

RAPPORT 2004 SUR LES PAYS LES MOINS AVANCÉS

Établi par le secrétariat de la CNUCED

Première partie TENDANCES RÉCENTES

Chapitre 2

TENDANCES SOCIALES



Tendances sociales

Chapitre

2

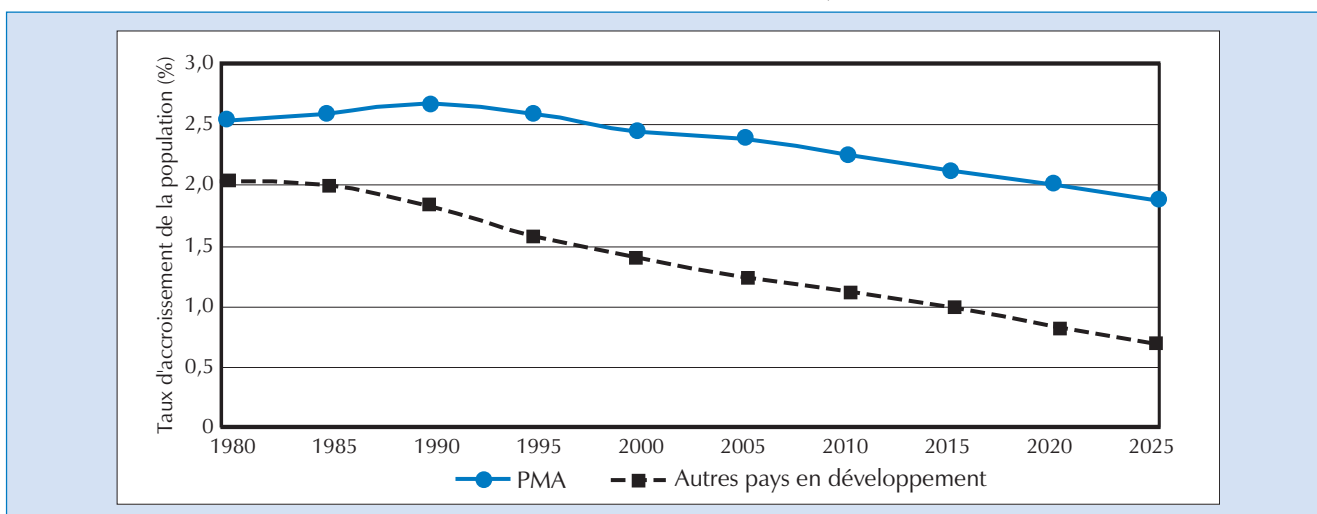
A. Accroissement de la population, structure par âge et urbanisation

En 2003, la population totale des pays les moins avancés (PMA) était de 718 millions de personnes, dont quelque 428 millions vivaient dans les PMA d'Afrique et des Caraïbes, 287,3 millions dans les PMA d'Asie et 2,7 millions dans les PMA insulaires.

Par comparaison avec les autres pays en développement, les taux d'accroissement démographique sont élevés dans les PMA. Ils ont, en fait, augmenté pendant les années 80, et bien qu'ils diminuent à l'heure actuelle, ils ne le font que lentement. On estime que dans les PMA, le taux d'accroissement démographique a été ramené de 2,7 % par an pendant la période 1990-1995 à 2,4 % par an pendant la période 2000-2005. Bien qu'il soit difficile d'établir des projections en raison de la progression du VIH/Sida, on considère que la population totale des pays qui constituent actuellement le groupe des PMA atteindra 1,04 milliard en 2020 et doublera entre 2001 et 2035. Le graphique 3 et le graphique 4 font apparaître les différences entre tendances observées dans les PMA et dans les autres pays en développement.

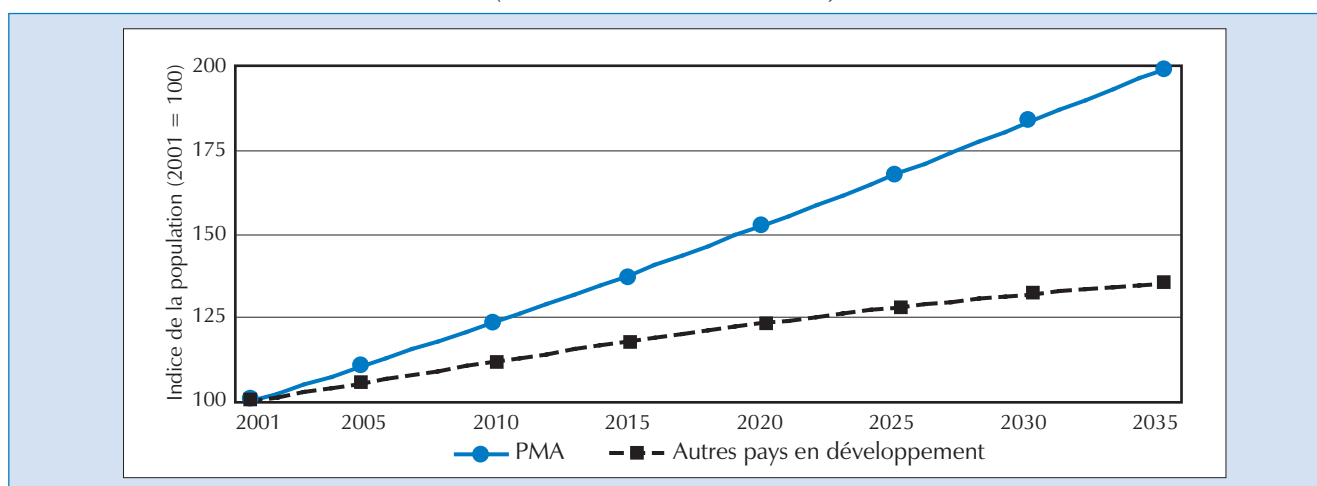
Bien qu'il soit difficile d'établir des projections en raison de la progression du VIH/sida, on considère que la population totale des pays qui constituent actuellement le groupe des PMA atteindra 1,04 milliard en 2020 et doublera entre 2001 et 2035.

GRAPHIQUE 3. TAUX ESTIMATIF ET PROJETÉ D'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION DANS LES PMA ET DANS LES AUTRES PAYS EN DÉVELOPPEMENT, 1980-2025



Source: Nations Unies (2003a).

GRAPHIQUE 4. INDICE DE LA POPULATION DES PMA ET DES AUTRES PAYS EN DÉVELOPPEMENT, 2001-2035 (Année de base 2001 = 100)



Source: Estimations du secrétariat de la CNUCED, d'après Nations Unies (2003a).

Les PMA en sont à un stade bien antérieur de leur transition démographique, par rapport aux autres pays en développement.

Si les PMA enregistrent des taux d'accroissement de la population élevés, cela tient au fait qu'ils en sont à un stade bien antérieur de leur transition démographique, par rapport aux autres pays en développement¹. Pour 2000-2005, le taux brut de natalité est estimé à 38,9 naissances vivantes pour 1 000 personnes dans les PMA, contre 21,3 dans les autres pays en développement. Le taux brut de mortalité pendant la même période était de 15,1 pour 1 000 personnes dans les PMA, contre 7,8 pour 1 000 personnes dans les autres pays en développement (tableau 17).

Les taux de natalité élevés observés dans les PMA s'expliquent par des taux de fécondité très élevés. On estime que, pendant la période 2000-2005, chaque femme dans les PMA donnera naissance à 5,1 enfants, soit un chiffre beaucoup plus élevé que dans les autres pays en développement, où le taux de fécondité est de 2,6. Au sein du groupe des PMA, le taux de fécondité est plus élevé dans les PMA africains (6 enfants par femme pendant la période 2000-2005) que dans les PMA asiatiques (4,9). Dans 16 PMA le taux de fécondité est supérieur à 6 enfants par femme — Afghanistan, Angola, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Guinée-Bissau, Libéria, Malawi, Mali, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Somalie, Tchad et Yémen. La plupart de ces pays présentent des taux d'accroissement de la population très élevés, comme le montre le tableau 18.

Il convient de noter que parmi les PMA, les pays insulaires ou sans littoral se trouvent aux extrémités opposées du spectre pour ce qui est de leurs taux de natalité et taux de mortalité. Pendant la période 2000-2005, le taux brut moyen de mortalité dans les PMA insulaires — soit 5,9 % — était bien inférieur à celui des PMA sans littoral, où il s'établissait à 18,8 %. De même, bien que la différence soit un peu moins marquée, le taux brut moyen de natalité, qui était de 32,3 ‰ dans les PMA insulaires pendant la période 2000-2005 y était inférieur au taux observé dans les PMA sans littoral, où il s'établissait à 43 ‰. De façon générale, les indicateurs sociaux sont plus favorables dans les PMA insulaires que dans les autres PMA, et moins favorables dans les PMA sans littoral. L'espérance de vie à la naissance est un indicateur global qui résume bien la situation. Dans les PMA sans littoral, elle est estimée à 45,9 ans seulement pour la période 2000-2005, tandis que dans les PMA insulaires, elle est estimée à 53,6 ans (d'après Nations Unies, 2003a).

En 2000, 63,2 % des habitants des PMA avaient moins de 25 ans.

Une importante conséquence du taux d'accroissement démographique relativement élevé observé dans les PMA pris globalement est une structure par âge de la population relativement jeune. On estime qu'en 2000, 43,2 % des habitants y étaient des enfants de moins de 15 ans, et que 63,2 % des habitants avaient moins de 25 ans. Dans les PMA, l'âge médian de la population, c'est-à-dire l'âge par rapport auquel 50 % des habitants sont plus jeunes et 50 % des habitants plus âgés, était de 18,1 ans en 2000, chiffre qu'il faut rapprocher de celui de 17,5 ans en 1980. Selon les projections disponibles, l'âge médian devrait s'établir à 20,3 ans en 2020.

TABLEAU 17. TAUX BRUT DE NATALITÉ, TAUX BRUT DE MORTALITÉ ET FÉCONDITÉ CUMULÉE DANS LES PMA ET DANS LES AUTRES PAYS EN DÉVELOPPEMENT, 1995-2000 ET 2000-2005

	Taux brut de natalité (pour 1 000 personnes)		Taux brut de mortalité (pour 1 000 personnes)		Fécondité cumulée (nombre d'enfants par femme)	
	1995-2000	2000-2005	1995-2000	2000-2005	1995-2000	2000-2005
Pays les moins avancés	40,7	38,9	15,9	15,1	5,46	5,13
Autres pays en développement	23,2	21,3	7,8	7,8	2,79	2,60

Source: Nations Unies (2003a).

TABLEAU 18. TAUX D'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION ET STRUCTURE PAR ÂGE DANS LES PMA, 2000–2010

	Taux annuel d'accroissement de la population		Population âgée de moins de 15 ans	Population âgée de moins de 25 ans	Taux de dépendance
	(En pourcentage)		(En pourcentage)	(En pourcentage)	
	2000–2005	2005–2010	2000	2000	2000
PMA dans lesquels le taux d'accroissement de la population est supérieur à la moyenne des PMA pour la période 2000-2005					
Somalie	4,2	3,7	47,9	67,2	1,01
Libéria	4,1	2,7	46,6	66,6	0,95
Afghanistan	3,9	3,7	43,5	62,8	0,86
Sierra Leone	3,8	1,9	44,2	63,4	0,88
Érythrée	3,7	3,3	43,9	63,2	0,92
Niger	3,6	3,6	49,9	69,3	1,08
Yémen	3,5	3,6	50,1	68,2	1,06
Angola	3,2	3,0	48,2	67,1	1,00
Ouganda	3,2	3,6	49,2	69,3	1,10
Burundi	3,1	3,3	47,6	68,0	1,04
Bhoutan	3,0	2,5	42,7	62,3	0,89
Burkina Faso	3,0	3,0	48,7	69,5	1,07
Guinée-Bissau	3,0	2,9	43,5	62,1	1,00
Maldives	3,0	2,9	43,6	64,3	0,90
Mali	3,0	3,2	46,1	65,8	1,06
Mauritanie	3,0	2,8	44,1	63,8	0,87
Tchad	3,0	2,9	46,5	65,6	0,99
Îles Salomon	2,9	2,6	44,7	64,9	0,86
Rép. dém. du Congo	2,9	2,9	48,8	67,7	0,98
Madagascar	2,8	2,7	44,7	64,0	0,91
Comores	2,8	2,6	42,9	64,4	0,84
Gambie	2,7	2,3	40,3	58,2	0,81
Guinée équatoriale	2,7	2,5	43,8	62,1	0,91
Bénin	2,7	2,6	46,3	66,6	0,96
Sao Tomé-et-Principe	2,5	2,4	41,2	65,0	0,84
Éthiopie	2,5	2,4	45,2	64,3	0,95
Vanuatu	2,4	2,2	42,0	61,3	0,83
PMA dans lesquels le taux d'accroissement de la population est inférieur à la moyenne des PMA pour la période 2000-2005					
Cambodge	2,4	2,3	43,9	62,5	0,86
Sénégal	2,4	2,3	44,3	64,3	0,87
Togo	2,3	2,2	44,2	64,5	0,90
Rép. dém. pop. lao	2,3	2,2	42,7	62,1	0,86
Népal	2,2	2,1	41,0	60,2	0,80
Soudan	2,2	1,8	40,1	59,9	0,77
Rwanda	2,2	2,1	44,3	66,5	0,92
Bangladesh	2,0	1,8	38,7	59,1	0,73
Cap-Vert	2,0	1,9	39,3	61,1	0,85
Malawi	2,0	1,9	46,3	66,3	0,96
Rép. Unie de Tanzanie	1,9	1,8	45,0	65,6	0,93
Mozambique	1,8	1,5	43,9	63,6	0,90
Guinée	1,6	2,6	44,1	64,2	0,90
Djibouti	1,6	1,4	43,2	62,3	0,86
Haïti	1,3	1,3	40,6	62,2	0,80
Rép. centrafricaine	1,3	1,5	43,0	62,8	0,89
Myanmar	1,3	1,0	33,1	53,1	0,61
Zambie	1,2	1,3	46,5	67,3	0,97
Samoa	1,0	1,1	40,6	62,2	0,82
Lesotho	0,1	-0,5	39,3	59,1	0,82
Pays les moins avancés	2,4	2,3	43,2	63,2	0,86

Source: Estimations du secrétariat de la CNUCED, d'après Nations Unies (2003a).

Note: Aucune donnée n'était disponible pour Kiribati et Tuvalu.

En 2000, le taux de dépendance était de 0,862, chiffre qu'il faut comparer à celui de 0,582 observé dans les autres pays en développement.

Inévitablement, le taux de dépendance est élevé: ce taux exprime le rapport entre le nombre des personnes à charge (personnes âgées de 0 à 14 ans, et personnes âgées de 65 ans et davantage) et celui des personnes d'âge actif (âgées de 15 à 64 ans). Dans les PMA en tant que groupe, on estime qu'en 2000, le taux de dépendance était de 0,862, chiffre qu'il faut comparer à celui de 0,582 observé dans les autres pays en développement. Toutefois, il y a de nettes différences entre PMA, selon qu'il s'agit de PMA africains ou asiatiques. Dans les PMA africains, le nombre des personnes à charge est presque le même que celui des personnes d'âge actif. Il n'y a eu aucun changement à cet égard dans les 20 dernières années, le taux de dépendance s'établissant, en 2000, à 0,936, niveau auquel il se trouvait en 1980. Dans les PMA asiatiques, en revanche, le taux de dépendance est plus faible et a légèrement diminué pendant la même période — s'abaissant de 0,857 à 0,832.²

La structure par âge impose un fardeau considérable aux services sociaux de toute sorte et fait aussi qu'un taux élevé de création d'emplois est nécessaire pour que la population soit employée. On estime qu'en 2000, 30,4 % de la population consistait en enfants d'âge scolaire (6-17 ans) et que cette proportion ne diminue que légèrement — elle devrait être ramenée à 29,6 % en 2010. Les projections de l'OIT relatives à la période 2000-2010 semblent indiquer que dans les PMA en tant que groupe, la population totale d'âge actif (15-64 ans) augmentera de 29 % entre 2000 et 2010. L'accroissement annuel de la population d'âge actif dépassera les 100 000 personnes dans 25 des 44 PMA pour lesquels on dispose de données (tableau 19). Créer des moyens d'existence durables dont la rémunération permet de s'élever au-dessus du seuil de pauvreté constitue une redoutable difficulté.

Dans les PMA, la majorité des habitants — quelque 74 % — se trouve en zone rurale, encore que l'urbanisation soit en train de s'accélérer... On prévoit que le nombre total de villes de PMA peuplées de plus d'un million de personnes passera de 22 en 2000 à 27 en 2015.

Enfin, il convient de souligner que dans les PMA, la majorité des habitants — quelque 74 % — se trouve en zone rurale, encore que l'urbanisation soit en train de s'accélérer. La part de la population urbaine est passée de 19 % en 1985 à 20,8 % en 1990, mais on estime qu'en 2005 elle atteindra 28,4 %. Un certain nombre de métropoles importantes sont en train de se constituer. Selon des estimations, Dhaka, au Bangladesh, comptait 12,5 millions d'habitants en 2000 et Kinshasa, dans la République démocratique du Congo, 5 millions d'habitants. Dans 17 autres PMA, il y avait en 2000 une ville de plus d'un million d'habitants. On prévoit que le nombre total de villes de PMA peuplées de plus d'un million de personnes passera de 22 en 2000 à 27 en 2015 (Nations Unies, 2002).

B. Progrès vers la réalisation de certains objectifs de développement humain³

Les PMA sont définis comme étant les pays les plus pauvres de la planète, non pas seulement selon le critère du revenu par habitant, mais aussi du point de vue du capital humain et du développement humain. La distance qui sépare les PMA en tant que groupe de l'ensemble des pays en développement et des pays de l'OCDE à revenu élevé ressort des statistiques ci-après:

- En 2001, l'espérance de vie à la naissance était de 50,4 ans dans les PMA contre 64,4 ans dans l'ensemble des pays en développement et 78,1 ans dans les pays de l'OCDE à revenu élevé;
- Pendant la période 1998-2000, 38 % des habitants y étaient sous-alimentés, contre 18 % dans l'ensemble des pays en développement;

TABLEAU 19. ÉVOLUTION DE LA POPULATION D'ÂGE ACTIF^a DANS LES PMA, 1990–2010

	Population d'âge actif			Accroissement annuel moyen de la population d'âge actif ^b				Variation ^c
	(milliers)			(milliers)				(%)
	1990–1995	1996–2000	2001	1990–1995	1996–2000	2001	2000–2010	2000–2010
Afghanistan	10 538	13 197	14 600	458	507	350	421	42,7
Angola	5 192	6 142	6 715	162	1 837	196	190	32,0
Bangladesh	63 886	73 223	79 585	1 405	1 963	2 319	2 124	27,5
Bénin	2 488	2 987	3 306	81	100	113	110	34,9
Bhoutan	343	400	438	8	13	12	34	30,4
Burkina Faso	4 548	5 310	5 792	111	164	144	181	29,7
Burundi	2 959	3 320	3 565	55	75	92	154	41,4
Cambodge	5 070	5 963	6 617	104	215	208	242	34,0
Cap-Vert	191	218	236	6	4	10	7	35,1
Comores	237	282	310	8	8	11	13	35,3
Djibouti	281	325	346	9	7	7	..	..
Érythrée	1 784	2 036	2 192	45	47	60	84	41,5
Éthiopie	28 297	31 510	33 643	534	630	847	763	24,7
Gambie	568	691	753	23	22	16	19	26,2
Guinée	3 203	3 720	4 018	97	91	111	99	22,0
Guinée équatoriale	200	228	247	4	6	7	6	30,2
Guinée-Bissau	542	610	649	13	11	16	15	24,8
Haiti	3 588	4 181	4 564	92	122	131	84	21,5
Îles Salomon	177	209	228	6	6	6	9	35,4
Kiribati	..	54	55	..	..	1	..	..
Lesotho	987	1 101	1 152	23	18	14	5	5,2
Libéria	1 180	1 477	1 692	25	81	45	57	43,9
Madagascar	6 498	7 595	8 322	176	220	274	281	33,2
Malawi	4 464	5 076	5 468	75	143	98	135	22,2
Maldives	115	138	154	3	5	6	5	39,8
Mali	4 558	5 166	5 526	111	110	135	179	29,0
Mauritanie	1 110	1 316	1 446	31	43	42	4	31,0
Mozambique	7 931	8 997	9 647	185	203	233	190	17,8
Myanmar	25 197	28 532	30 301	619	596	551	494	17,3
Népal	10 647	12 130	13 077	245	292	349	312	26,5
Niger	4 034	4 902	5 431	139	176	164	222	39,9
Ouganda	8 715	10 272	11 186	266	299	299	450	35,6
Rép. centrafricaine	1 655	1 909	2 048	44	48	40	34	17,3
Rép. dém. du Congo	20 186	23 937	26 059	698	668	749	859	37,4
Rép. dém. pop. lao	2 311	2 682	2 921	58	76	83	91	31,1
Rép.-Unie de Tanzanie	14 135	16 648	18 006	465	450	433	556	27,6
Rwanda	3 388	3 754	4 256	-45	164	158	113	24,5
Samoa	89	97	103	0	2	1	..	..
Sao Tomé-etPrincipe	..	80	82	..	..	2	..	..
Sénégal	4 059	4 731	5 152	112	131	150	140	30,2
Sierra Leone	2 270	2 544	2 711	55	45	75	74	40,9
Somalie	3 606	4 074	4 504	255	138	145	183	43,9
Soudan	14 553	16 729	18 004	390	401	453	429	31,6
Tchad	3 170	3 508	3 748	93	34	172	134	33,3
Togo	1 900	2 237	2 447	52	69	67	67	31,4
Vanuatu	83	101	113	2	4	3	..	..
Yémen	6 615	8 284	9 201	346	264	371	304	49,6
Zambie	4 286	5 010	5 399	121	141	98	127	25,9
PMA africains	166 333	192 042	207 991	4 270	5 040	5 581	5 980	29,9
PMA asiatiques	124 606	144 410	156 741	3 243	3 925	4 244	4 028	27,8
PMA insulaires	894	1 179	1 281	25	30	40	34	36,0
PMA	291 833	337 631	366 013	7 538	8 995	9 865	10 042	29,0

Source: Estimations du secrétariat de la CNUCED, d'après Banque mondiale, *Indicateurs de développement dans le monde 2003*, et OIT, base de données LABORSTA.

Note: Aucune donnée n'était disponible pour Tuvalu.

a La population d'âge actif comprend toutes les personnes âgées de 15 à 64 ans.

b Pour calculer l'accroissement annuel moyen de la population d'âge actif, on a calculé la moyenne des variations observées d'une année à l'autre pendant la période visée.

c Accroissement en pourcentage de la population d'âge actif entre 2000 et 2010.

En 2001, le taux de mortalité infantile était de 101 pour 1000 naissances vivantes dans les PMA, contre 62 dans l'ensemble des pays en développement et 5 dans les pays de l'OCDE à revenu élevé.

- En 2001, 33,7 % des habitants âgés de 15 à 24 ans y étaient analphabètes, contre 15,2 % dans l'ensemble des pays en développement;
- En 2001, le taux de mortalité infantile était de 101 pour 1 000 naissances vivantes dans les PMA, contre 62 dans l'ensemble des pays en développement et 5 dans les pays de l'OCDE à revenu élevé;
- En 2001, sur 100 enfants nés vivants dans les PMA, 16 mouraient avant leur cinquième anniversaire, alors que la proportion était de 9 sur 100 dans l'ensemble des pays en développement et de moins de 1 sur 100 dans les pays de l'OCDE à revenu élevé;
- Pendant la période 1995-2001, seules 31 % des naissances ont bénéficié des services de personnels sanitaires qualifiés dans les PMA, contre 56 % dans l'ensemble des pays en développement et 99 % dans les pays de l'OCDE à revenu élevé;
- En 1995, le taux de mortalité maternelle était de 1 000 pour 100 000 naissances vivantes dans les PMA, contre 463 pour 100 000 dans l'ensemble des pays en développement et 12 pour 100 000 dans les pays de l'OCDE à revenu élevé;
- En 2000, 55 % seulement de la population rurale des PMA avait un accès durable à une source d'eau meilleure, contre 69 % dans l'ensemble des pays en développement (PNUD, 2003).

Toutefois, la situation est en train de s'améliorer dans un certain nombre de PMA. Le tableau 20, qui reprend les données plus détaillées figurant dans l'annexe 1 du présent chapitre, présente les tendances observées depuis 1990 concernant quelques-uns des indicateurs de développement humain utilisés pour mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Ces objectifs sont les suivants:

- i) Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim;
- ii) D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires;
- iii) Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard;
- iv) Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans;
- v) Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre.

Ces objectifs sont également énoncés dans le Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010, mais il y a des différences entre les objectifs du Programme d'action et ceux du Millénaire (voir l'encadré 1). Ainsi, dans le Programme d'action, tel qu'il a été négocié, le premier objectif est en fait plus contraignant, puisqu'il s'agit de réduire de moitié le nombre des personnes souffrant de la faim, et non leur proportion dans la population.

Le tableau et l'annexe permettent de dégager un certain nombre de points.

Premièrement, les données nécessaires pour suivre les progrès réalisés font gravement défaut. On ne dispose de données concernant plus des deux tiers des

TABLEAU 20. PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DE CERTAINS OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT^a HUMAIN DANS LES PMA, 1990-2000

	Données disponibles	Objectif réalisé	Objectif réalisable d'ici à 2015	Lent progrès	Régression/stagnation ^b
Faim	34 PMA		11 Tchad Myanmar Malawi Soudan Bénin Haïti Mozambique Guinée Mali Angola Togo	8 Rép. dém. pop. lao Cambodge Mauritanie Niger Rép. centrafricaine Ouganda Yémen Lesotho	15 Afghanistan Burundi Rép. dém. du Congo Libéria Madagascar Rwanda Sénégal Sierra Leone Somalie Rép. Unie de Tanzanie Zambie Bangladesh Burkina Faso Gambie Népal
Enseignement primaire	25 PMA	7 Cambodge Cap-Vert Malawi Maldives Samoa Ouganda Vanuatu	5 Rwanda Togo Bangladesh Rép. dém. pop. lao Bénin	10 Gambie Mali Sénégal Érythrée Lesotho Mozambique Burkina Faso Niger Burundi Rép. centrafricaine	3 Rép. dém. du Congo Rép. Unie de Tanzanie Djibouti
Parité hommes-femmes	29 PMA	9 Bangladesh Lesotho Madagascar Maldives Rwanda Samoa Soudan Vanuatu Zambie	9 Mauritanie Malawi Rép. Unie de Tanzanie Népal Djibouti Myanmar Gambie Sénégal Rép. dém. du Congo	8 Guinée Rép. dém. pop. lao Niger Sierra Leone Togo Mali Burkina Faso Mozambique	3 Burundi Érythrée Éthiopie
Mortalité des enfants de moins de 5 ans	48 PMA		11 Bangladesh Bhoutan Samoa Vanuatu Rép. dém. pop. lao Népal Cap-Vert Comores Îles Salomon Maldives Guinée	23 Érythrée Guinée équatoriale Ouganda Yémen Malawi Kiribati Madagascar Djibouti Gambie Haïti Sao Tomé-et-Principe Niger Guinée-Bissau Mozambique Myanmar Bénin Soudan Éthiopie Lesotho Mali Togo Sénégal Burkina Faso	14 Cambodge Rwanda Rép. Unie de Tanzanie Zambie Afghanistan Angola Burundi Rép. centrafricaine Tchad Rép. dém. du Congo Libéria Mauritanie Sierra Leone Somalie
Eau	22 PMA	7 Bangladesh Comores Djibouti Maldives Népal Samoa Rép. Unie de Tanzanie	6 Rép. centrafricaine Burundi Zambie Soudan Mali Sénégal	6 Malawi Niger Ouganda Togo Guinée Madagascar	3 Éthiopie Haïti Mauritanie

Source: Classification du secrétariat de la CNUCED, d'après des données du PNUD fournies par le Bureau chargé d'établir le rapport sur le développement humain. Pour plus de détails, voir annexe 1, tableau 1 de ce chapitre.

a Les variables quantitatives utilisées pour évaluer la réalisation des objectifs concernant la faim, l'éducation primaire, l'égalité des sexes dans le domaine de l'éducation, la mortalité infantile et l'accès à l'eau salubre sont respectivement les suivantes: pourcentage de personnes sous-alimentées par rapport à la population totale, taux net de scolarisation primaire, rapport nombre de filles/nombre de garçons aux niveaux primaire et secondaire, taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes) et proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée.

b Il y a régression ou stagnation lorsque la valeur de l'indicateur de développement humain visé a diminué ou stagné entre 1990 et 2000.

**ENCADRÉ 1. LA NÉCESSITÉ DE CONCILIER LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DU MILLÉNAIRE
ET LES OBJECTIFS QUANTIFIABLES DU PROGRAMME D'ACTION EN FAVEUR DES
PAYS LES MOINS AVANCÉS POUR LA DÉCENNIE 2001-2010**

Un trait important du Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010, qui a été adopté à la troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés tenue à Bruxelles en mai 2001 (Nations Unies, 2001) est qu'il énonce un certain nombre d'objectifs de développement quantifiables. Ces objectifs sont semblables à ceux du Millénaire pour le développement, mais ils ne sont pas identiques.

Il y a des différences concernant le degré de l'amélioration attendue, les indicateurs employés et les délais prévus. L'un des objectifs du Millénaire, par exemple, est une réduction de 75 % du taux de mortalité maternelle entre l'année de base, 1990, et l'année d'échéance, 2015, tandis que l'objectif correspondant inscrit dans le Programme d'action est une réduction de 75 % du taux de mortalité maternelle entre l'année de base, 2001, et l'année d'échéance, 2015. On peut relever des différences quant aux objectifs de développement concernant la pauvreté, la nutrition, la santé, l'éducation, l'égalité entre les sexes et l'infrastructure.

Il n'y a pas seulement des chevauchements entre objectifs du Millénaire et objectifs du Plan d'action, mais aussi plusieurs zones de chevauchement entre différents objectifs inscrits dans le Programme d'action. De plus, un bon nombre des objectifs de développement inscrits dans le Programme d'action sont formulés d'une manière qui ne permet pas de mesurer et de suivre les progrès réalisés. Cela tient au fait que beaucoup d'objectifs n'indiquent pas l'année de base (lorsque cela est nécessaire), l'année d'échéance ou les indicateurs connexes.

Pour qu'il soit possible de mieux suivre les progrès réalisés dans la poursuite des objectifs internationaux de développement retenus pour les pays les moins avancés, il faut que les différents objectifs soient mesurables et que la situation en matière de données soit améliorée, mais il est aussi extrêmement souhaitable que les disparités entre les différents ensembles d'objectifs internationaux de développement soient résolues. Faute d'une harmonisation entre les deux ensembles d'objectifs, on s'est en fait attaché jusqu'à présent aux objectifs du Millénaire, en négligeant dans une large mesure les objectifs inscrits dans le Plan d'action. Cela n'a guère d'importance lorsque les objectifs inscrits dans le Plan d'action sont semblables à ceux du Millénaire, mais cela en a lorsqu'ils sont différents. Bref, il est indispensable que les objectifs du Plan d'action et ceux du Millénaire soient harmonisés et que les disparités entre les objectifs du Plan d'action eux-mêmes soient éliminées.

Source: Herrmann (2003).

Faute de données, il est difficile de dire si, de façon générale, les PMA en tant que groupe ont progressé dans la réalisation des objectifs de développement du Millénaire ou des objectifs du Programme d'action.

Pour chacun des objectifs, il y a quelques pays dans lesquels de nets progrès ont été réalisés.

PMA que pour deux des cinq indicateurs. Ce problème a été souligné par la CNUCED peu après l'adoption du Programme d'action (CNUCED, 2001). Il faut de toute urgence améliorer, dans les PMA, les capacités statistiques nationales, afin de pouvoir suivre les progrès réalisés et de disposer des données requises pour élaborer en connaissance de cause des politiques sur tous les fronts, y compris celui du développement humain (voir aussi PNUD, 2003: encadré 2.1). Faute de données, il est difficile de dire si, de façon générale, les PMA en tant que groupe ont progressé dans la réalisation des objectifs de développement du Millénaire ou des objectifs du Programme d'action.

Deuxièmement, en ce qui concerne le seul indicateur pour lequel on dispose de données plus ou moins complètes (mortalité des enfants de moins de 5 ans), seuls 11 des 48 PMA pour lesquels des données sont disponibles ont des chances d'atteindre l'objectif fixé. Six d'entre eux sont des PMA insulaires, dans lesquels le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est, au départ, relativement faible.

Troisièmement, pour chacun des objectifs, il y a quelques pays dans lesquels de nets progrès ont été réalisés. Certains, en particulier, méritent d'être signalés:

- La proportion de la population qui est sous-alimentée a fortement baissé, par rapport aux niveaux très élevés qu'elle atteignait pendant les années 90, au Tchad, en Haïti, au Malawi et au Mozambique. Dans ces quatre pays, la proportion était, pendant la période 1990-1992, de 58 %, 64 %, 49 % et 69 %, respectivement. Pendant la période 1998-2000, elle a été ramenée à 32 %, 50 %, 33 % et 55 %, respectivement;

- Le taux net d'inscription dans l'enseignement primaire a nettement augmenté de 1990 à 2000 au Bangladesh (passant de 64 % à 89 %), au Bénin (de 49 % à 70 %), en Érythrée (de 24 % à 41 %), en Gambie (de 51 % à 69 %), dans la République démocratique populaire lao (de 61 % à 81 %), au Malawi (de 50 % à 100 %), au Mali (de 21 % à 43 %), au Rwanda (de 66 % à 97 %), au Sénégal (de 48 % à 63 %) et au Togo (de 75 % à 92 %);
- Le rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire et secondaire s'est élevé de manière spectaculaire entre 1990 et 2000 au Bangladesh (passant de 72 % à 103 %), en Gambie (de 64 % à 85 %), en Mauritanie (de 67 % à 93 %), au Népal (de 53 % à 82 %) et au Soudan (de 75 % à 102 %);
- Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a fortement diminué entre 1990 et 2001 au Bangladesh (passant de 144 pour 1 000 naissances vivantes à 77), au Bhoutan (de 166 à 95), aux Comores (de 120 à 79), en Guinée (de 240 à 169), dans la République démocratique populaire lao (de 163 à 100), aux Maldives (de 115 à 77) et au Népal (de 145 à 91);
- La proportion de la population ayant accès à une source d'eau meilleure a augmenté de façon particulièrement marquée dans la République-Unie de Tanzanie. On estime qu'en 1990, seuls 38 % des habitants bénéficiaient de cet accès, tandis qu'en 2000, la proportion était de 68 %.

Quatrièmement, aucun pays n'est en voie d'atteindre, d'ici à 2015, l'ensemble de ces cinq objectifs de développement humain. Toutefois, trois pays — le Bangladesh, les Maldives et le Samoa — s'acheminent vers la réalisation de quatre d'entre eux.

Cinquièmement, les progrès sont plus nets s'agissant des dimensions du développement humain qui dépendent directement de la quantité et de la qualité des services publics (enseignement primaire, traitement équitable des deux sexes dans l'enseignement et accès à l'eau) que de celles qui dépendent à la fois des services publics et du niveau de revenu des ménages (faim et mortalité infantile). C'est dans le domaine de l'équité dans le traitement des deux sexes que les progrès sont le plus prometteurs: sur 29 PMA pour lesquels on dispose de données, 9 ont déjà atteint l'objectif et 9 autres l'atteindront d'ici à 2015 si les progrès se poursuivent en rythme actuel.

C. L'épidémie de VIH/sida⁴

1. GRAVITÉ DU PROBLÈME DANS LES PMA

L'épidémie de VIH/sida est un grave problème pour les PMA et dans certains d'entre eux, en particulier en Afrique, il est en train de se transformer en une véritable crise du développement, qui menace les perspectives de croissance et la réalisation des objectifs de développement humain. La progression de l'épidémie dans les PMA est extrêmement préoccupante, parce que ces pays n'ont pas assez de ressources internes pour limiter la propagation du virus et remédier à ses effets.

Il est très difficile, faute de données satisfaisantes, de suivre l'évolution de l'épidémie. Toutefois, selon des données publiées dans ONUSIDA (2002),

Les progrès sont plus nets s'agissant des dimensions du développement humain qui dépendent directement de la quantité et de la qualité des services publics... que de celles qui dépendent à la fois des services publics et du niveau de revenu des ménages.

L'épidémie de VIH/sida est un grave problème pour les PMA et dans certains d'entre eux, en particulier en Afrique, il est en train de se transformer en une véritable crise du développement, qui menace les perspectives de croissance et la réalisation des objectifs de développement humain.

en 2001, à une époque où les PMA représentaient 11 % de la population mondiale:

- 25,5 % des hommes vivant avec le VIH dans le monde vivaient dans les PMA (4,7 millions sur 18,6 millions);
- 35 % des femmes vivant avec le VIH dans le monde vivaient dans les PMA (6,5 millions sur 18,5 millions);
- 46 % des enfants vivant avec le VIH dans le monde vivaient dans les PMA (1,4 million sur 3 millions);
- 37 % des décès dus au VIH/sida dans le monde se produisaient dans les PMA (1,1 million sur 3 millions);
- Près de 50 % des décès d'enfants dus au VIH/sida dans le monde se produisaient dans les PMA (environ 280 000 sur 580 000);
- 48,5 % des enfants rendus orphelins par le VIH/sida vivaient dans les PMA (6,8 millions sur 14 millions) (ONUSIDA, 2002).

Sur les 54 pays dans lesquels les taux d'infection étaient supérieurs à 1 % de la population adulte en 2001, 28 étaient des PMA (voir le tableau 21). La plupart d'entre eux étaient situés en Afrique. Pour les PMA pris ensemble, le taux de prévalence du VIH chez les adultes en 2001 était de 4,1 %. Il était beaucoup plus élevé (6,6 %) dans les PMA africains que dans les PMA asiatiques (0,2 %). Il y a 15 PMA en Afrique dans lesquels le taux de prévalence du VIH chez les adultes est supérieur à 5 %. Les taux d'infection sont élevés aussi en Haïti et, en Asie, ils dépassent 2 % au Cambodge et au Myanmar. Le chiffre total des décès dus au sida en 2001 était de 2 ‰ dans les PMA, alors qu'il était de 0,5 ‰ dans le monde entier.

TABLEAU 21. TAUX DE PRÉVALENCE DE L'INFECTION À VIH CHEZ LES ADULTES (ÂGÉS DE 15 À 49 ANS) DANS LES PMA, 2001

Inférieur à 3 %		Compris entre 3 % et 6 %		Compris entre 6 % et 13 %		Supérieur à 13 %	
Bangladesh	<0,1	Guinée équatoriale	3,4	Haïti	6,1	Malawi	15,0
Bhoutan	<0,1	Bénin	3,6	Éthiopie	6,4	Zambie	21,5
Rép. dém. Pop. Lao	<0,1	Tchad	3,6	Burkina Faso	6,5	Lesotho	31,0
Maldives	0,1	Rép. dém. du Congo	4,9	Sierra Leone	7,0		
Yémen	0,1	Ouganda	5,0	Rép. Unie de Tanzanie	7,8		
Madagascar	0,3	Angola	5,5	Burundi	8,3		
Sénégal	0,5	Togo	6,0	Rwanda	8,9		
Népal	0,5			Djibouti ^a	11,8		
Somalie	1,0			Rép. centrafricaine	12,9		
Gambie	1,6			Mozambique	13,0		
Mali	1,7						
Myanmar ^a	2,0						
Soudan	2,6						
Cambodge	2,7						
Érythrée	2,8						
Guinée-Bissau	2,8						
Libéria ^a	2,8						

Source: Classification du secrétariat de la CNUCED, d'après ONUSIDA (2002).

Note: Les données relatives au taux de prévalence du VIH/sida n'étaient pas disponibles pour les PMA ci-après: Afghanistan, Cap-Vert, Comores, Guinée, Îles Salomon, Kiribati, Mauritanie, Niger, Samoa, Sao Tome-et-Principe, Tuvalu et Vanuatu.

a Les taux de prévalence du VIH sont ceux de 1999.

Un aspect très préoccupant de l'épidémie est que les taux d'infection sont élevés parmi les jeunes femmes. Dans l'ensemble des PMA, 4,9 % des femmes âgées de 15 à 24 ans vivent avec le VIH, alors que le chiffre est de 1,4 % pour le monde entier. Dans les PMA africains, 7,2 % des jeunes femmes vivent avec le VIH, et il y a au moins cinq PMA africains dans lesquels une femme sur 10 âgées de 15 à 24 ans vit avec le VIH.

L'intensité de l'infection à VIH/sida observée à l'heure actuelle dans les PMA en tant que groupe met en évidence le fait que l'épicentre de l'épidémie mondiale se trouve aujourd'hui en Afrique et que les pays africains pèsent lourd dans le groupe des PMA. En Afrique subsaharienne, il ne semble pas y avoir de concentration excessive dans les PMA de personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui en meurent. En Afrique subsaharienne, les PMA représentaient plus de 50 % de la population en 2001, et comptaient 39 % des hommes, 40 % des femmes et 51 % des enfants vivant avec le VIH/sida dans la région. De même, 47 % des décès d'adultes et d'enfants dus au VIH/sida en Afrique subsaharienne se produisaient dans les PMA.

Le seul élément positif de la situation actuelle est peut-être qu'à en juger par certaines données, l'épidémie serait en recul en Ouganda et en Zambie. En Ouganda, les taux de prévalence chez les femmes enceintes de Kampala ont diminué, selon ONUSIDA (2002: 24), pendant huit années consécutives — de 29,5 % en 1992, ils ont été ramenés à 11,3 % en 2001, ce qui permet de penser que l'épidémie de VIH/sida commence à être maîtrisée. Un plus grand nombre d'Ougandais sont traités aux médicaments antirétroviraux, mais le taux des nouvelles infections reste élevé. On espère que la Zambie sera le deuxième pays africain à enregistrer un recul de la crise épidémiologique. La prévalence du VIH/sida, bien qu'elle soit encore élevée en Zambie, a nettement diminué dans la population féminine urbaine âgée de 15 à 29 ans (de 28,3 % en 1996, elle a été ramenée à 24,1 % en 1999). En ce qui concerne la population féminine rurale âgée de 15 à 24 ans, les taux de prévalence du VIH ont été ramenés de 16,1 % à 12,2 % pendant la même période (ONUSIDA, 2002: 26).

2. RÉPERCUSSIONS ÉCONOMIQUES ET SOCIALES DE L'ÉPIDÉMIE

L'épidémie de VIH/sida a aujourd'hui et continuera d'avoir de graves conséquences pour l'activité économique comme pour la réalisation des objectifs de développement humain. Ces effets destructeurs ne suivent qu'avec un certain décalage l'extension de l'infection à VIH, parce qu'il s'écoule environ sept à huit ans avant que les personnes infectées par le VIH ne deviennent gravement malades et ne meurent.

On dispose de diverses estimations des répercussions macroéconomiques de l'épidémie (voir McPherson, 2003). Le PNUD (2001) estime que pendant les années 90, le sida a réduit de 0,8 % en Afrique la croissance annuelle par habitant. Selon d'autres calculs, le taux de croissance économique aurait diminué de 2 à 4 % dans l'Afrique subsaharienne en conséquence du sida (ONUSIDA, 2002). On pense aussi que, dans les pays le plus gravement touchés par le sida, la croissance par habitant perdra 1 à 2 points de pourcentage pendant les années à venir. Si en va ainsi, l'envergure économique d'un certain nombre de pays sera, après deux décennies, inférieure d'environ 20 à 40 % à ce qu'elle aurait été en l'absence de l'épidémie (PNUD, 2001). Selon ONUSIDA (2002), dans les pays où le taux national de prévalence du VIH/sida est de 20 %, l'accroissement du PIB pourrait être inférieur de 2,6 points de pourcentage en moyenne. À cela s'ajoutent des répercussions

L'intensité de l'infection à VIH/sida observée à l'heure actuelle dans les PMA en tant que groupe met en évidence le fait que l'épicentre de l'épidémie mondiale se trouve aujourd'hui en Afrique et que les pays africains pèsent lourd dans le groupe des PMA.

En juger par certaines données, l'épidémie serait en recul en Ouganda et en Zambie.

défavorables pour les finances publiques. Par suite des effets économiques de l'épidémie de VIH/sida, les recettes publiques pourraient diminuer de 20 % d'ici à 2010 — comme au Botswana — dans les PMA éprouvés par le sida (PNUD, 2002: 3).

Il y a de plus en plus de signes montrant que les effets de l'épidémie de VIH/sida sont particulièrement rigoureux dans le secteur agricole.

Du fait de la pénurie de main d'oeuvre, les difficultés que connaissent les femmes rurales, en particulier les ménages dont le chef est une femme, peuvent être particulièrement graves.

La sécurité alimentaire devient précaire car, d'une part, l'offre de denrées alimentaires diminue en raison de la baisse de la production qui s'accompagne de perturbations dans le cycle cultural, d'autre part, la proportion du revenu consacré à l'alimentation diminuant, l'accès aux denrées alimentaires est réduit lui aussi.

Il y a de plus en plus de signes montrant que les effets de l'épidémie de VIH/sida sont particulièrement rigoureux dans le secteur agricole. Ce fait entraînera de graves conséquences dans des pays comme les PMA, où la majorité de la population vit en zone rurale et tire ses moyens d'existence de l'agriculture. La structure du secteur explique que les conséquences de l'épidémie soient particulièrement graves dans l'agriculture, surtout lorsqu'elle est le fait de petits exploitants, parce que les pertes en ressources humaines sont alors difficiles à supporter. En effet, la maladie des membres productifs du ménage entraîne une double perte — l'individu productif travaille moins, et il faut lui consacrer beaucoup de soins. Au Burkina Faso, par exemple, environ 20 % des familles rurales ont réduit le volume de leurs activités agricoles ou abandonné leur exploitation à cause du VIH/sida. En Éthiopie, les ménages touchés par le sida ont consacré 11,6 à 16,4 heures par semaine aux travaux agricoles, alors que la moyenne était de 33,6 heures pour les ménages non touchés par le sida (ONUSIDA, 2002: 49). Au Malawi, au Mozambique et en Zambie, on a observé une augmentation progressive de la production de manioc (qui exige moins de main-d'œuvre) aux dépens de la production de maïs, denrée alimentaire de base, pour compenser la perte de main-d'œuvre (De Waal et Tumushabe, 2003). À mesure que la pénurie de main-d'œuvre augmente, la malnutrition augmente aussi et les mécanismes d'aide traditionnellement offerts par la communauté sont mis à rude épreuve. Les difficultés que connaissent les femmes rurales, en particulier les ménages dont le chef est une femme, peuvent être particulièrement graves. La sécurité alimentaire devient précaire car, d'une part, l'offre de denrées alimentaires diminue en raison de la baisse de la production qui s'accompagne de perturbations dans le cycle cultural, d'autre part, la proportion du revenu consacré à l'alimentation diminuant, l'accès aux denrées alimentaires est réduit lui aussi.

L'épidémie de VIH/sida touche aussi les entreprises non agricoles. En Zambie, par exemple, on estime que les deux tiers environ des décès de dirigeants d'entreprises sont liés au sida (ONUSIDA, 2002: 58). Des études faites en Afrique australe donnent à penser que les coûts directs et indirects supportés par les entreprises pouvaient réduire les bénéfices de 6 à 8 % (Ibid: 55).

Le secteur public subit aussi le contrecoup du sida: la régularité des services publics est compromise, du fait de la maladie et de la mort d'employés expérimentés de l'État. Le phénomène touche les enseignants et les agents de santé. Dans la République centrafricaine, 85 % des enseignants qui sont décédés entre 1996 et 1998 étaient séropositifs VIH, et ils sont décédés, en moyenne, 10 ans avant l'âge prévu de la retraite. Le Malawi aurait perdu au moins un enseignant par jour (FNUAP, 2002). Selon ONUSIDA (2002), au Malawi et en Zambie, le taux de morbidité et de décès des agents de santé a été multiplié par 5 ou 6. Pour compenser de telles pertes, il faudrait, en Afrique australe, majorer de 25 à 40 % pendant la période 2001-2010, les dépenses consacrées à la formation des médecins et infirmières nécessaires pour remplacer ceux qui vont mourir.

L'épidémie a aussi des effets néfastes sur la fréquentation scolaire. Les enfants, surtout les filles, sont retirés de l'école et doivent rester à la maison pour s'occuper de leurs parents ou d'autres membres de la famille, ou pour faire les travaux ménagers et en libérer les femmes plus âgées qui se consacreront aux

soins aux malades; les perspectives de croissance pour la prochaine génération sont ainsi compromises. Il peut arriver que les enfants deviennent les seuls soutiens de famille du ménage, les adultes en âge de travailler tombant victimes du sida, tandis que les autres membres de la famille sont trop âgés ou trop jeunes pour travailler. Le sida représente une telle charge pour un ménage qu'il n'aura peut-être plus les moyens de payer les frais de scolarité ou de supporter d'autres dépenses. Les générations futures risquent de beaucoup souffrir de cette situation — sur les plans du revenu, de l'épargne, de la productivité et de la croissance — et se trouver prises ainsi dans une spirale descendante. Les sommes qui servaient à régler les frais d'éducation sont souvent réaffectées au ou à la malade du sida, s'il s'agit d'une personne du foyer. Par ailleurs, les enfants atteints du sida risquent de ne pas survivre jusqu'à la fin de leurs années de scolarité.

Parmi les PMA, dans la République centrafricaine, le taux de scolarisation pourrait avoir chuté de 20 à 36 %, les filles étant le plus touchées (ONUSIDA, 2002: 53). Il convient de noter aussi que dans les PMA africains, le taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins est estimé à 79 % de celui des autres enfants.

Enfin, l'épidémie représente une charge écrasante pour les budgets et les systèmes de santé. En Afrique subsaharienne, les coûts médicaux annuels engendrés directement par le sida, non compris les traitements antirétroviraux, ont été estimés à 30 dollars par personne, alors même que dans leur ensemble, les dépenses publiques de santé sont inférieures à 10 dollars par personne dans la plupart des pays africains (PNUD, 2001: 8). C'est dire à quel point il importe que des médicaments antirétroviraux soient disponibles à bas prix. La qualité des soins est compromise quelle que soit la maladie, le nombre de patients étant élevé et le nombre de lits d'hôpital insuffisant dans les pays touchés par le sida.

On trouvera dans le tableau 22 quelques données concernant les répercussions sociales attendues de l'épidémie dans les PMA. Dans les PMA en tant que groupe, les taux de mortalité infantile pendant la période 2015-2020 seront probablement supérieurs de 14 % en raison de l'épidémie de VIH/sida à ce qu'ils auraient été en l'absence de cette épidémie. Pendant la période 2010-2015, l'espérance de vie à la naissance dans les PMA sera probablement de 46,1 ans, au lieu des 58,7 ans qu'elle aurait atteint en l'absence de l'épidémie de VIH/sida. Dans les PMA où les taux de prévalence du VIH chez les adultes sont actuellement le plus élevés — Lesotho, Malawi et Zambie — l'espérance de vie à la naissance risque de tomber à 32,2, 39,7 et 35,3 ans, respectivement, pendant la période 2010-2015. En l'absence de l'épidémie de VIH/sida, elle aurait été de 63, 59,2 et 57,4 ans, respectivement.

3. LE LIEN ENTRE PAUVRETÉ ET VIH/SIDA

Il existe un lien étroit, à double sens, entre la pauvreté et le VIH/sida. Pour reprendre les termes employés par le FNUAP (2002: Aperçu général du chapitre 6), «le VIH/sida accompagne la pauvreté, est répandu par la pauvreté et à son tour engendre la pauvreté». La pauvreté est l'un des facteurs qui créent des situations amenant les individus à adopter des comportements à haut risque, lesquels les rendent plus vulnérables au VIH. Pour survivre dans des conditions d'extrême pauvreté, diverses personnes, en particulier des femmes et des jeunes filles, se livrent à des rapports sexuels, souvent non protégés par crainte de la concurrence, en échange d'aliments, d'argent, du paiement de droits de scolarité ou pour d'autres essentiels, les leurs ou ceux de leur famille: elles

En Afrique subsaharienne, les coûts médicaux annuels engendrés directement par le sida, non compris les traitements antirétroviraux, ont été estimés à 30 dollars par personne, alors même que dans leur ensemble, les dépenses publiques de santé sont inférieures à 10 dollars par personne dans la plupart des pays africains.

Dans les PMA en tant que groupe, les taux de mortalité infantile pendant la période 2015-2020 seront probablement supérieurs de 14 % en raison de l'épidémie de VIH/sida à ce qu'ils auraient été en l'absence de cette épidémie.

«Le VIH/sida accompagne la pauvreté, est répandu par la pauvreté et à son tour engendre la pauvreté».

TABLEAU 22. EFFETS ESTIMATIFS ET PROJÉTÉS DU SIDA SUR LE TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ET SUR L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DANS LES PMA, CLASSÉS SELON LE TAUX DE PRÉVALENCE DE L'INFECTION À VIH CHEZ LES ADULTES^a, 1995-2000, 2000-2005, 2010-2015 ET 2015-2020

(Moyenne annuelle)

	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)						Espérance de vie à la naissance (années)					
	Avec sida		Sans sida		Variation %		Avec sida		Sans sida		Variation %	
	1995-2000		2015-2020				2000-2005		2010-2015			
Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les adultes supérieur à 13 %												
Lesotho	159	121	32	132	67	98	35,1	59,0	-68,1	32,2	63,0	-95,7
Malawi	238	207	15	159	132	20	37,5	55,2	-47,2	39,7	59,2	-49,1
Zambie	167	122	38	84	68	24	32,4	53,4	-64,8	35,3	57,4	-62,6
Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les adultes compris entre 6 % et 13 %												
Burkina Faso	170	153	11	87	82	7	45,7	54,2	-18,6	50,2	58,2	-15,9
Burundi	211	185	14	145	122	19	40,9	51,5	-25,9	44,3	55,4	-25,1
Djibouti	199	178	11	158	116	37	45,7	52,3	-14,4	46,2	56,3	-21,9
Éthiopie	197	177	12	122	100	22	45,5	52,5	-15,4	48,2	56,5	-17,2
Haïti	115	109	5	75	71	5	49,5	59,2	-19,6	53,4	63,3	-18,5
Mozambique	235	210	12	164	141	17	38,1	48,5	-27,3	39,3	52,5	-33,6
Rép. centrafricaine	170	145	17	103	85	20	39,2	53,4	-36,2	41,5	56,4	-35,9
Rép. Unie de Tanzanie	129	113	14	72	62	15	43,3	52,1	-20,3	46,5	54,1	-16,3
Rwanda	220	191	15	134	120	12	39,3	50,7	-29,0	44,7	54,9	-22,8
Sierra Leone	287	281	2	195	190	2	34,2	37,9	-10,8	35,1	41,9	-19,4
Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les adultes compris entre 3 % et 6 %												
Angola	218	213	3	151	144	5	40,1	44,1	-10,0	41,5	48,1	-15,9
Bénin	145	140	3	93	83	12	50,6	53,8	-6,3	52,9	57,9	-9,5
Guinée équatoriale	..	..	..	..	..	..	49,1	52,0	-5,9	50,1	56,0	-11,8
Ouganda	186	165	13	107	102	5	46,2	55,5	-20,1	55,0	59,5	-8,2
Rép. démocratique du Congo	151	141	7	84	77	9	41,8	48,0	-14,8	45,4	51,0	-12,3
Tchad	212	207	3	137	133	3	44,7	48,8	-9,2	48,5	52,8	-8,9
Togo	139	125	11	78	70	13	49,7	57,0	-14,7	52,3	61,0	-16,6
Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les adultes inférieur à 3 %												
Cambodge	119	116	3	58	53	9	57,4	59,9	-4,4	59,2	63,9	-7,9
Érythrée	156	150	4	89	80	12	52,7	55,2	-4,7	54,9	59,3	-8,0
Gambie	214	210	2	144	141	2	54,1	56,5	-4,4	58,1	60,5	-4,1
Guinée	..	..	..	..	..	..	49,1	51,5	-4,9	53,1	55,5	-4,5
Guinée-Bissau	225	220	2	154	150	3	45,3	47,8	-5,5	47,9	51,8	-8,1
Libéria	172	164	5	64	61	7	41,4	46,0	-11,1	42,9	50,0	-16,6
Mali	261	257	2	181	158	14	48,6	50,6	-4,1	52,3	54,4	-4,0
Myanmar	142	139	2	81	79	3	57,3	59,2	-3,3	58,8	63,2	-7,5
Soudan	..	..	..	..	..	..	55,6	57,5	-3,4	57,0	61,5	-7,9
PMA africains, moyenne	188	172	10	121	106	14	44,1	51,7	-17,4	46,7	55,6	-18,9
Tous PMA, moyenne	186	171	9	117	103	14	44,6	54,9	-23,1	46,1	58,7	-27,4
<i>Pour mémoire:</i>												
Afrique, moyenne	164	146	12	101	86	17	45,2	52,5	-16,3	47,8	56,4	-18,0
Monde moyenne	121	114	6	77	69	12	50,6	58,9	-16,2	52,1	62,4	-19,8

Source: Estimations du secrétariat de la CNUCED, d'après Nations Unies (2002).

a Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les adultes en 2001 sauf pour Djibouti, Libéria et Myanmar, dont les taux de prévalence sont ceux de 1999.

s'exposent ainsi à l'infection au VIH. Cela explique en partie l'incidence élevée de l'infection à VIH parmi les jeunes femmes, que l'on a notée plus haut. Les migrations, qui sont souvent une réponse aux pressions économiques et à la nécessité de trouver du travail, sont aussi associées à l'extension de la maladie.

L'extrême pauvreté en termes de revenu va souvent de pair avec un état nutritionnel précaire et, de façon générale, avec un mauvais état de santé. La conséquence peut en être d'affaiblir le système immunitaire, donc d'abaisser la résistance au VIH de ceux qui y sont exposés, ou de rendre ceux qui sont déjà porteurs du virus plus vulnérables à des infections connexes. Les pauvres peuvent avoir moins facilement accès aux programmes d'éducation axés sur la santé sexuelle et le VIH, et pouvoir bénéficier moins facilement aussi des services de santé publique, notamment du traitement des infections sexuellement transmissibles.

Par ailleurs, le VIH/sida aggrave la pauvreté. Les ressources déjà très limitées des ménages s'épuisent lorsque les salariés malades perdent leur emploi, et ce que le ménage possède sert alors à payer les médicaments et les soins de santé nécessaires aux membres de la famille qui sont malades. L'épargne et le capital, si importants pour la reprise et la reconstruction, sont entamés, et les ressources disponibles financent la consommation nécessaire à la survie au lieu de financer l'investissement. Selon une monographie relative à la République-Unie de Tanzanie citée par ONUSIDA (2002: 48), dans les ménages où une personne était malade du sida, on pouvait prélever jusqu'à 29 % des économies pour faire face à la maladie, ce qui amenait les familles au bord de la ruine. Les obsèques représentent aussi une lourde charge financière, par exemple dans la République-Unie de Tanzanie où, selon les informations disponibles, les ménages consacraient jusqu'à 50 % de plus aux obsèques qu'aux soins médicaux (PNUD, 2001). L'engrenage se resserre lorsque le sida frappe un membre de la famille, et que la famille dispose de ses biens, tandis que d'autres membres de la famille qui n'ont guère de chances d'obtenir un travail décent sont contraints de se lancer dans des activités à haut risque pour aider à régler les dépenses entraînées par la maladie.

Le grand danger est que ce processus prenne une ampleur telle que les communautés se désagrègent et que l'on assiste à une régression économique au niveau national. On a soutenu que certaines parties de l'Afrique, dont un certain nombre de PMA, se trouvaient déjà ou se trouveraient bientôt exposées à une «nouvelle forme de famine» (De Waal et Tumushabe, 2003). Il s'agit d'un type de famine étroitement associée à l'affaiblissement des capacités de production dans l'agriculture et à l'effondrement des systèmes d'aide communautaire à mesure qu'une proportion croissante de la population locale succombe au sida. La situation observée dans certaines parties de l'Afrique australe en 2002 illustrerait ce phénomène. Là encore, les effets négatifs de la combinaison de deux facteurs — insécurité alimentaire et sida — ont été aggravés par l'affaiblissement des capacités de gouvernance, des personnels clés d'institutions publiques étant décédés du sida.

En bref, le lien entre pauvreté et VIH/sida est un maillon particulièrement redoutable de différentes chaînes fermées de circonstances qui font qu'il est si difficile pour les pays pauvres et pour les populations pauvres d'échapper au piège de la pauvreté. Ce lien peut aussi amener à une régression économique qui intensifiera la pauvreté et menacera les acquis du développement humain. S'attaquer à cette question sera un défi majeur pendant les années à venir, non seulement pour les PMA où l'épidémie fait déjà rage, mais aussi pour les PMA asiatiques.

Dans certaines parties de l'Afrique australe, les effets négatifs de la combinaison de deux facteurs — insécurité alimentaire et sida — ont été aggravés par l'affaiblissement des capacités de gouvernance, des personnels clés d'institutions publiques étant décédés du sida.

D. Conclusions

On s'attend que la population d'âge actif des PMA augmentera de 29 % entre 2000 et 2010. On ne pourra réduire la pauvreté que si l'on crée des emplois rémunérateurs pour ces nouveaux actifs, tout en améliorant les revenus de la population active existante.

Les PMA se caractérisent par le fait que l'espérance de vie y est faible, que la faim, la maladie et l'analphabétisme y sont omniprésents, et que les taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle y sont élevés. Les données exposées dans le présent chapitre montrent que quelques-uns de ces pays ont bien progressé pendant les années 90 vers la réalisation de certains des objectifs de développement humain arrêtés à la suite de la Déclaration du Millénaire et figurant dans le Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010. Ces succès donnent une idée de ce qui est sans doute possible. Mais ce qui ressort du tableau d'ensemble, c'est que dans la plupart des PMA, des mesures devront être prises de toute urgence pour que les objectifs fixés puissent être atteints. En ce qui concerne la mortalité des enfants de moins de 5 ans, seul indicateur pour lequel on dispose de données presque complètes, c'est seulement dans le cas de 11 des 48 PMA que l'on peut espérer voir atteindre l'objectif d'une réduction des deux tiers du taux de mortalité des enfants de cet âge entre 1990 et 2015, si les tendances des années 90 se poursuivent.

La tâche qui attend les PMA est difficile, parce qu'ils partent de très bas, pour la plupart des indicateurs sociaux. Mais, en outre, les taux d'accroissement de la population y sont plus élevés que dans les autres pays, et la structure par âge y fait beaucoup plus de place aux jeunes. On estime qu'en 2000, 30 % de la population des PMA était d'âge scolaire (6-17 ans) et que 43 % de la population avait moins de 15 ans. Toujours en 2000, le taux de dépendance y était de 0,862. Ainsi, chaque personne d'un âge compris entre 15 et 64 ans devait subvenir aux besoins de presque une «personne à charge» (âgée de moins de 15 ans ou de 65 ans ou davantage). En 2020, l'âge médian de la population des PMA, âge auquel la moitié de la population est plus jeune et la moitié de la population plus âgée que l'âge retenu, devrait être, selon les projections existantes, de 20,3 ans, soit en augmentation par rapport à 2000, où il était de 18,1 ans. La pression exercée sur les services d'éducation et de santé destinés aux très jeunes continuera donc de croître pendant les 20 années à venir.

On s'attend que la population des PMA, quelque 718 millions de personnes en 2003, sera portée à plus d'un milliard en 2020. La population d'âge actif augmentera de 29 % entre 2000 et 2010. On ne pourra réduire la pauvreté que si l'on crée des emplois rémunérateurs pour ces nouveaux actifs, tout en améliorant les revenus de la population active existante. Cette dernière tâche constitue, elle aussi, une difficulté redoutable, étant donné qu'en 2001, 34 % des habitants âgés de 15 à 24 ans dans les PMA étaient analphabètes.

Les défis sociaux et humains auxquels les PMA doivent faire face sont d'autant plus difficiles que dans certains d'entre eux, en particulier en Afrique, l'épidémie de VIH/sida a atteint un niveau tel qu'il menace les perspectives de croissance et risque de rendre moins probable encore la réalisation des objectifs de développement humain. À l'heure actuelle, les PMA sont touchés par l'épidémie de manière disproportionnée. La meilleure preuve en est peut-être que, tandis que les PMA représentaient 11 % de la population mondiale en 2001, on y trouvait 46 % des enfants recensés comme vivant avec le VIH, 50 % des décès d'enfants recensés comme dus au sida, et 48,5 % des enfants rendus orphelins par le VIH/sida.

L'épidémie de VIH/sida menace de devenir un élément particulièrement redoutable d'un cercle vicieux de pauvreté omniprésente, de stagnation économique et de faible niveau de développement humain. Les PMA gravement touchés par l'épidémie ne disposent que de ressources très limitées pour faire face au problème et ont besoin de recevoir de toute urgence une assistance extérieure pour inverser les tendances actuelles. À moins que ces tendances ne s'améliorent effectivement, comme cela a été le cas en Ouganda, ce n'est pas seulement la réalisation des objectifs du Millénaire et du Plan d'action concernant la réduction des taux d'infection au VIH qui sera compromise, mais aussi la poursuite de tous les autres objectifs de lutte contre la pauvreté et de développement humain. Ceux des PMA dans lesquels les taux d'infection sont actuellement faibles doivent faire en sorte que l'épidémie ne se répande pas davantage dans leur population.

Enfin, il convient de réaffirmer combien il est nécessaire de disposer de données de meilleure qualité, plus nombreuses et disponibles en temps utile concernant les tendances économiques et sociales dans les PMA. Comme on l'a noté dans le Rapport 2002 sur les pays les moins avancés, les données qui sont disponibles au niveau international pour suivre la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire et du Programme d'action «laissent malheureusement à désirer pour ce qui est de leur couverture géographique, de leur qualité et de leur actualité» (CNUCED, 2002: 36). Il est urgent d'investir davantage dans les systèmes statistiques nationaux. De meilleures politiques, aux niveaux national comme international, passent en définitive par une meilleure information.

L'épidémie de VIH/sida menace de devenir un élément particulièrement redoutable d'un cercle vicieux de pauvreté omniprésente, de stagnation économique et de faible niveau de développement humain. Les PMA gravement touchés par l'épidémie ne disposent que de ressources très limitées pour faire face au problème et ont besoin de recevoir de toute urgence une assistance extérieure pour inverser les tendances actuelles.

Annexe 1:

**PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DE QUELQUES OBJECTIFS
DE DÉVELOPPEMENT DU MILLÉNAIRE DANS LES PMA**

Cette annexe, fondée sur des données fournies par le Bureau chargé d'établir le rapport sur le développement humain du PNUD, présente les tendances observées depuis 1990 en ce qui concerne un certain nombre d'indicateurs de développement humain, qui servent à mesurer les progrès observés vers la réalisation des objectifs de développement du Millénaire. Ces objectifs sont les suivants:

- i) Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim;
- ii) D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires;
- iii) Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard;
- iv) Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans;
- v) Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre.

ANNEXE TABLEAU 1. PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA RÉALISATION DE CERTAINS OBJECTIFS
DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN DANS LES PAYS LES MOINS AVANCÉS

	Objectif ^a	Niveau de 1990	Niveau de 2000	Objectif pour 2015	Niveau requis pour 2000	Date prévue de réalisation ^b
Afghanistan	Faim	63,0	70,0	31,5	52,5	Recul
	Éducation primaire	..	..	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	50,0 ^c	..	100,0	..	..
	Mortalité infantile	260,0	257,0	86,7	183,7	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	..	13,0	..	..	..
Angola	Faim	61,0	50,0	30,5	50,8	2015
	Éducation primaire	..	36,9	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	84,1 ^d	100,0	..	..
	Mortalité infantile	260,0	260,0	86,7	183,7	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	..	38,0	..	..	..
Bangladesh	Faim	35,0	35,0	17,5	29,2	Stagnation
	Éducation primaire	64,0	88,9	100,0	78,4	2004
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	72,5	102,8	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Mortalité infantile	144,0	77,0	48,0	101,8	2006
	Accès à l'eau salubre	94,0	97,0	97,0	Objectif atteint	Objectif atteint
Bénin	Faim	19,0	13,0	9,5	15,8	2004
	Éducation primaire	48,8 ^e	70,3 ^d	100,0	65,2	2010
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	62,2 ^d	100,0	..	..
	Mortalité infantile	185,0	158,0	61,7	130,7	2040
	Accès à l'eau salubre	..	63,0	..	..	..
Bhoutan	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	..	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	..	100,0	..	..
	Mortalité infantile	166,0	95,0	55,3	117,3	2007
	Accès à l'eau salubre	..	62,0	..	..	..
Burkina Faso	Faim	23,0	23,0	11,5	19,2	Stagnation
	Éducation primaire	26,9	35,5	100,0	56,1	Après 2040
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	60,6	69,6	100,0	76,4	2034
	Mortalité infantile	210,0	197,0	70,0	148,4	Après 2040
	Accès à l'eau salubre	..	42,0	..	..	..
Burundi	Faim	49,0	69,0	24,5	40,8	Recul
	Éducation primaire	52,0 ^e	53,7	100,0	67,4	Après 2040
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	82,0	79,4	100,0	89,2	Recul
	Mortalité infantile	190,0	190,0	63,3	134,3	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	69,0	78,0	84,5	75,2	2006
Cambodge	Faim	43,0	36,0	21,5	35,8	2018
	Éducation primaire	..	95,4	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	83,2	100,0	..	..
	Mortalité infantile	115,0	138,0	38,3	81,3	Recul
	Accès à l'eau salubre	..	30,0	..	..	..
Cap-Vert	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	98,8 ^f	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	..	100,0	..	..
	Mortalité infantile	60,0	38,0	20,0	42,4	2010
	Accès à l'eau salubre	..	74,0	..	..	..

Annexe tableau 1 (suite)

	Objectif ^a	Niveau de 1990	Niveau de 2000	Objectif pour 2015	Niveau requis pour 2000	Date prévue de réalisation ^b
Comores	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	56,2	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	83,3 ^d	100,0	..	..
	Mortalité infantile	120,0	79,0	40,0	84,8	2011
	Accès à l'eau salubre	88,0	96,0	94,0	Objectif atteint	Objectif atteint
Djibouti	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	31,6	32,6	100,0	59,0	Stagnation
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	70,4 ^c	85,3 ^d	100,0	79,9	2007
	Mortalité infantile	175,0	143,0	58,3	123,7	2030
	Accès à l'eau salubre	..	100,0	..	Objectif atteint	Objectif atteint
Guinée équatoriale	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	71,7	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	71,5 ^d	100,0	..	..
	Mortalité infantile	206,0	153,0	68,7	145,6	2019
	Accès à l'eau salubre	..	44,0	..	..	..
Érythrée	Faim	..	58,0	..	..	..
	Éducation primaire	24,1 ^c	41,0	100,0	51,5	2032
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	81,6 ^e	76,7	100,0	87,5	Recul
	Mortalité infantile	155,0	111,0	51,7	109,5	2016
	Accès à l'eau salubre	..	46,0	..	..	..
Éthiopie	Faim	..	44,0	..	..	..
	Éducation primaire	..	46,7	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	68,3	68,0	100,0	81,0	Recul
	Mortalité infantile	193,0	172,0	64,3	136,4	Après 2040
	Accès à l'eau salubre	25,0	24,0	62,5	40,0	Recul
Gambie	Faim	21,0	21,0	10,5	17,5	Stagnation
	Éducation primaire	50,9 ^c	68,7	100,0	68,5	2016
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	64,3	84,6	100,0	78,6	2008
	Mortalité infantile	154,0	126,0	51,3	108,8	2030
	Accès à l'eau salubre	..	62,0	..	..	..
Guinée	Faim	40,0	32,0	20,0	33,3	2013
	Éducation primaire	..	47,0	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	43,1	57,3 ^f	100,0	61,3	2022
	Mortalité infantile	240,0	169,0	80,0	169,6	2015
	Accès à l'eau salubre	45,0	48,0	72,5	56,0	Après 2040
Guinée-Bissau	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	53,5 ^d	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	64,9 ^d	100,0	..	..
	Mortalité infantile	253,0	211,0	84,3	178,8	2034
	Accès à l'eau salubre	..	56,0	..	..	..
Haïti	Faim	64,0	50,0	32,0	53,3	2011
	Éducation primaire	22,1	..	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	..	100,0	..	..
	Mortalité infantile	150,0	123,0	50,0	106,0	2031
	Accès à l'eau salubre	53,0	46,0	76,5	62,4	Recul
Îles Salomon	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	..	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	77,1	..	100,0	..	..
	Mortalité infantile	36,0	24,0	12,0	25,4	2012
	Accès à l'eau salubre	..	71,0	..	..	..
Kiribati	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	..	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	97,9	..	100,0	..	..
	Mortalité infantile	88,0	69,0	29,3	62,2	2024
	Accès à l'eau salubre	..	48,0	..	..	..
Lesotho	Faim	27,0	26,0	13,5	22,5	2112
	Éducation primaire	72,8	78,4	100,0	83,7	2039
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	123,8	106,8	100,0	104,6	Objectif atteint
	Mortalité infantile	148,0	132,0	49,3	126,3	Après 2040
	Accès à l'eau salubre	..	78,0	..	..	..
Libéria	Faim	33,0	39,0	16,5	27,5	Recul
	Éducation primaire	..	83,4 ^d	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	69,7 ^d	100,0	..	..
	Mortalité infantile	235,0	235,0	78,3	166,1	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	..	..	..	..	..
Madagascar	Faim	35,0	40,0	17,5	29,2	Recul
	Éducation primaire	..	67,7	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	96,6	100,0 ^f	Objectif atteint	Objectif atteint
	Mortalité infantile	168,0	136,0	56,0	118,7	2029
	Accès à l'eau salubre	44,0	47,0	72,0	55,2	Après 2040

Annexe tableau 1 (suite)

	Objectif ^a	Niveau de 1990	Niveau de 2000	Objectif pour 2015	Niveau requis pour 2000	Date prévue de réalisation ^b
Malawi	Faim	49,0	33,0	24,5	40,8	2004
	Éducation primaire	49,7	100,6	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	78,9	93,9	100,0	87,4	2004
	Mortalité infantile	241,0	183,0	80,3	170,3	2020
Maldives	Accès à l'eau salubre	49,0	57,0	74,5	59,2	2019
	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	99,0	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	101,0	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
Mali	Mortalité infantile	115,0	77,0	38,3	81,3	2012
	Accès à l'eau salubre	..	100,0	..	Objectif atteint	Objectif atteint
	Faim	25,0	20,0	12,5	20,8	2013
	Éducation primaire	21,3	43,3 ^f	100,0	46,5	2019
Mauritanie	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	57,0	66,3 ^f	100,0	70,8	2027
	Mortalité infantile	254,0	231,0	84,7	179,5	Après 2040
	Accès à l'eau salubre	55,0	65,0	77,5	64,0	2010
	Faim	14,0	12,0	7,0	11,7	2022
Mozambique	Éducation primaire	..	64,0	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	67,5	92,5	100,0	80,5	2003
	Mortalité infantile	183,0	183,0	61,0	129,3	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	37,0	37,0	68,5	49,6	Stagnation
Myanmar	Faim	69,0	55,0	34,5	57,5	2012
	Éducation primaire	46,8	54,4	100,0	68,1	Après 2040
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	73,4	74,6	100,0	84,1	Après 2040
	Mortalité infantile	235,0	197,0	78,3	166,1	2035
Népal	Accès à l'eau salubre	..	57,0	..	..	..
	Faim	10,0	6,0	5,0	8,3	2001
	Éducation primaire	..	83,2	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	94,7	97,8	100,0	96,8	2007
Niger	Mortalité infantile	130,0	109,0	43,3	91,9	2035
	Accès à l'eau salubre	..	72,0	..	..	..
	Faim	19,0	19,0	9,5	15,8	Stagnation
	Éducation primaire	..	72,4	100,0	..	..
Nigéria	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	52,8	82,1	100,0	71,7	2006
	Mortalité infantile	145,0	91,0	48,3	102,5	2010
	Accès à l'eau salubre	67,0	88,0	83,5	Objectif atteint	Objectif atteint
	Faim	42,0	36,0	21,0	35,0	2022
Ouganda	Éducation primaire	24,9	30,4	100,0	55,0	Après 2040
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	53,8	67,3	100,0	72,3	2024
	Mortalité infantile	320,0	265,0	106,7	226,1	2033
	Accès à l'eau salubre	53,0	59,0	76,5	62,4	2025
République centrafricaine	Faim	23,0	21,0	11,5	19,2	Après 2040
	Éducation primaire	..	109,5	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	88,9	100,0	..	..
	Mortalité infantile	165,0	124,0	55,0	116,6	2020
Répub. dém. du Congo	Accès à l'eau salubre	45,0	52,0	72,5	56,0	2025
	Faim	49,0	44,0	24,5	40,8	2034
	Éducation primaire	53,1	54,7	100,0	71,9	Après 2040
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	61,4	..	100,0	..	..
Répub. dém. populaire lao	Mortalité infantile	180,0	180,0	60,0	127,2	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	48,0	70,0	74,0	58,4	2001
	Faim	32,0	73,0	16,0	26,7	Recul
	Éducation primaire	54,3	32,6 ^f	100,0	68,9	Recul
Répub.-Unie de Tanzanie	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	69,4 ^e	79,8 ^f	100,0	78,0	2012
	Mortalité infantile	205,0	205,0	68,3	144,9	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	..	45,0	..	..	..
	Faim	29,0	24,0	14,5	24,2	2016
Rwanda	Éducation primaire	61,4 ^e	81,4	100,0	75,3	2008
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	74,8 ^e	82,0	100,0	83,8	2023
	Mortalité infantile	163,0	100,0	54,3	115,2	2009
	Accès à l'eau salubre	..	37,0	..	..	..
Répub. dém. populaire lao	Faim	36,0	47,0	18,0	30,0	Recul
	Éducation primaire	51,4	46,7	100,0	70,9	Recul
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	96,8	98,9	100,0	98,1	2005
	Mortalité infantile	163,0	165,0	54,3	115,2	Recul
Répub. dém. populaire lao	Accès à l'eau salubre	38,0	68,0	69,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Faim	34,0	40,0	17,0	28,3	Recul
	Éducation primaire	65,9	97,3 ^d	100,0	78,2	2000
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	97,6	97,1 ^d	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
Répub. dém. populaire lao	Mortalité infantile	178,0	183,0	59,3	125,8	Recul
	Accès à l'eau salubre	..	41,0	..	..	..

Annexe tableau 1 (fin)

	Objectif ^a	Niveau de 1990	Niveau de 2000	Objectif pour 2015	Niveau requis pour 2000	Date prévue de réalisation ^b
Samoa	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	96,9	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	99,7	102,0	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Mortalité infantile	42,0	25,0	14,0	29,7	2008
	Accès à l'eau salubre	..	99,0	..	Objectif atteint	Objectif atteint
Sao Tomé-et-Principe	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	..	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	..	100,0	..	..
	Mortalité infantile	90,0	74,0	30,0	63,6	2031
	Accès à l'eau salubre	..	..	..	..	..
Sénégal	Faim	23,0	25,0	11,5	19,2	Recul
	Éducation primaire	48,1 ^c	63,1	100,0	66,8	2022
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	68,7 ^c	83,9	100,0	80,0	2010
	Mortalité infantile	148,0	138,0	49,3	104,6	Après 2040
	Accès à l'eau salubre	72,0	78,0	86,0	77,6	2011
Sierra Leone	Faim	46,0	47,0	23,0	38,3	Recul
	Éducation primaire	..	..	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	67,4	76,5	100,0	80,4	2026
	Mortalité infantile	323,0	316,0	107,7	228,3	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	..	57,0	..	..	..
Somalie	Faim	67,0	71,0	33,5	55,8	Recul
	Éducation primaire	..	..	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	..	100,0	..	..
	Mortalité infantile	225,0	225,0	75,0	159,0	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	..	..	..	..	..
Soudan	Faim	31,0	21,0	15,5	25,8	2004
	Éducation primaire	..	46,3 ^d	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	75,1	102,4 ^d	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Mortalité infantile	123,0	107,0	41,0	86,9	Après 2040
	Accès à l'eau salubre	67,0	75,0	83,5	73,6	2009
Tchad	Faim	58,0	32,0	29,0	48,3	2000
	Éducation primaire	..	58,2	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	55,5 ^d	100,0	..	..
	Mortalité infantile	203,0	200,0	67,7	143,5	Stagnation
	Accès à l'eau salubre	..	27,0	..	..	..
Togo	Faim	28,0	23,0	14,0	23,3	2015
	Éducation primaire	74,7	92,3	100,0	84,8	2004
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	59,2	70,4	100,0	75,5	2027
	Mortalité infantile	152,0	141,0	50,7	107,4	Après 2040
	Accès à l'eau salubre	51,0	54,0	75,5	60,8	Après 2040
Tuvalu	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	..	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	..	100,0	..	..
	Mortalité infantile	..	..	..	..	..
	Accès à l'eau salubre	..	..	..	..	..
Vanuatu	Faim	..	..	..	..	..
	Éducation primaire	..	95,9	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	85,7 ^c	101,9	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Mortalité infantile	70,0	42,0	23,3	49,5	2008
	Accès à l'eau salubre	..	88,0	..	..	..
Yémen	Faim	36,0	33,0	18,0	30,0	Après 2040
	Éducation primaire	..	67,1	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	49,9 ^f	100,0	..	..
	Mortalité infantile	142,0	107,0	47,3	100,3	2020
	Accès à l'eau salubre	..	69,0	..	..	..
Zambie	Faim	45,0	50,0	22,5	37,5	Recul
	Éducation primaire	..	65,5	100,0	..	..
	Égalité des sexes dans le domaine de l'éducation	..	92,4	100,0	Objectif atteint	Objectif atteint
	Mortalité infantile	192,0	202,0	64,0	135,7	Recul
	Accès à l'eau salubre	52,0	64,0	76,0	61,6	2008

Source: Compilation réalisée par le secrétariat de la CNUCED d'après une communication directe du Bureau du PNUD chargé d'établir le rapport sur le développement humain.

a Les variables quantitatives utilisées pour évaluer la réalisation des objectifs concernant la faim, l'éducation primaire, l'égalité des sexes dans le domaine de l'éducation, la mortalité infantile et l'accès à l'eau salubre sont respectivement les suivantes: pourcentage de personnes sous-alimentées par rapport à la population totale, taux net de scolarisation primaire, rapport nombre de filles/nombre de garçons aux niveaux primaire et secondaire, taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes) et proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée.

b Correspond à l'année au cours de laquelle l'objectif en question sera réalisé si les progrès se poursuivent au rythme actuel.

c Niveau de 1991.

d Niveau de 1999.

e Niveau de 1992.

f Niveau de 1998.

Annexe 2:

PROGRÈS VERS LA SORTIE DE LA CATÉGORIE DES PAYS LES MOINS AVANCÉS

Un important indicateur du développement économique et social dans les PMA est celui qui mesure les progrès réalisés vers la sortie de la catégorie des PMA. D'utiles renseignements sur ces tendances sont fournis par le Comité des politiques de développement du Conseil économique et social des Nations Unies. L'un des rôles de ce comité est d'aider à identifier les pays qui doivent être inclus sur la liste des pays les moins avancés ou en être radiés. Le tableau 1 regroupe les données fournies par le Comité des politiques de développement à cet égard, sur la base des critères les plus récents (révisés) qu'il a suggérés comme critères d'identification des PMA dans son dernier examen triennal de la liste des pays les moins avancés, effectué en 2003.

Pour être inscrit sur la liste des PMA, un pays doit avoir une population inférieure à 75 millions de personnes et satisfaire aux critères — et ne pas dépasser les seuils — suivants: revenu national brut (RNB) par habitant inférieur à 750 dollars⁵; indice du capital humain, fondé sur des indicateurs relatifs à la nutrition, à la santé et à l'éducation, inférieur à 55; et indice de vulnérabilité économique, fondé sur des indicateurs de la concentration des exportations de marchandises, de l'instabilité des recettes tirées des exportations, de l'instabilité de la production agricole, de la part de la production manufacturière et des services modernes dans le PIB et de la taille de la population, supérieur à 37. Pour être inclus dans la catégorie des PMA, un pays doit satisfaire à tous ces critères. Les seuils de sortie de la catégorie sont les suivants: revenu national brut par habitant supérieur à 900 dollars; indice du capital humain supérieur à 61; et indice de vulnérabilité économique supérieur à 33. Un pays doit satisfaire à deux au moins de ces critères pour sortir de la catégorie. Le Comité a aussi proposé un indice de vulnérabilité économique modifié, qui incluait un sixième élément consistant en données sur la population déplacée par des catastrophes naturelles. Un pays serait alors inscrit sur la liste des PMA lorsque son indice de vulnérabilité économique serait supérieur à 38, et en sortirait lorsque cet indicateur serait inférieur à 34.

Le Comité des politiques de développement a rappelé l'importance d'une transition sans heurt pour les pays sortant de la catégorie des PMA. Deux PMA — le Cap-Vert et les Maldives — ont satisfait aux critères de sortie concernant le revenu national brut et l'indice du capital humain à l'occasion de deux examens successifs, et le Comité des politiques de développement a donc recommandé leur sortie. La décision elle-même relève du Conseil économique et social et, en dernier ressort, de l'Assemblée générale. Trois autres petits PMA insulaires — Kiribati, Samoa et Tuvalu — ont aussi satisfait aux critères de sortie fondés sur le revenu national brut et sur l'indice du capital humain à l'occasion de l'examen de 2003, et le Comité a noté que le Samoa pourrait remplir les conditions de sortie lors de l'examen de 2006 s'il continue de satisfaire à deux des trois critères.

Selon l'examen de 2003, le seul autre pays à faible revenu remplissant les conditions requises pour être inclus sur la liste était le Timor-Leste, devenu membre du groupe des PMA le 4 décembre 2003.

ANNEXE TABLEAU 2. INDICATEURS EMPLOYÉS POUR DÉTERMINER L'ADMISSIBILITÉ AU BÉNÉFICE DU STATUT DE «PAYS LES MOINS AVANCÉS»: SORTIE DE LA LISTE DES PMA ET INCLUSION DANS CETTE LISTE

	Population 2002 (millions de personnes)	Revenu national brut par habitant (dollars)	Indice du capital humain ^a	Indice de vulnérabilité économique ^b	Indice de vulnérabilité économique (modifié) ^c
A. Pays en développement à faible revenu					
PMA Afghanistan	23,3	523	11,6	50,1	49,0
PMA Angola	13,9	447	25,6	48,5	46,8
PMA Bangladesh	143,4	363	45,3	22,9	29,5
PMA Bénin	6,6	367	40,2	57,0	56,4
PMA Bhoutan	2,2	600	40,4	40,6	41,0
PMA Burkina Faso	12,2	217	26,5	49,3	47,0
PMA Burundi	6,7	110	19,7	53,8	49,6
PMA Cambodge	13,8	263	44,5	49,7	48,1
PMA Cameroun	15,5	583	43,8	31,9	31,2
PMA Cap-Vert	0,4	1 323	72,0	55,5	56,7
PMA Comores	0,7	387	38,1	59,1	58,7
PMA Congo	3,2	610	55,2	50,3	46,8
PMA Côte d'Ivoire	16,7	687	43,0	25,4	25,9
PMA Djibouti	0,7	873	30,2	48,6	49,5

Annexe tableau 2 (suite)

	Population 2002 (millions de personnes)	Revenu national brut par habitant (dollars)	Indice du capital humain ^a	Indice de vulnérabilité économique ^b	Indice de vulnérabilité économique (modifié) ^c
PMA Érythrée	4,0	190	32,8	51,7	50,2
PMA Éthiopie	66,0	100	25,2	42,0	40,7
PMA Gambie	1,4	340	34,0	60,8	56,5
Ghana	20,2	337	57,9	40,9	41,9
PMA Guinée	8,4	447	30,3	42,1	40,0
PMA Guinée-Bissau	1,3	170	31,2	64,6	60,7
PMA Guinée équatoriale	0,5	743	47,2	64,4	55,8
PMA Haïti	8,4	493	35,3	41,7	43,5
PMA Îles Salomon	0,5	657	47,3	46,7	49,1
Inde	1 041,1	450	55,7	13,5	19,6
Indonésie	217,5	610	73,6	18,1	21,9
Kenya	31,9	350	49,3	28,4	29,0
PMA Kiribati	0,1	923	67,5	64,8	60,4
PMA Lesotho	2,1	573	45,4	44,2	44,5
PMA Libéria	3,3	285	38,7	63,1	58,3
PMA Madagascar	16,9	253	37,9	21,6	27,0
PMA Malawi	11,8	177	39,0	49,0	49,4
PMA Maldives	0,3	1 983	65,2	33,6	37,5
PMA Mali	12,0	230	19,9	47,5	45,4
PMA Mauritanie	2,8	377	38,2	38,9	37,7
Mongolie	2,6	393	63,3	50,0	48,9
PMA Mozambique	19,0	220	20,0	35,6	39,2
PMA Myanmar	49,0	282	60,0	45,4	45,6
PMA Népal	24,2	240	47,1	29,5	31,0
Nicaragua	5,3	395	60,8	39,4	42,5
PMA Niger	11,6	180	14,2	54,1	53,1
Nigéria	120,0	267	52,3	52,8	51,1
PMA Ouganda	24,8	297	39,8	43,2	41,6
Pakistan	148,7	437	45,5	20,2	26,1
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5,0	673	46,2	36,1	38,6
PMA Rép. centrafricaine	3,8	277	29,9	43,1	42,0
PMA Rép. dém. du Congo	54,3	100	34,3	40,8	42,3
PMA Rép. dém. pop. lao	5,5	297	46,4	43,9	43,4
Rép. pop. dém. de Corée	22,6	440	62,9	32,8	29,5
PMA Rép.Unie de Tanzanie	36,8	263	41,1	28,3	30,2
PMA Rwanda	8,1	230	34,1	63,3	59,6
PMA Samoa	0,2	1 447	88,8	40,9	50,8
PMA Sao Tomé-et-Principe	0,1	280	55,8	41,8	37,0
PMA Sénégal	9,9	490	38,1	38,4	38,8
PMA Sierra Leone	4,8	130	21,7	45,7	43,3
PMA Somalie	9,6	177	8,5	55,4	53,1
PMA Soudan	32,6	333	46,4	45,2	46,5
PMA Tchad	8,4	203	26,1	59,2	56,6
Timor-Leste	0,8	478	36,4	..	..
PMA Togo	4,8	293	48,6	41,5	42,8
PMA Tuvalu	0,01	1 383	63,7	70,3	67,3
PMA Vanuatu	0,2	1 083	57,4	44,5	46,4
Viet Nam	80,2	390	72,7	37,1	39,4
PMA Yémen	19,9	423	46,8	49,1	49,0
PMA Zambie	10,9	317	43,4	49,3	47,6
Zimbabwe	13,1	463	56,5	33,7	30,3
B. Pays à économie en transition					
Arménie	3,8	523	79,4	30,7	34,0
Azerbaïdjan	8,1	607	72,8	38,9	40,6
Géorgie	5,2	647	76,2	47,6	48,2
Kirghizistan	5,0	287	77,6	38,2	39,9
Ouzbékistan	25,6	607	81,3	40,3	36,3
Rép. de Moldova	4,3	397	81,1	39,6	39,1
Tadjikistan	6,2	173	69,5	37,7	39,1
Turkménistan	4,9	780	84,5	60,9	53,8
Ukraine	48,7	723	86,3	23,8	26,1

Source: Nations Unies (2003b).

Notes: Les chiffres en caractères gras indiquent un critère de sortie de la liste auquel a satisfait un pays qui est actuellement un PMA.

- a L'indice du capital humain tient compte des éléments suivants: a) alimentation, mesurée comme étant la ration calorifique moyenne par personne en pourcentage du minimum nécessaire; b) santé, mesurée au taux de mortalité infantile de 0 à 5 ans; c) éducation, mesurée d'après: i) taux d'alphabétisation des adultes, et ii) taux brut d'inscription dans l'enseignement secondaire.
- b L'indice de vulnérabilité économique représente la moyenne de cinq indicateurs: a) concentration des exportations de marchandises; b) instabilité des recettes tirées des exportations; c) instabilité de la production agricole; d) part de la production manufacturière et des services modernes dans le PIB; et e) taille de la population.
- c Indice de vulnérabilité économique comportant un sixième élément, le pourcentage de la population déplacée par des catastrophes naturelles, venant compléter les données relatives à l'instabilité de la production agricole.

Notes

1. On entend par transition démographique l'évolution au cours de laquelle les taux de natalité et de mortalité d'un pays, précédemment élevés, passent à des valeurs plus faibles. De façon générale, la chute du taux de mortalité, qui accompagne l'élévation du niveau de vie, les progrès dans le domaine de la santé publique et l'amélioration de la nutrition, se produit avant la chute du taux de natalité, si bien que pendant la période de transition, le taux d'accroissement démographique reste élevé.
2. Dans la présente section, toutes les moyennes régionales concernant les PMA sont des moyennes simples, non des moyennes pondérées.
3. La présente section est fondée sur des données aimablement communiquées par le Bureau chargé d'établir le rapport sur le développement humain.
4. Cette section est fondée sur Gonsalves (2003).
5. Pour les pays classés par la Banque mondiale comme pays à bas revenu pendant au moins une année en 1999 et 2001.

Bibliographie

- CNUCED (2001). Les objectifs de développement du Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010: Élaboration d'un ensemble d'indicateurs permettant de surveiller les progrès, TD/B/48/14, 3 août, Genève.
- CNUCED (2002). *Les pays les moins avancés " Rapport 2002*, publication des Nations Unies, numéro de vente F.02.II.D.13, Genève.
- De Waal, A. et Tumushabe, J. (2003). HIV/AIDS and food security in Africa, Department for International Development, Pretoria, février.
- FNUAP (2002). *État de la population mondiale 2002: Population, pauvreté et potentialités*, Fond des Nations Unies pour la population, New York.
- Gonsalves, J. (2003). HIV/AIDS in the least developed countries: Can it become a development catastrophe, document d'information établi pour *Les pays les moins avancés " Rapport 2004*, ronéotypé.
- Hermann, M. (2003). Millennium development goals and LDC-specific development goals: An assessment of differences and recommendations towards harmonization, ronéotypé.
- McPherson, M.F. (2003). Macroeconomic models of the impact of HIV/AIDS. Harvard University, février.
- ONUSIDA (2002). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA/02.26F, Genève.
- PNUD (2001). HIV/AIDS implications for poverty reduction, document d'information établi pour le Programme des Nations Unies pour le développement en vue de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida, 25-27 juin.
- Nations Unies (2001). Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010, 8 juin 2001, A/CONF.191/11.
- Nations Unies (2002). *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, New York.
- Nations Unies (2003a). *World Population Prospects: The 2002 Revision*, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, New York.
- Nations Unies (2003b). Local development and global issues, report of the Committee for Development Policy on the fifth session, 7-11 avril 2003, Département des affaires économiques et sociales, New York.
- PNUD (2002). UNDP Statistical Fact Sheet HIV/AIDS, <http://www.undp.org/hiv/docs/Barcelona-statistical-fact-sheet-2July02.doc>.
- PNUD (2003). *Rapport mondial sur le développement humain 2003*, Economica, Paris.