

# REVUE DES DEPENSES PUBLIQUES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE

Commanditaire : UNICEF/Banque Mondiale

Mars 2016

## ***Résumé Analytique***

---

### **1. Une situation économique prometteuse**

Deuxième économie d'Afrique de l'Ouest et parmi les principaux exportateurs de cacao, de café, de coton et de noix de cajou, la Côte d'Ivoire dispose d'un fort potentiel économique. Sa performance macroéconomique est significative sur les deux dernières années, avec un taux de croissance de 8,7%, l'inflation demeurant à un niveau modéré (2,5%).

**Les perspectives macroéconomiques sont positives pour les années à venir car la Côte d'Ivoire devrait également connaître un taux de croissance élevé.** La croissance à moyen terme reste toutefois conditionnée par une hausse des investissements privés et par un financement externe adéquat, afin que les investissements publics puissent augmenter à hauteur de 8% du PIB, conformément au Plan National de Développement (PDN).

L'évolution du taux de croissance s'est faite de façon erratique entre 2000 et 2011. A partir de 2012, l'on assiste à une tendance haussière avec un taux de croissance moyen de 9% l'an. Cependant, ramenée à la population, à travers la croissance du PIB/habitant, ou mieux aux nationaux, à travers le RNB/habitant, cette évolution présente certes les mêmes tendances, mais de façon plus modérée. En effet le PIB/habitant est de 8,2% en 2012 et 6,4% en 2014 contre une croissance du PIB respectivement de 10,7% et 9%.

Si les indicateurs macroéconomiques sont relativement meilleurs, les conditions de vie des populations ne se sont véritablement pas été améliorées. En effet, l'Indice de Développement Humain (IDH) quoi qu'ayant connu une légère hausse demeure néanmoins faible ; l'IDH passe de 0,390 en 2002 à 0,400 en 2008 puis à 0,404 en 2011. Il est estimé à 0,452 en 2013 (Rapport PND, 2015). Ce faible niveau de l'IDH se confirme par l'étendu de la pauvreté. Estimé à 48,9%, le taux de pauvreté est passé à 46,3% en 2015. La pauvreté en Côte d'Ivoire est inégalement distribuée selon le milieu de vie et selon les régions. Les disparités régionales de la pauvreté sont confirmées en 2015 selon l'Enquête sur le niveau de vie des ménages de 2015. Le taux de pauvreté en milieu urbain est de 35,9% contre 56,8% en milieu rural.

### **2. Le bilan en terme de résultats sanitaires atteints pendant la période est mitigé**

**Malgré quelques avancées enregistrées dans le domaine de la prévention, de la lutte contre la maladie, le système de santé ivoirien connaît des difficultés de développement liées à une conjonction de facteurs internes et externes.** Ces facteurs sont d'ordre institutionnel, organisationnel,

fonctionnel, gestionnaire et financier ; et certains d'entre eux peuvent constituer de véritables défis tant pour l'Etat que pour les partenaires internationaux au développement ou les autres acteurs du système.

Sur la période considérée (2007-2014), les résultats obtenus sont mitigés. Bien que des progrès aient été réalisés dans quelques domaines, dont en matière de lutte contre le VIH chez les 15-49 ans, le paludisme et la mortalité infantile, le rythme des avancées est extrêmement lent.

## **Santé infantile**

La mortalité infantile est une statistique servant essentiellement à juger de la qualité des soins obstétricaux et pédiatriques d'un pays. **Sur la période étudiée, la mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans) en Côte d'Ivoire a diminué, passant de 121.1 décès /1.000 naissances en 2007 à 95.5 décès /1.000 naissances en 2014.** Le programme élargi de vaccination (PEV) a encore du chemin à faire afin d'éradiquer la poliomyélite, éliminer la rougeole et le tétanos maternel et néonatal, contrôler la fièvre jaune, introduire le vaccin contre le rotavirus et le pneumocoque, améliorer la disponibilité et la gestion des vaccins et consommables d'injection à tous les niveaux.

## **Santé maternelle**

La mortalité maternelle n'a que faiblement baissé sur la période. L'analyse de l'évolution de cet indicateur révèle qu'on est passé de 717 décès pour 100,000 naissances vivantes en 2010 à 645 décès pour 100,000 naissances vivantes en 2015. **Ceci place malheureusement la Côte d'Ivoire figure parmi les pays africains ayant un taux élevé de mortalité maternelle et où la santé de la mère demeure une préoccupation majeure.** Ces décès maternels sont essentiellement dus à des causes médicales directes dont les plus fréquentes sont les hémorragies anté et postpartum, les grossesses extra-utérines et, la rupture utérine (13%). On peut penser que cette situation est en partie liée aux crises successives que le pays a connues au cours des dernières années et qui ont fragilisé un système de santé déjà précaire.

## **Maladies infectieuses**

On note une persistance des maladies infectieuses et parasitaires en Côte d'Ivoire. Celles-ci représentent 60% de la morbidité diagnostiquée. De plus, l'incidence des maladies endémiques (le paludisme, les diarrhées et autres) reste toujours élevée, principalement chez les enfants, ce qui influence négativement l'état de santé des populations.

## **3. Le système public de santé reste encore peu utilisé et la qualité de ses prestations est très insuffisante**

La plupart des indicateurs évoqués ci-dessus peuvent être améliorés si une part importante de la population utilisait régulièrement le système public de santé et si celui-ci offrait une qualité acceptable. **L'utilisation des services de santé de première ligne en Côte d'Ivoire reste très faible malgré les efforts qui ont été consacrés pour renforcer l'offre de soins, avec un taux d'utilisation de l'ordre de 18% en 2012.** Cette faible utilisation du système public de santé est explicable par une insuffisante accessibilité du système, accessibilité que l'on peut analyser du point de vue de l'offre (i.e. disponibilité des intrants) et du point de vue de la demande (i.e. accessibilité financière). L'accessibilité des frais

constitue également un obstacle, car il existe des disparités dans l'utilisation des services de santé : en d'autres termes, l'utilisation est plus élevée au sein du quintile le plus riche qu'au sein du quintile le plus pauvre (par exemple, la couverture vaccinale pour tous les vaccins (respectivement 68 % et 39 %) et le pourcentage d'accouchements avec l'assistance d'un agent de santé qualifié (respectivement 91 % et 35 %) en 2012.

#### **4. La disponibilité des principaux intrants (personnel, infrastructures, etc.) reste très inégale**

Pour accroître l'utilisation d'un système de santé, celui-ci doit être accessible non seulement géographiquement (densité des établissements et densité de personnel, disponibilité des médicaments) mais aussi financièrement. **Notre étude révèle que bien la Côte d'Ivoire dispose d'un important réseau d'établissements de soins aussi bien au niveau du secteur public que du secteur privé, les infrastructures sanitaires sont en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national.** On note une grande disparité entre les plateaux techniques des établissements de santé de même niveau dans la pyramide sanitaire et cette disparité s'étend au niveau régional.

La Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du secteur de la santé (PSDRHS) couvrant la période 2009-2013. Le pays dispose d'un potentiel en ressources humaines de santé de diverses compétences. Les effectifs des ressources humaines de la santé enregistrés au cours de la dernière décennie, ont permis d'observer une nette amélioration des ratios de médecins-population, infirmiers-population et sages-femmes-population. Malgré l'importance numérique du personnel de santé en Côte d'Ivoire, l'analyse de la répartition du personnel de santé par région/ district relève une insuffisance des ressources humaines doublée d'une inégale répartition régionale entre 2011 et 2013.

#### **5. Des dépenses publiques de santé marquées par l'hospitalocentrisme et le poids de l'administration**

Les sources de financement dans le système sanitaire ivoirien sont l'Etat, les ménages, les partenaires au développement composés de la coopération bilatérale, multilatérale et des ONG internationales. Elles fournissent les ressources nécessaires au fonctionnement du système de santé.

Depuis 2007, les dépenses de santé en Côte d'Ivoire évoluent à un rythme effréné. Elles sont passées de 565,2 milliards à 872,7 milliards de FCFA en 2013, soit une progression 65% en seulement 6 ans, soit 6,3% du PIB. En dépit de l'évolution rapide de la population, les dépenses de santé per capita ont également augmenté.

Globalement, on relève qu'en 2013, les sources privées sont la première source de financement du système de santé en Côte d'Ivoire (63,5%). Viennent ensuite les sources publiques (25%) et le reste du monde (10,2%). En termes de progression, les sources publiques affichent une dynamique plus importante. De 2007 à 2013, les fonds publics ont plus que doublé et la part du secteur public dans la dépense totale de santé est passée de 16,2% en 2007 à 25% en 2013. On reste cependant loin des objectifs affichés dans le PND (47% de la DTS).

L'analyse de la répartition des dépenses de santé montre quelques grandes tendances :

En premier lieu, la part des **dépenses au profit du secteur hospitalier** sont en hausse. Dans CHU-Ins, ces dépenses sont passées d'environ 5% à 18% environ entre 2007 et 2013. En revanche dans les ESPC, les dépenses sont passées de 4% à 2% environ.

Quant aux **dépenses de nature administrative**, elles se sont renforcées entre 2007 et 2013 pour se situer 16,9%.

Enfin le taux moyen d'exécution du budget du Ministère de la santé est de 89%. Par exemple en 2014 les dépenses du secteur de la santé s'élevaient à 228,4 milliards de francs CFA

## **6. Un système peu équitable et d'une efficience qui reste à démontrer**

Bien que les données disponibles n'aient pas permis de procéder à une analyse de l'incidence des bénéfices afin de prendre de façon rigoureuse la mesure de l'équité dans les dépenses publiques de santé et notamment de déterminer si la distribution de ces dépenses est progressive, c'est-à-dire si elle profite davantage aux populations les plus pauvres, les informations parcellaires auxquelles nous avons pu accéder révèlent qu'il semble difficile d'identifier des progrès tangibles en matière d'équité.

Pour les personnes malades, qu'elles soient pauvres ou pas, le coût reste le principal obstacle à la consultation (46,9% dont 56,2% chez les malades pauvres et 39,9% chez les malades non pauvres). D'une manière générale, très peu de personnes bénéficient d'une prise en charge des dépenses de santé (que cette prise en charge soit totale ou partielle). En effet, seulement 10,7% des personnes bénéficient d'une prise en charge et elle provient essentiellement des parents (57,3%) et à un degré moindre des assurances (32,8%).

**Dans les ménages pauvres, 50,2% des dépenses de consommation est affectée à l'alimentation contre 40,7% chez les non pauvres. Les autres postes de dépense importants des ménages pauvres sont le logement (13,4%), le transport (9,2%), l'habillement (9,5%) et la communication.** En revanche, les ménages pauvres affectent une moindre part de leur budget de consommation à la santé (2,8%) et à l'éducation (3,5%) que les ménages non pauvres (respectivement 3,1% et 4,3%). Car ils font un arbitrage entre les soins de santé modernes et autres traitements moins coûteux en vue de consacrer le reste de leur ressource à d'autres fins utiles notamment l'éducation, le logement, la nourriture etc.

L'accès à l'hôpital par exemple est plus difficile. Seulement 32,7% des ménages se trouvent à moins de 15 minutes de cette infrastructure (29% pour les ménages pauvres et 33,7% pour les ménages non pauvres). La situation est encore plus difficile en milieu rural à cause du mauvais état des routes. Par ailleurs, la prise en charge des patients est rendue plus difficile et parfois à risque par l'absence de raccordement de certains centres de santé au réseau électrique et à une source d'eau potable.

**L'efficience allocative des dépenses de santé en Côte d'Ivoire ne s'est pas améliorée. En dépit du fait que le pays investisse 27,39% des dépenses totales dans la lutte contre le paludisme considéré comme l'une des premières causes de mortalité, on note une allocation erratique, déséquilibrée et peu rationnelle des dépenses dans les autres secteurs.** En somme, les dépenses au profit des structures de soins primaires ont été faibles et bien qu'en baisse, les dépenses de fonctionnement et celles relatives à la masse salariale ont progressé. Il est extrêmement difficile de conclure que la Côte d'Ivoire a investi dans les secteurs qui comptent, et l'examen des principaux indicateurs en matière de santé le démontre très clairement.

En matière d'efficience allocative, on relève également une insuffisance dans l'exécution du budget. Au titre du budget de la santé 2012 par exemple, pour un engagement de 10,2 Milliards en équipements collectifs, seulement 2,2 Milliards ont été décaissés effectivement. De même qu'au niveau de l'achat des

biens et services : pour 50,3 Milliards prévus seulement 28,6 Milliards ont pu être réunis. Le faible niveau d'exécution du budget de l'équipement, de biens et services indique un manque d'efficacité important dans la planification dudit budget.

Ceci est en grande partie dû aux responsabilités partagées dans la prise de décisions concernant soient les structures chargées de la rénovation des centres de santé, ou de l'incapacité à atteindre les objectifs de réhabilitation.

En général, ceci se traduit par un déficit en équipement, de biens et services au sein des centres de santé plus important que les prévisions, avec des effets délétères sur la qualité et la couverture en soins de santé, ce explique, le décalage entre le budget destiné aux équipements, aux biens et services et l'effectivité de ceux-ci.

Il n'était pas possible de mesurer l'efficacité technique des dépenses totales de santé. L'étude s'est donc uniquement concentrée sur les hôpitaux (qui constituent néanmoins un des principaux postes de dépenses). **L'analyse des scores d'efficacité technique démontre par exemple que les dépenses publiques en ressources humaines sont mal réparties car les localités où les besoins sont assez importants et que les personnes ressources pour répondre aux besoins en soins des populations font défaut.**

## **7. De la nécessité d'élargir l'espace budgétaire**

Le plaidoyer en faveur de l'augmentation des ressources financières dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire fait l'objet d'un consensus et le périmètre de l'accroissement des ressources financières pour la santé à travers la création d'un espace budgétaire supplémentaire se pose. Nous avons analysé les sources des marges de manœuvre potentielles de l'État ivoirien, ainsi que les limites liées aux différentes modalités d'élargissement de l'espace budgétaire et avons démontré que ces questions ne peuvent pas être appréhendées in abstracto, c'est-à-dire dans la seule perspective sectorielle de la santé, mais qu'elles doivent être impérativement analysées en liaison avec l'environnement macroéconomique de la Côte d'Ivoire.

Puisque l'efficacité tant allocative que technique des dépenses publiques de santé est relativement faible, il y a des gains non négligeables, en matière d'espace budgétaire, à attendre d'une meilleure efficacité. Si le gouvernement ivoirien devait maintenir la dotation budgétaire qu'il alloue actuellement sur le budget total à la santé (soit l'équivalent de 8 % du budget) et avec un taux de croissance du PIB réel à long terme constant de 3 % par an, le déficit de financement annuel de la CMU augmenterait de 825 millions de dollars en 2015 à 2,1 milliards de dollars en 2030 (pour un taux de croissance du PIB réel de 3 %).

**Il est donc crucial d'élargir l'espace budgétaire en augmentant la dotation budgétaire relativement à l'objectif de 15% du budget général fixé par la déclaration d'Abuja même si d'autres priorités pèsent sur le budget et en recherchant des financements innovants par l'introduction de taxes sur le tabac, l'alcool, les boissons gazeuses, la téléphonie mobile ou encore les produits cosmétiques.**

## **8. Une décentralisation encore inachevée du système de santé**

En Côte d'Ivoire, les autorités ont trouvé en la décentralisation des infrastructures sanitaires la solution qui permettrait de rapprocher les soins de santé des populations. Il faut souligner que le pays n'est pas parvenu à mettre en œuvre une participation communautaire satisfaisante. Les 19 régions sanitaires et

les 83 districts sanitaires qui sont responsables de la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale ont bénéficié en 2009 de près des 60% du budget de MSLS. En 2010, la part du budget général consacrée aux régions a connu une hausse de 6% par rapport à l'année précédente avant de s'établir à 58,8% du budget du MSLS. Mais l'instabilité des fonds en proportion du budget d'investissement entre 2009 et 2011 contraste avec les ambitions affichées par les objectifs de la décentralisation prônée par le MSLS. Les centres de santé de l'ensemble des régions sanitaires sont en nombre insuffisants. Ils se caractérisent par des bâtiments et un plateau technique déplorable.

**L'objectif de la décentralisation du système hospitalier ivoirien était principalement de rendre ce système techniquement et allocativement plus efficace. Cependant, une quinzaine d'années plus tard, force est de constater que les résultats obtenus en matière de santé ne sont guère meilleurs.**

## **9. Que faire et quelles sont les prochaines étapes ?**

La santé est l'un des secteurs sociaux considérés dans la politique de développement économique et social du pays comme secteurs dont le développement permet d'atteindre les objectifs de développement économique et de réduction de la pauvreté d'un pays. La prise en compte de cette option politique devrait permettre au secteur de la santé d'être parmi les secteurs les mieux financés. En effet, les améliorations de la santé peuvent avoir un effet extraordinairement positif sur le bien-être social et le niveau d'activité économique. Selon le rapport novateur de 2013 de la Commission Lancet, il est effectivement possible d'attribuer près de 11% de la croissance économique de ces dernières décennies aux améliorations de la santé. Il est donc tout à fait logique que les gouvernements bailleurs s'intéressent aux indicateurs de santé et à leurs déterminants, notamment les dépenses de santé publique.

En dépit d'une relative mobilisation des ressources au cours des dernières années, la Côte d'Ivoire n'a pas réussi à accroître de façon significative les performances du secteur de la santé. Au terme de la présente revue des dépenses, il ressort que le système de santé ivoirien vit des contraintes majeures qui se traduisent par insuffisance de la capacité d'offre de soins du système de santé à laquelle s'ajoute une faible utilisation des services, en raison sans doute de la disponibilité et de qualité des services, mais aussi des conditions de vie précaires des comportements des populations. Le niveau élevé de pauvreté des ménages qui dans un contexte post crise ne semble pas non plus favoriser l'équité et limite l'accès des plus pauvres aux services.

### ***i. Maintenir les efforts et renouveler la feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile***

La Côte d'Ivoire a déjà fait des efforts importants pour réduire la mortalité infantile. Certains résultats tangibles ont été obtenus. Conformément aux engagements pris au sommet du millénaire, la feuille de route a comme vision : « Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement ». **Malheureusement, les objectifs visés pour 2015 qui étaient de i) réduire le taux de mortalité maternelle de 543 à 136 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes ; ii) réduire le taux de mortalité néonatale de 41 à 10,25 pour 1000 naissances vivantes et iii) réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 125 à 42 pour 1000 naissances vivantes n'ont pu être atteints.** C'est pourquoi, il faudra particulièrement poursuivre les efforts aux chapitres suivants : i) surveillance de la grossesse ; ii) assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié ; iii) prise en charge des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) et iii) l'accessibilité des moyens de contraception modernes.

## *ii. Améliorer l'efficience des dépenses afin de générer de l'espace budgétaire*

Les ressources pour la santé sont insuffisantes en Côte d'Ivoire à la lumière de l'immensité des besoins, d'où l'importance pour les pouvoirs publics d'examiner dans quelle mesure ils pourraient améliorer les résultats qu'ils obtiennent avec l'enveloppe de ressources disponibles. Il semble que l'amélioration des taux d'exécution du budget de la santé est une des premières voies dans laquelle s'engager. Une fois un niveau raisonnable d'efficience atteint, les pouvoirs peuvent se pencher dans un second temps sur une augmentation intrinsèque des ressources publiques pour la santé. En effet, les différentes analyses menées sur la situation de la Côte d'Ivoire révèlent que lorsqu'on considère le taux de pression fiscale, les possibilités d'accroître les impôts et taxes sont réelles. **Comparé aux autres pays de l'UEMOA, la Côte d'Ivoire apparaît comme un pays où la pression fiscale n'est pas optimale, du fait notamment d'un espace de ressources publiques insuffisamment exploité. Augmenter les ressources fiscales offre non seulement la possibilité d'accroître les dépenses publiques de santé mais contribue également à lisser les conséquences de l'instabilité de l'aide sur les dépenses de santé.** L'aide internationale est plus instable que les ressources fiscales et cette instabilité s'est accrue avec la crise économique. La question est d'autant plus importante que, dans plusieurs pays, l'aide finance une part croissante des dépenses courantes qui constituent l'essentiel des dépenses de santé.

## *iii. Mieux répartir les intrants dans le système de santé*

L'inégale répartition des dépenses publiques de santé selon les niveaux de la pyramide apparaît clairement et confirme le constat fait relativement à la distribution des ressources humaines et des infrastructures. Ainsi, au cours de la période 2007-2010, le niveau primaire n'a pas excédé le seuil de 4%. Le niveau secondaire (CHR, HG et hôpitaux confessionnels) avait reçu respectivement une part de (3%, 3% , 0,90%, et 0,87%) des dépenses au cours de cette période alors que le niveau tertiaire absorbait à lui tout seul, la majorité des allocations (33,03% en 2009). **Il apparaît donc nécessaire d'assurer une meilleure allocation des intrants hospitaliers en faveur des zones rurales et pauvres.**

**Durant la dernière décennie, même si on a observé une amélioration des ratios de médecins et infirmiers pour la population, l'offre en la matière demeure insatisfaisante.** Elle est caractérisée par une pénurie du personnel paramédical dont la part dans l'effectif global est en baisse et une forte disparité dans la répartition du personnel de santé avec une concentration au profit des régions du Sud du pays, notamment à Abidjan. La répartition géographique du personnel de santé devra donc être plus harmonieuse et équitable.

## *iv. Améliorer l'équité du système de santé*

L'accès à une couverture médicale complète est limité et la répartition des services de santé bénéficie surtout aux zones urbaines et aux milieux socio-économiques favorisés en Côte d'Ivoire. Le pays connaît d'importantes disparités dans les résultats de la santé entre régions rurales urbaines, et entre riches et pauvres. La malnutrition infantile demeure par exemple un problème majeur, en particulier au sein des groupes à faible revenu, et ses conséquences sont persistantes dans la mesure où elle entrave la capacité de l'enfant à apprendre et celle du futur adulte à devenir un membre productif de la population active. **Le financement basé sur la performance (FBP) devrait permettre d'accroître les ressources mises à disposition des régions pauvres et donc contribuer à améliorer l'équité des dépenses de santé. Dans d'autres pays, cette approche s'est révélée un puissant outil d'amélioration de la qualité et la quantité des services des soins de santé au bénéfice des populations en offrant aux**

**prestataires, des mesures incitatives, pour améliorer la performance et obtenir des résultats.** Les mécanismes de subventionnement de la demande de soins doivent être renforcés. La CMU qui prend en compte les consultations, les médicaments génériques, les soins d'infirmiers, les examens médicaux, et l'hospitalisation dans certains cas n'a pas encore véritablement démontré son impact en raison de son sous-financement.

**v. *Disposer des meilleures données pour de meilleurs résultats***

Au cours des dernières années, quelques progrès semblent avoir été accomplis en Côte d'Ivoire afin d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des statistiques et pour renforcer les capacités afin de pérenniser ces améliorations. Cependant, les démarches entreprises en vue de la conduite de cette revue des dépenses publiques de santé nous ont permis de constater que la tâche à accomplir reste encore titanesque. Les pouvoirs publics devront renforcer et recentrer les stratégies statistiques nationales en mettant particulièrement l'accent sur l'amélioration des systèmes statistiques qui répondent aux priorités nationales en matière de développement. En outre, il faudra accroître les capacités en matière de documentation et de conservation des données, d'anonymisation et de diffusion des statistiques en plus d'élaborer des programmes visant à développer les connaissances et les compétences nécessaires pour utiliser efficacement les statistiques à des fins de planification, d'analyse, de suivi et d'évaluation. **La mise en œuvre de telles mesures exigera des efforts et des investissements substantiels de la part des acteurs du développement et les pays en développement joueront un rôle d'encadrement important. Mais elle aura le mérite de permettre de combler les carences statistiques qui ont une incidence sur les questions politiques stratégiques.** Ces recommandations vont dans le sens du Plan d'action de Marrakech pour les statistiques (MAPS) adopté en 2004, lors de la deuxième Table ronde internationale sur la gestion axée sur les résultats en matière de développement et des objectifs du quatrième forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide au développement, qui s'est tenu à Busan (République de Corée) du 29 novembre au 1er décembre 2011. Lors de ce forum, les partenaires ont examiné et entériné un programme d'action sur les statistiques dont les objectifs visent à a) intégrer pleinement les statistiques dans les prises de décisions ; b) promouvoir le libre accès aux statistiques; et c) développer les ressources des systèmes statistiques.