Réalisé	Réalisé	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	En progrès	Très en retard	En retard	En progrès	Très en retard	En retard	Très en retard	Très en retard	Très en retard	..
Sierra Leone	-	-	-	-	-	-	-	-	Très en retard	..
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	-	En recul	..
Soudan	-	-	En retard	En progrès	Très en retard	En progrès	En progrès	En progrès	En progrès	..
Tchad	Très en retard	Far behind	En progrès	En progrès	En progrès	Très en retard	Très en retard	En progrès	En progrès	..
Togo	En progrès	..	Très en retard	En progrès	Très en retard	Très en retard	Très en retard	Très en retard	En progrès	..
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yemen	-	-	En progrès	En progrès	Très en retard	-	-	En retard	Très en retard	..
Zambie	En recul	..	En retard	En retard	En retard	-	-	En progrès	En recul	..

Tableau 15 (suite)

	Population et santé									Assainissement
	Mortalité infantile		Santé maternelle		Santé génésique		Morbidité			Accès à l'eau potable (%)
	Taux de mortalité infantile (p. 1000 naissances vivantes)	Taux de mortalité des moins de 5 ans (p. 1000 naissances vivantes)	Taux de mortalité maternelle (p. 100 000 naissances vivantes)	Accouchements assistés par du personnel sanitaire qualifié (%)	Prévalence de la contraception (%)	Incidence du VIH/sida chez les femmes de 15 à 24 ans d'ici 2015 (%)	Prévalence du VIH/sida chez les 15 à 24 ans d'ici 2005 (%)	Prévalence du paludisme (p. 100 000 personnes)	Prévalence de la tuberculose (p. 100 000 personnes)	
1990	1990	1990	1990	na.	1990	1990	1990	1990	1990	
Afghanistan	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	En progrès	Réalisé	..
Angola	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	En progrès	Très en retard	..
Bangladesh	En progrès	En progrès	-	Très en retard	En retard	..	..	En recul	En recul	Réalisé
Bénin	Très en retard	Très en retard	-	En progrès	..	..	..	En recul	Très en retard	..
Bhoutan	En progrès	En progrès	-	..	-	..	..	En retard	Très en retard	..
Burkina Faso	Très en retard	Très en retard	-	Très en retard	Très en retard	..	..	En retard	Très en retard	..
Burundi	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	En recul	En recul	..
Cambodge	Très en retard	Très en retard	-	En recul	-	..	..	En progrès	En recul	..
Cap Vert	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	Réalisé	En progrès	..
Comores	En progrès	En progrès	-	En progrès	..	..	..	..	En progrès	Réalisé
Djibouti	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	En recul	En recul	Réalisé
Éthiopie	En progrès	En progrès	-	..	-	..	..	..	En recul	..
Éthiopie	Très en retard	Très en retard	-	..	Très en retard	..	..	En recul	En progrès	Très en retard
Gambie	En progrès	En progrès	-	..	-	..	..	En recul	..	..
Guinée	En retard	En retard	-	Très en retard	Très en retard	..	..	En recul	En recul	Très en retard
Guinée équatoriale	Très en retard	En retard	-	..	-	..	..	Réalisé	En recul	..
Guinée Bissau	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	En recul	En recul	..
Haïti	En retard	Très en retard	-	En recul	Très en retard	..	..	..	En retard	Très en retard
Îles Salomon	Réalisé	Réalisé	-	..	-	..	..	..	En progrès	..
Kiribati	En progrès	En progrès	-	..	-	..	..	..	En recul	..
Lesotho	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	..	En recul	..
Libéria	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	..	En progrès	..
Madagascar	Très en retard	Très en retard	-	En recul	Très en retard	..	..	..	En recul	Très en retard
Malawi	Très en retard	Très en retard	-	..	Très en retard	..	..	En recul	En recul	En retard
Maldives	En progrès	En progrès	-	..	-	..	..	Réalisé	Très en retard	Réalisé
Mali	Très en retard	Très en retard	-	..	Très en retard	..	..	En recul	En recul	En progrès
Mauritanie	Très en retard	Très en retard	-	En progrès	..	..	..	En recul	En progrès	Très en retard
Mozambique	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	..	Très en retard	..
Myanmar	Très en retard	Très en retard	-	En progrès	En retard	..	..	En progrès	Très en retard	Très en retard
Népal	En progrès	En progrès	-	Très en retard	Très en retard	..	..	Réalisé	En recul	En progrès
Niger	Très en retard	Très en retard	-	Très en retard	Très en retard	..	..	En recul	Réalisé	Très en retard
Ouganda	Très en retard	En retard	-	Très en retard	Très en retard	..	..	..	Très en retard	Très en retard
Rép. centrafricaine	Très en retard	Très en retard	-	En recul	..	..	..	Réalisé	En recul	Très en retard
Rép. dém. du Congo	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	..	En recul	..
Rép. dém. pop. lao	En retard	En progrès	-	..	-	..	..	En recul	Très en retard	..
Rép.-Unie de Tanzanie	Très en retard	Très en retard	-	En recul	Très en retard	..	..	Réalisé	En recul	Très en retard
Rwanda	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	En recul	Très en retard	..
Samoa	Réalisé	Réalisé	-	..	-	..	..	..	Réalisé	Réalisé
Sao Tomé-et-Principe	En retard	En retard	-	..	-	..	..	..	En recul	..
Sénégal	En progrès	En retard	-	Très en retard	Très en retard	..	..	En recul	En recul	En progrès
Sierra Leone	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	..	En recul	..
Somalie	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	Réalisé	En recul	..
Soudan	Très en retard	Très en retard	-	..	Très en retard	..	..	En recul	En recul	En progrès
Tchad	Très en retard	Très en retard	-	Très en retard	-	..	..	En recul	En retard	..
Togo	Très en retard	Très en retard	-	En retard	Très en retard	..	..	Réalisé	En progrès	Très en retard
Tuvalu	Très en retard	Très en retard	-	..	-	..	..	..	En progrès	Réalisé
Vanuatu	En progrès	En progrès	-	..	-	..	..	..	En recul	..
Yémen	Très en retard	Très en retard	-	Très en retard	Très en retard	..	..	..	..	Très en retard
Zambie	Très en retard	Très en retard	-	Très en retard	Très en retard	..	..	En recul	En recul	En progrès

Source : Voir le tableau 14.

Note : Voir le texte du Rapport pour la définition des catégories « Réalisé », « En progrès », « En retard », « Très en retard » et « En recul ».

TABLEAU 16. OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN FIXÉS À LA TROISIÈME CONFÉRENCE DES NATIONS UNIES SUR LES PMA : RÉCAPITULATIF DES PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LES ANNÉES 90

	Nombre de PMA dans chaque catégorie ^a							
	Réalisé	En progrès	En retard	Très en retard	En recul	Absence de données		
Éducation	Scolarisation primaire nette	0 (0)	7 (6)	1 (8)	9 (23)	5 (8)	27 (56)	
	Enfants achevant le cycle primaire	0 (0)	3 (3)	0 (0)	3 (8)	2 (0)	41 (88)	
	Taux d'alphabétisation des adultes – total	1 (0)	7 (9)	19 (48)	12 (37)	0 (0)	10 (6)	
	Taux d'alphabétisation des adultes – femmes	1 (0)	23 (49)	9 (35)	6 (10)	0 (0)	10 (6)	
	Taux d'alphabétisation des adultes – hommes	1 (0)	6 (4)	9 (22)	23 (68)	0 (0)	10 (6)	
	Scolarisation primaire – égalité entre les sexes (d'ici 2005)	4 (8)	3 (7)	3 (5)	13 (20)	1 (9)	25 (50)	
	Scolarisation secondaire – égalité entre les sexes (d'ici 2005)	3 (3)	3 (10)	2 (4)	13 (18)	2 (11)	26 (54)	
	Alphabétisation des jeunes – égalité entre les sexes	7 (18)	14 (29)	3 (9)	15 (38)	0 (0)	10 (6)	
	Nutrition	Population sous-alimentée	0 (0)	13 (25)	0 (0)	11 (33)	10 (31)	15 (11)
		Enfants malnutris	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	49 (100)
	Population et santé	Taux de mortalité infantile (Programme d'action)	2 (0)	10 (27)	4 (3)	33 (70)	3 (5)	0 (0)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (Programme d'action)		2 (0)	10 (26)	5 (6)	32 (68)	4 (7)	0 (0)	
Taux de mortalité maternelle		0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	49 (100)	
Accouchements médicalement assistés		0 (0)	4 (9)	1 (1)	10 (39)	5 (11)	29 (40)	
Prévalence de la contraception		0 (0)	0 (0)	2 (28)	16 (44)	0 (0)	31 (28)	
Prévalence VIH/sida chez les femmes de 15 à 24 ans (d'ici 2015)		0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	49 (100)	
Prévalence VIH/sida chez la population de 15 à 24 ans (d'ici 2005)		0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	49 (100)	
Prévalence du paludisme (pour 100 000 personnes)		8 (11)	4 (14)	2 (2)	0 (0)	18 (50)	17 (22)	
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000 personnes)		3 (5)	8 (11)	2 (2)	10 (17)	24 (62)	2 (3)	
Assainissement		Accès à l'eau potable	6 (21)	5 (13)	1 (2)	12 (36)	0 (0)	25 (29)

Source : Voir le tableau 14.

a Voir le texte du Rapport pour une définition des catégories. Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage de la population totale des PMA correspondant au nombre de pays dans la catégorie.

- (a) D'ici à 2010, développer les liaisons ou réseaux routiers dans les PMA, pour les porter au niveau qu'ils atteignent actuellement dans d'autres pays en développement, ainsi que les capacités routières urbaines, les systèmes d'égouts et autres aménagements connexes;
- (b) Moderniser et développer les liaisons et installations ferroviaires, pour porter leur capacité au niveau de celle d'autres pays en développement d'ici à la fin de la décennie;

- (c) Développer les réseaux de communication des PMA, y compris les services de poste et télécommunication, et améliorer l'accès des pauvres à ces services en zone urbaine comme en zone rurale pour atteindre les niveaux actuels d'autres pays en développement;
- (d) Augmenter de 50 % d'ici à 2015 l'enseignement de l'informatique dans les établissements d'enseignement supérieur et les universités, et de 25 % dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire;
- (e) Accroître la densité téléphonique moyenne pour qu'elle atteigne cinq lignes principales pour 100 habitants et porter à 10 % la proportion de personnes raccordées à Internet d'ici à 2010.

Pour le dernier de ces objectifs, des données sont disponibles pour 36 PMA et les estimations sont relativement faciles. Les données montrent que la situation actuelle est loin d'être satisfaisante. Dix pays seulement ont plus d'une ligne téléphonique principale pour 100 habitants. Le Cap Vert et les Maldives ont atteint l'objectif, et le seul autre PMA à être en bonne voie est Kiribati. Des données sont disponibles sur les liaisons routières et ferroviaires, mais il est nécessaire de standardiser cette information pour pouvoir faire des comparaisons valables. Par exemple, il ne serait pas réaliste de s'attendre à ce que des pays faiblement peuplés aient la même densité de routes que les pays fortement peuplés. De plus, aux fins du suivi, il est nécessaire de bien savoir s'il s'agit, pour tous ces objectifs, d'amener les PMA, d'ici à 2010, au niveau atteint par les autres pays en développement en 2001 ou au niveau atteint par ces pays en 2010. Il existe peu de données sur les raccordements au réseau Internet, de même que sur les compétences informatiques.

F. Objectifs d'APD pour les pays donateurs

Au titre de l'engagement 7, « Mobiliser des ressources financières », le Programme stipule que « les pays donateurs appliqueront dès que possible les mesures suivantes, conformément aux engagements souscrits à la deuxième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés :

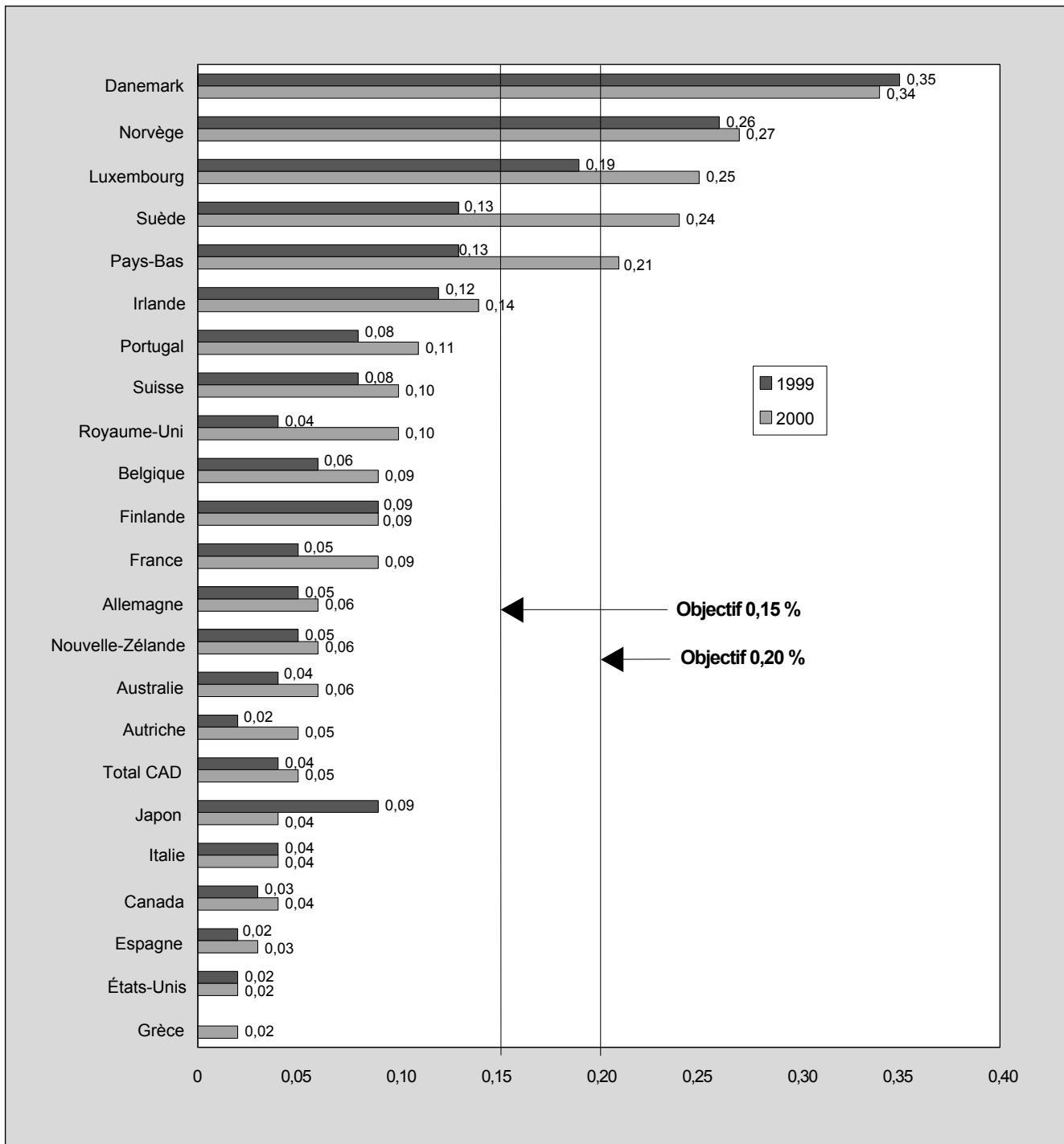
- (a) Les pays donateurs qui consacrent plus de 0,20 % de leur PNB à l'aide (APD) aux PMA continueront à le faire et redoubleront d'efforts;
- (b) Les autres pays donateurs qui ont atteint l'objectif de 0,15 % s'engagent à atteindre rapidement l'objectif de 0,20 %;
- (c) Tous les autres pays donateurs qui se sont engagés à atteindre l'objectif de 0,15 % réaffirment leur engagement et décident de l'honorer dans les cinq ans à venir ou de tout mettre en œuvre pour hâter sa réalisation;
- (d) Pendant la durée du Programme d'action, les autres pays donateurs feront de leur mieux, individuellement, pour accroître leur APD aux PMA, de façon que leur assistance collective à ces pays augmente sensiblement » (par. 83).

Une caractéristique de la façon dont cet objectif avait initialement été formulé à la deuxième Conférence des Nations Unies sur les PMA était de laisser aux pays donateurs une certaine flexibilité pour décider de ce à quoi ils s'engageaient. D'où la difficulté aujourd'hui, pour savoir si cet objectif est en voie de réalisation, de déterminer quels pays ont pris quels engagements. Pour le suivi futur de la réalisation des objectifs d'aide, il est important que les pays donateurs déterminent avec précision quelle est leur position actuelle par rapport à cet objectif et aussi, si possible, les délais ou la période pour la réalisation de l'objectif.

Le graphique 2 indique les flux nets d'APD vers les PMA en pourcentage du RNB de différents donateurs pour les années 1999 et 2000⁵. La situation en 2000 a été telle que seuls cinq pays donateurs ont dépassé l'objectif de 0,20 % du RNB en décaissements nets d'APD. Ce sont le Danemark (0,34 %), la Norvège (0,27 %), le Luxembourg (0,25 %), la Suède (0,24 %) et les Pays Bas (0,21 %). Tous les autres

La situation en 2000 a été telle que seuls cinq pays donateurs ont dépassé l'objectif de 0,20 % du RNB en décaissements nets d'APD. Tous les autres pays ont été en dessous de l'objectif de 0,15 %.

GRAPHIQUE 2. VERSEMENTS NETS D'APD DES PAYS MEMBRES DU CAD AUX PMA,^a 1999 ET 2000
(En pourcentage du RNB des donateurs)



Source: Estimations du secrétariat de la CNUCED d'après OCDE, *Coopération pour le développement Rapport 2001*.

- a Y compris les flux multilatéraux imputés, c'est à dire en tenant compte des contributions versées par le biais d'organisations multilatérales, calculées en fonction de la répartition géographique des versements multilatéraux pour l'année de référence.

pays ont été en dessous de l'objectif de 0,15 %. En valeur absolue, les États-Unis et le Japon sont restés les plus gros bailleurs de fonds des PMA en 2000, leurs flux nets d'APD, y compris les flux d'aide allouée par voie multilatérale, correspondant respectivement à 2,1 et 2,0 milliards de dollars.

G. Progrès concernant la sortie de pays de la liste des PMA

Le Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010 énonce que son succès sera jugé à l'aune de sa contribution au progrès des PMA «ainsi que de sa capacité de les faire sortir de cette catégorie de pays» (par. 21 e)). Dans ces conditions, ce peut être un utile moyen supplémentaire d'évaluer les résultats du Programme d'action que de suivre l'évolution des conditions d'un pays qui le rapproche des seuils de sortie de la catégorie des PMA.

Le Comité des politiques du développement (CPD) du Conseil économique et social de l'ONU est chargé de formuler des recommandations au sujet des pays à inclure dans la liste des pays les moins avancés ou à en retirer, ainsi que d'établir les critères et les seuils applicables. Il s'appuie sur des statistiques, établies tous les trois ans, pour déterminer dans quelle mesure les différents PMA ont réalisé suffisamment de progrès durables par rapport à leurs faiblesses et handicaps structurels pour être sortis de la liste. L'évaluation de ces progrès en tant qu'aspect du suivi de l'application du Programme d'action ne devrait en rien préjuger des décisions qui sont l'apanage exclusif du Comité, ainsi que de la définition des critères et des seuils, qui relève aussi de sa compétence.

L'encadré 2 indique les critères et les seuils de sortie de la liste des PMA utilisés dans les années 90, ainsi que la méthode révisée utilisée depuis l'an 2000. À l'heure actuelle, les critères retenus pour inscrire un pays sur la liste des PMA ou l'en retirer sont les suivants: niveau de revenu, mesuré par le PIB par habitant; niveau de développement des ressources humaines, mesuré par l'indicateur physique révisé de la qualité de vie; et niveau de vulnérabilité économique, mesuré par l'indice de vulnérabilité économique. Les seuils actuels qui motivent une radiation de la liste sont les suivants: PIB par habitant supérieur à 1 035 dollars des États Unis; indicateur physique révisé de la qualité de vie supérieur à 68; indice de vulnérabilité économique inférieur à 31. La Comité applique la règle selon laquelle il est nécessaire que deux au moins des trois critères de sortie soient satisfaits pour que le pays considéré puisse être retiré de la liste des PMA, et qu'il soit satisfait à deux critères à l'occasion de deux examens consécutifs⁶.

Les graphiques 3, 4 et 5 montrent quelle était la situation des PMA par rapport à ces seuils de sortie dans la seconde moitié des années 90, les estimations s'appuyant sur l'examen, réalisé en 2000 par le CPD, de la liste des pays pour le PIB par habitant, pour l'indicateur physique révisé de la qualité de vie et pour l'indice de vulnérabilité économique (CPD, 2000). Il en ressort que 10 pays seulement ont atteint un ou deux des seuils de sortie. Pour 40 des 49 PMA, le PIB se situait en dessous des deux tiers du seuil, et il en allait de même pour l'indicateur physique révisé de la qualité de vie dans le cas de 33 PMA.

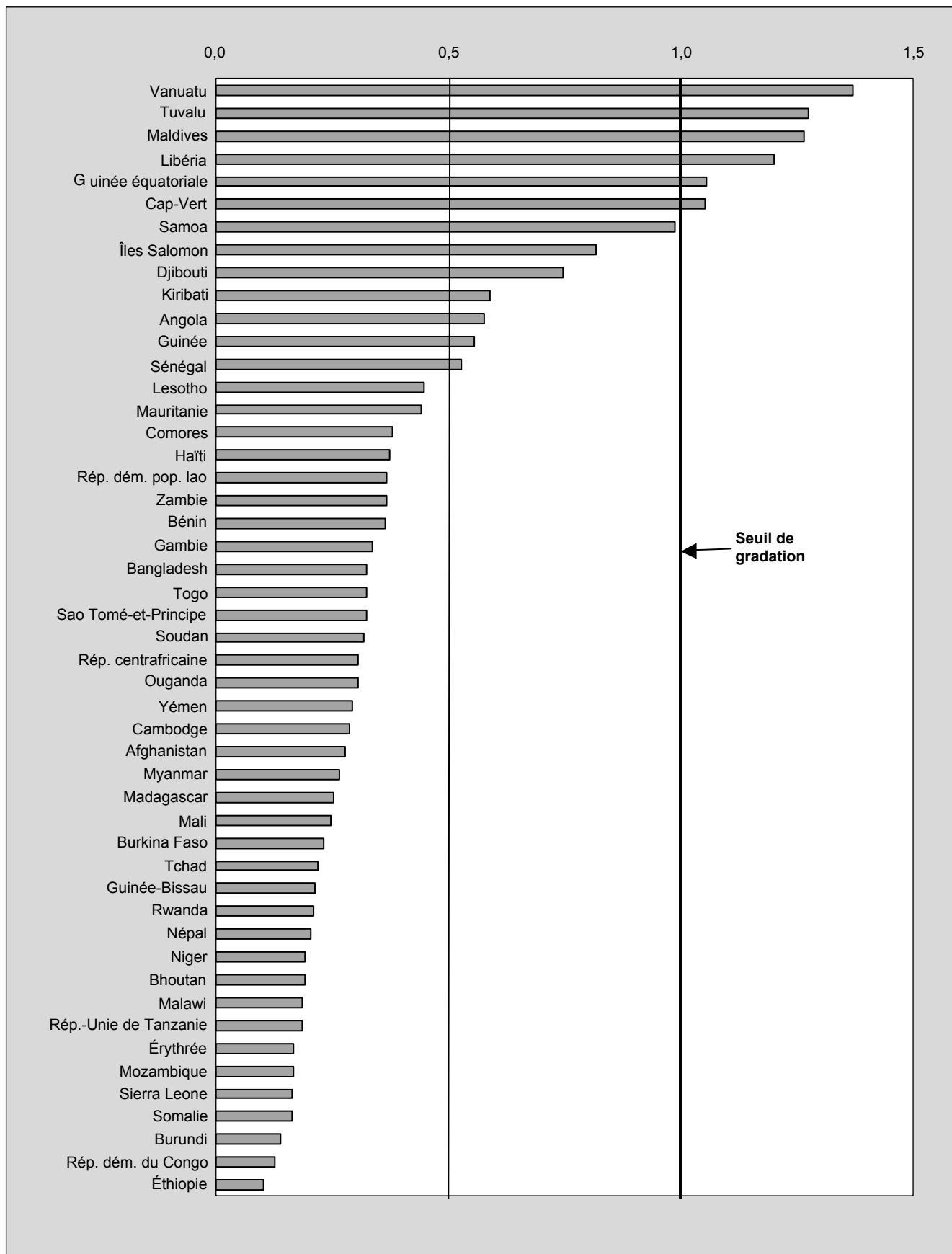
Les progrès réalisés par les pays au cours des années 90 dans le dessein de réunir les conditions voulues pour être sortis de la liste des PMA sont examinés au cas par cas dans le Rapport 2002 de la CNUCED. Le Botswana est le seul pays jusqu'ici à avoir été retiré de la catégorie des PMA. Trois autres pays ont rempli toutes les conditions requises pour être sortis de la liste des pays les moins avancés (sortie décidée après qu'ils aient satisfait aux critères pertinents à l'occasion de deux examens consécutifs): le Cap Vert et Vanuatu en 1997, et les Maldives en 2000. Mais, pratiquement, neuf pays ont déjà pu être ôtés de la liste⁷. Les pays qui actuellement se rapprochent le plus des seuils de sortie sont les trois qui viennent

En valeur absolue, les États-Unis et le Japon sont restés les plus gros bailleurs de fonds des PMA en 2000.

ENCADRÉ 2. CRITÈRES ET INDICATEURS PERMETTANT DE FAIRE SORTIR UN PMA DE LA LISTE DES PMA

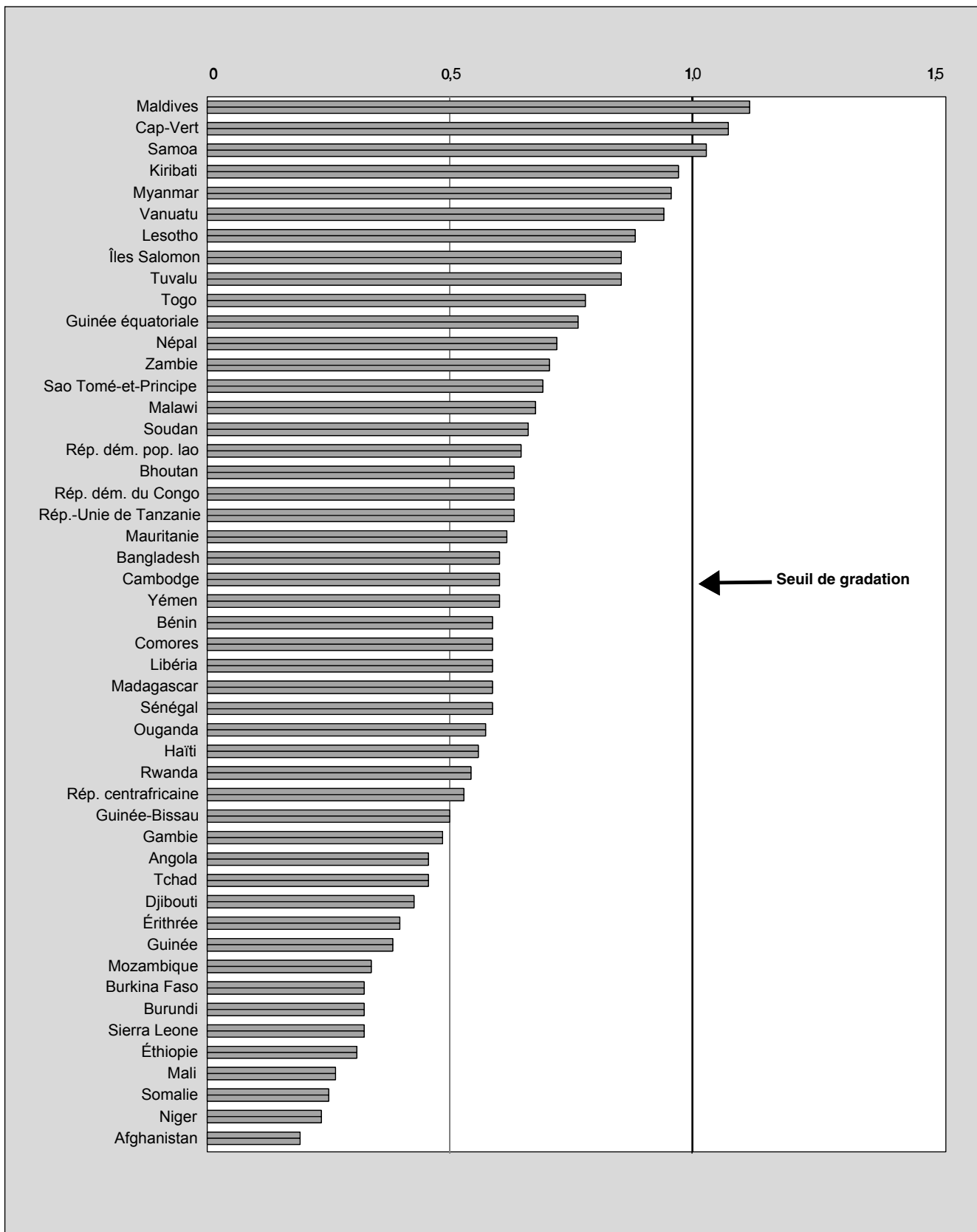
Critères utilisés pour établir la liste des PMA dans les années 90	Critères révisés utilisés pour établir la liste des PMA depuis 2000
<p>1. PIB par habitant</p> <p>Moyenne sur trois ans, convertie au taux de change officiel de chaque année.</p> <p>Seuil de sortie: plus de 700 dollars (1991), plus de 800 dollars (1994), plus de 900 dollars (1997).</p> <p>2. Indicateur physique révisé de la qualité de vie</p> <p>Calculé en tant que simple moyenne des quatre indices partiels suivants:</p> <p>a) <i>Santé: espérance de vie à la naissance;</i></p> <p>b) <i>Nutrition: ration calorique journalière par habitant en pourcentage des besoins quotidiens;</i></p> <p>c) <i>Éducation: taux combiné de scolarisation primaire et secondaire;</i></p> <p>d) <i>Éducation: taux d'alphabétisation des adultes.</i></p> <p>Seuil de sortie: supérieur à 52 (1991, 1994 et 1997).</p> <p>3. Indicateur de diversification économique</p> <p>Calculé en tant que simple moyenne des quatre indices partiels suivants:</p> <p>a) <i>Part de la production manufacturière dans le PIB;</i></p> <p>b) <i>Part de l'industrie dans le total des emplois;</i></p> <p>c) <i>Consommation annuelle d'énergie commerciale par habitant;</i></p> <p>d) <i>Indice de concentration des exportations de marchandises de la CNUCED.</i></p> <p>Seuil de sortie: supérieur à 25 (1991), supérieur à 29 (1994 et 1997).</p>	<p>1. PIB par habitant</p> <p>Moyenne sur trois ans, convertie au taux de change officiel de chaque année.</p> <p>Seuil de sortie: plus de 1 035 dollars.</p> <p>2. Indicateur physique révisé de la qualité de vie</p> <p>Calculé en tant que simple moyenne des quatre indices partiels suivants:</p> <p>a) <i>Santé: taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans;</i></p> <p>b) <i>Nutrition: ration calorique journalière par habitant en pourcentage des besoins quotidiens;</i></p> <p>c) <i>Éducation: taux combiné de scolarisation primaire et secondaire;</i></p> <p>d) <i>Éducation: taux d'alphabétisation des adultes</i></p> <p>Seuil de sortie: supérieur à 68.</p> <p>3. Indice de vulnérabilité économique</p> <p>Calculé en tant que simple moyenne des cinq indices partiels suivants:</p> <p>a) <i>Part de la production manufacturière et des services non gouvernementaux dans le PIB;</i></p> <p>b) <i>Indice de concentration des exportations de marchandises de la CNUCED;</i></p> <p>c) <i>Indicateur de l'instabilité de la production agricole;</i></p> <p>d) <i>Indicateur de l'instabilité des exportations de biens et services;</i></p> <p>e) <i>Taille de la population (en logarithme).</i></p> <p>Seuil de sortie: inférieur à 31.</p> <p>4. Considérations (qualitatives) supplémentaires</p> <p>Si l'un quelconque des trois critères (revenu par habitant, qualité de la vie, vulnérabilité) se rapproche du seuil, un profil de vulnérabilité du pays est établi pour que les membres du Comité des politiques du développement puissent décider d'inscrire ce pays sur la liste des PMA, ou de l'en exclure.</p>

GRAPHIQUE 3. PIB MOYEN PAR HABITANT DANS LES PMA, 1995-1997



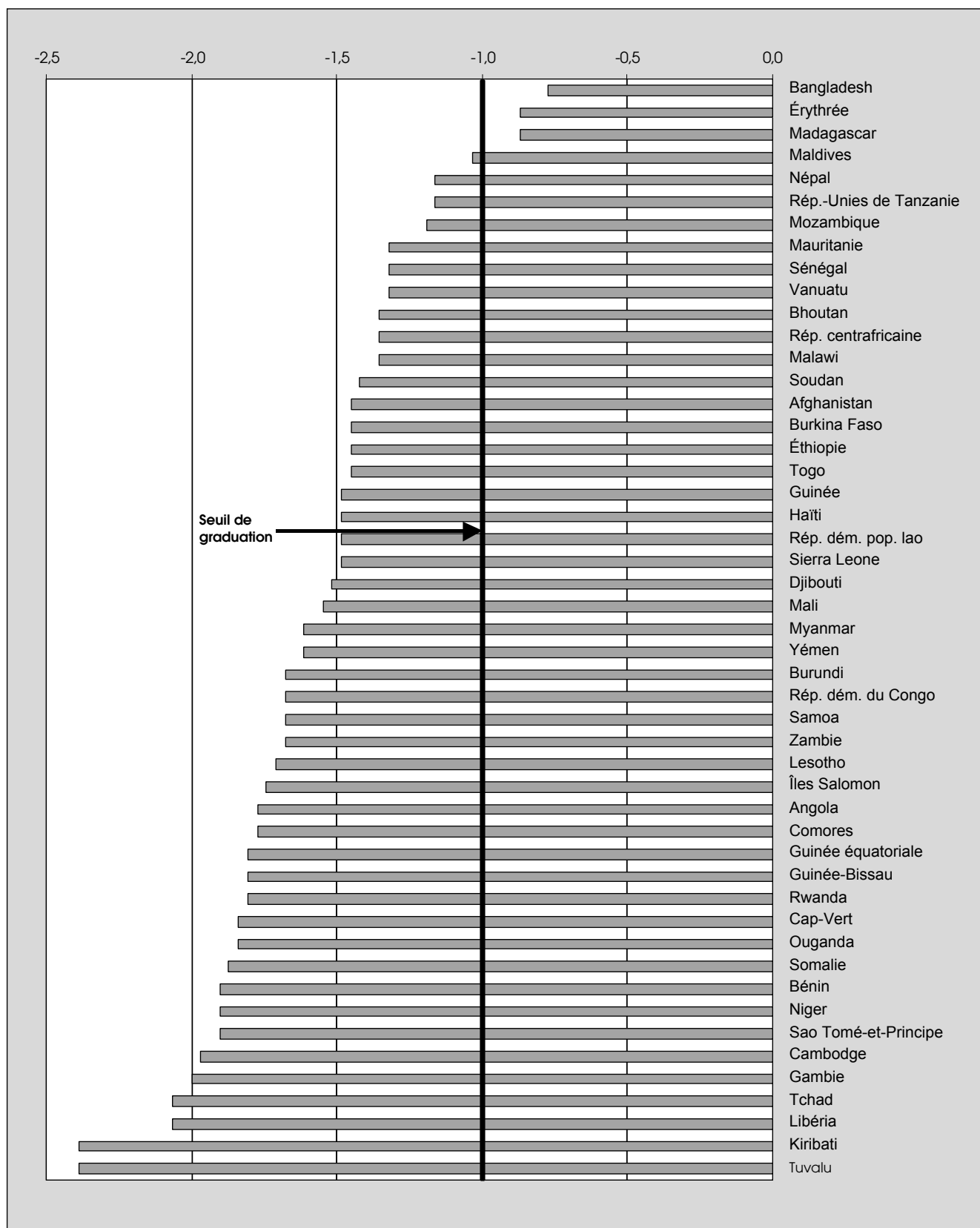
Source: Comité des politiques de développement de l'ONU, 2000.

GRAPHIQUE 4. INDICATEUR PHYSIQUE RÉVISÉ DE LA QUALITÉ DE LA VIE DANS LES PMA, 1997 :
RATIO PAR RAPPORT AU SEUIL DE GRADATION



Source: Comité des politiques de développement de l'ONU, 2000.

GRAPHIQUE 5. INDICE DE LA VULNÉRABILITÉ ÉCONOMIQUE DES PMA, 1997-1998 :
RATIO PAR RAPPORT AU SEUIL DE GRADATION



Source: Comité des politiques de développement de l'ONU (2000).

Note: Tous les pays avec moins de -1,0 ont une vulnérabilité économique supérieure au seuil de gradation. Les éléments d'instabilité de l'indice reposent sur des données pour la période 1979-1997 ou 1998, les autres éléments sur des données pour 1997 ou 1998. Voir l'encadré 2 pour les éléments composant l'indice.

Les données qui sont disponibles au niveau international pour suivre la réalisation des objectifs quantifiés et échancés du Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010 laissent malheureusement à désirer pour ce qui est de leur couverture géographique, de leur qualité et de leur actualité.

Il convient de remédier très vite à cette situation si l'on veut donner tout son sens au suivi des progrès orientés vers l'obtention de résultats concrets.

Les données qui sont disponibles montrent que la majorité des pays les moins avancés ne sont pas actuellement en condition de progresser dans la voie de la réalisation des objectifs de développement fixés à la troisième Conférence sur les pays les moins avancés.

d'être cités, et Samoa. Ils sont toutefois confrontés à de lourds handicaps structurels du fait de leur situation géographique, et aussi, dans le cas des Maldives, à des vulnérabilités particulières tenant à la perspective d'une élévation du niveau de la mer. Ils restent, d'une manière générale, extrêmement vulnérables, bien qu'ils aient enregistré des progrès en matière de revenu et de développement social, en grande partie grâce au développement du tourisme.

Si les tendances des années 90 persistent, très peu de PMA peuvent espérer sortir de cette catégorie pendant la décennie 2001-2010⁸. Mais les choses peuvent, bien entendu, évoluer dans un sens comme dans l'autre. De fait, un objectif fondamental du nouveau Programme d'action est de faire échec à ce sombre scénario. C'est vers la concrétisation d'un avenir meilleur que tous les efforts des PMA et de leurs partenaires de développement, s'agissant de la mise en œuvre de ce programme, doivent s'orienter.

H. Conclusion

Les données qui sont disponibles au niveau international pour suivre la réalisation des objectifs quantifiés et échancés du Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010 laissent malheureusement à désirer pour ce qui est de leur couverture géographique, de leur qualité et de leur actualité. Il est indispensable d'améliorer les systèmes statistiques nationaux dans les PMA, non seulement pour les objectifs de développement de la troisième Conférence sur les PMA, mais aussi pour les comptes nationaux et les statistiques commerciales.

Les problèmes de quantité et de qualité des données sont particulièrement préoccupants dans le cas de l'objectif primordial du Programme d'action, celui-ci étant de réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de personnes vivant dans l'extrême pauvreté. Il est impossible, à l'heure actuelle, de s'appuyer sur des données internationalement comparables pour suivre la réalisation de cet objectif dans la plupart des PMA. Il convient de remédier très vite à cette situation si l'on veut donner tout son sens au suivi des progrès orientés vers l'obtention de résultats concrets.

Les données qui sont disponibles montrent que la majorité des pays les moins avancés ne sont pas actuellement en condition de progresser dans la voie de la réalisation des objectifs de développement fixés à la troisième Conférence sur les pays les moins avancés. Un important effort doit être consenti, à la fois par les PMA eux-mêmes et par leurs partenaires de développement, pour obtenir des progrès plus rapides, avec le souci de faire plus que ce qui a été fait dans les années 90 et, le cas échéant, en s'appuyant sur les succès de la décennie précédente et en s'écartant de certaines politiques poursuivies au cours de cette décennie. La seconde partie du présent rapport est consacrée aux moyens d'appuyer cet effort. Elle tente de trouver des solutions au problème du manque de données sur l'incidence de la pauvreté dans les PMA et d'établir une meilleure base analytique pour les politiques nationales et internationales visant à favoriser la réduction de la pauvreté dans ces pays.

Notes

1. Voir notamment «www.developmentgoals.org» et les résultats de la réunion des représentants du Cabinet du Secrétaire général, du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, du PNUD, du FNUAP, de l'UNICEF, de la Division de statistique de l'ONU, du Bureau du Groupe des Nations Unies pour le développement, du FMI, de l'OCDE, de la Banque mondiale, tenue à New York le 21 juin 2001 pour établir les grandes étapes de la réalisation des objectifs de développement du Millénaire et des objectifs internationaux de développement.
2. Le débat qui a eu lieu à la quarante-huitième session du Conseil du commerce et du développement sur le rapport de la CNUCED (2001), d'où sont tirés les éléments de base qui ont servi à l'élaboration du présent chapitre, a mis l'accent sur la nécessité de définir des indicateurs pour surveiller l'application du Programme d'action sous tous ses aspects. Mais la manière de procéder appelle un complément de concertation intergouvernementale.
3. Voir l'encadré 7.
4. Les tableaux présentés dans cette section s'inspirent des travaux réalisés par David Stewart, du Bureau chargé d'établir le rapport mondial sur le développement humain du PNUD.
5. Les objectifs sont maintenant mesurés plus souvent par le ratio APD/RNB que par le ratio APD/PNB, car tous les membres du CAD ont adopté le Système de comptabilité nationale de 1993.
6. Il est à noter que les seuils retenus pour inclure un pays dans la liste des PMA diffèrent des seuils établis pour sortir un pays de cette liste. Au moment où le Comité a étudié la liste des PMA en 2000, les seuils d'inclusion étaient les suivants: PIB par habitant, 900 dollars des États Unis; indicateur physique révisé de la qualité de vie, 59; et indice de vulnérabilité économique, 36.
7. Pour l'examen de ces cas, voir CNUCED (2002), p. 4 et 5.
8. Voir CNUCED (2000, tableau 4) pour le critère concernant le PIB par habitant.

Bibliographie

- Chen, S. and Ravallion, M. (2000). How did the world's poorest fare in the 1990s-, Policy Research Working Paper No. 2409, World Bank, Washington DC.
- CNUCED (2000). *The Least Developed Countries 2000 Report*, United Nations publication, sales no. E.00.II.D.21, Geneva.
- CNUCED (2001). The development goals of the Programme of Action for the Least Developed Countries for the Decade 2001–2010: Towards a set of indicators to monitor progress, report prepared for the Trade and Development Board, forty eight session, Geneva 1 October 2001, TD/B/48/14, 3 August, Geneva.
- CNUCED (2002). Graduation from the least developed countries status: where do the LDCs stand- Background note, prepared for the Expert Group Meeting of the United Nations Secretariat on the methodology for identifying the Least Developed Countries, 16 17 January, and the Fourth Session of the Committee for Development Policy, 8 12 April, Geneva.
- FAO (2000). *The State of Food Insecurity in the World 2000*, Rome.
- Kenneth, H., Abou Zahr, C. and Wardlaw, T. (2001). Estimates of maternal mortality for 1995, *Bulletin of the WHO*, 79 (3): 182 193.
- Naschold, F. (2001). Growth, distribution and poverty reduction: LDCs are falling further behind, background report for The Least Developed Countries Report 2002, Geneva.
- Nations Unies, Committee for Development Policy (2000). Report on the second session (3-7 April 2000), ECOSOC Official Records, 2000, supplement no. 13 (E/2000/33).
- Nations Unies (2001). Programme of Action for the Least Developed Countries for the Decade 2001-2010, 8 June, A/ CONF.191/11.
- OMS/UNICEF/WSSCC (2001). *Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report*, Geneva and New York, NY.
- Svedberg, P. (1999). 841 million undernourished- *World Development*, 1999, 27 (12): pp. 2081-2098.
- UNESCO (2000). *World Education Report 2000*, Paris.
- UNICEF (2001). *The State of the World's Children 2001*, New York.