Notes ouest-africaines

Entreprises et santé dans les villes frontalières

AVRIL 2019 **Nº 22**



Secrétariat du Club DU SAHEL ET DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

NOTES OUEST-AFRICAINES avril 2019 Nº 22

ENTREPRISES ET SANTÉ DANS LES VILLES FRONTALIÈRES

Collection « Villes »

Sous la direction de Marie Trémolières et Olivier J. Walther

Aussi dans cette Collection :

« Intégration régionale des villes frontalières », N° 20

« Population et morphologies des villes frontalières », N° 21

« Accessibilité et infrastructures des villes frontalières », N° 23

Secrétariat du Club DU SAHEL ET DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

OCDE DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

NOTES OUEST-AFRICAINES

Les *Notes ouest-africaines* analysent les dynamiques socio-économiques, politiques et sécuritaires que traverse l'Afrique dans une perspective régionale et multidisciplinaire. Elles cherchent à stimuler la discussion, rassembler les informations et mieux anticiper les transformations en cours pour les politiques à venir. Elles visent à partager des études avec une large audience d'experts, de praticiens du développement, de décisionnaires et de lecteurs avertis. Les Notes sont disponibles en anglais et/ou en français ; les résumés dans les deux langues. Initiées par le Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest (CSAO) pour éclairer les enjeux ouest-africains, ces analyses sont préparées par son Secrétariat, ses membres et partenaires, les autres départements de l'OCDE, des organisations internationales et autres experts et chercheurs.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE/CSAO (2019), « Entreprises et santé dans les villes frontalières »,
Notes ouest-africaines, N°22 , Éditions OCDE, Paris.

https://doi.org/10.1787/b41a6277-fr

ISSN 2414-2026

Ce document est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations qui y sont exprimées et les arguments qui y sont employés ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des gouvernements des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre ne préjugent en rien du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Autorisé pour publication par Laurent Bossard, Directeur, Secrétariat du Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest (CSAO/OCDE).

© OCDE 2019

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org.

Résumé

Cette Note qui fait partie de la Collection « Villes », analyse la répartition spatiale des entreprises formelles et des infrastructures de santé en Afrique de l'Ouest. L'analyse montre que les secteurs cruciaux pour l'intégration régionale sont concentrés dans les capitales économiques plutôt que dans les espaces frontaliers. Ces résultats illustrent la difficulté qu'ont de nombreux pays ouest-africains à distribuer le potentiel de développement économique sur l'ensemble du territoire national. La cartographie des infrastructures de santé montre que les villes frontalières présentent un excédent de centres médicaux et un déficit d'hôpitaux et de maternités relativement à leur population urbaine. La Note identifie plusieurs régions dans lesquelles une coopération plus étroite pourrait favoriser la mise en place d'établissements de santé transfrontaliers.

Mots-clés : entreprises, cohésion nationale, intégration régionale, coopération transfrontalière, santé
Classification JEL : O18, O21, I15, F15, F10

À propos de la collection

Résultant d'une démographie croissante et des évolutions sociétales et économiques, l'urbanisation est l'une des transformations les plus spectaculaires de l'Afrique. Ses dynamiques et ses impacts doivent être informés, cartographiés, mesurés et projetés pour construire des options politiques soutenables. C'est l'objet de la Collection « Villes ».

Le Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest

Le Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest (CSAO) est une plateforme internationale indépendante. Le Secrétariat est hébergé au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Sa mission est de promouvoir des politiques régionales à même d'améliorer le bien-être économique et social des populations ouest-africaines. Ses objectifs sont d'améliorer la gouvernance régionale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, et de comprendre les transformations en cours dans la région et leurs implications en matière de politiques publiques par des analyses régionales, spatiales et prospectives. Ses Membres et partenaires sont l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Commission de la CEDEAO, le CILSS, les États-Unis, la Commission européenne, la France, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, la Suisse et la Commission de l'UEMOA. Le CSAO a conclu des protocoles d'accord avec l'Agence du NEPAD et l'Université de Floride (Groupe de recherche sur le Sahel).

En savoir plus : **www.oecd.org/csao**

L'équipe et les remerciements

L'équipe rédactionnelle et éditoriale du Secrétariat du CSAO/OCDE est composée de :
Marie Trémolières, Direction exécutive, marie.tremolieres@oecd.org
Collaborations : Lia Beyeler, Freerk Boedeltje et Sylvie Letassey

Graphisme : Grand Krü Berlin / Daniel Krüger, daniel@grandkrue.de, et Martin Rümmele (cartes)

Ce travail est réalisé dans le cadre du protocole d'accord avec l'Université de Floride (Groupe de recherche sur le Sahel).

La direction scientifique, la coordination des travaux sur le terrain, la cartographie et la rédaction du rapport sont assurées par Olivier J. Walther. Dr Walther est professeur associé invité au Centre d'études africaines de l'Université de Floride, professeur associé en sciences politiques à l'Université du Sud-Danemark et consultant pour le Secrétariat du CSAO/OCDE. owalther@ufl.edu

Les contributeurs externes sont :

Hye Ryeon Jang, doctorante au département des sciences politiques de l'Université de Floride. hrjang52@ufl.edu

Michiel van Eupen, expert en modélisation spatiale, chercheur à l'institut de recherche Alterra (Université de Wageningen). michiel.vaneupen@wur.nl

Lawali Dambo, enseignant-chercheur au Département de géographie de l'Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger). lawali.dambo@gmail.com

L'équipe du Secrétariat aimerait remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la rédaction de ce rapport : Laurent Bossard, Philipp Heinrigs, Secrétariat du CSAO/OCDE ; Paul Nugent, Isabella Soi, Wolfgang Zeller, Université d'Edimbourg ; Dieudonné Kam, Brahima Cissé, CILSS ; Younsa Yansambou Habibatou, REACH ; Edmond Sougué ; Mohamadou Abdoul, Mamoudou Tapily, Agence allemande de coopération internationale pour le développement ; Amadou Oumarou, Moustapha Koné, Université de Niamey ; Jade Siu, Université de Birmingham ; Laure Dumolard, Organisation mondiale de la santé ; Moussa Ismaïla Touré, Binta Diakité, Agence pour la promotion des investissements au Mali ; Sarah McKune, Leonardo A. Villalón, Greg Kiker, Alioune Sow, Université de Floride ; Bruce Whitehouse, Lehigh University ; Armelle Choplin, Université de Paris-Est ; Christine Stabell Benn, Université du Sud-Danemark ; Denis Retaillé, Université de Bordeaux ; Jean Rubio, Alexandra Lafont, Petia Tzvetanova, Jean Peyrony, Mission opérationnelle transfrontalière (MOT).

 © CSAO/OCDE

Table des matières

SIGLES ET ABRÉVIATIONS **7**

RÉSUMÉ **8**

ENTREPRISES, COHÉSION NATIONALE ET INTÉGRATION RÉGIONALE **12**

Une géographie des entreprises formelles en Afrique de l'Ouest 12
Secteurs d'activité et intégration régionale 14
Les capitales concentrent l'essentiel des entreprises 16
Peu d'entreprises formelles dans les villes frontalières 19
Entreprises formelles au Mali 23
Disparités et cohésion nationale 29

VILLES ET COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE EN AFRIQUE DE L'OUEST **32**

Progrès médicaux et disparités infranationales 32
Une cartographie de la couverture sanitaire 35
Le Nigéria concentre huit établissements de santé sur dix 38
Moins d'établissements de santé dans les régions frontalières 43
Couverture sanitaire dans l'espace SKBo 46
Les villes frontalières au centre de la coopération sanitaire 51

RÉFÉRENCES **64**

CARTES

Carte 1.1 Entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale par ville, 2016 21
Carte 1.2 Distribution des entreprises formelles par ville au Mali, 2016 24
Carte 1.3 Distribution des entreprises par secteur dans la région urbaine de Bamako, 2016 26
Carte 2.1 Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, 2000 34
Carte 2.2 Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, 2015 35
Carte 2.3 Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, 2000 36
Carte 2.4 Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, 2015 37

© CSAO/OCDE

Carte 2.5 Couverture sanitaire régionale par type d'établissement, 2017 41
Carte 2.6 Établissements de santé au Nigéria, 2017 45
Carte 2.7 Centre de santé transfrontalier de Warokuy-Wanian 47
Carte 2.8 Densités de population entre Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Mali, 2014 49
Carte 2.9 Établissements de soin entre Mali et Côte d'Ivoire, 2017 51
Carte 2.10 Établissements de santé et bassin de population en Sénégambie 57
Carte 2.11 Établissements de santé et bassin de population dans l'ouest du golfe de Guinée 59
Carte 2.12 Établissements de santé et bassin de population entre Togo et Bénin 61
Carte 2.13 Établissements de santé et bassin de population au Nigéria 63

GRAPHIQUES

Graphique 1.1 Poids de l'économie informelle dans le PIB, 2010–14 13
Graphique 1.2 Part de la capitale économique dans le nombre d'entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale, 2016 18
Graphique 1.3 Nombre d'entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale selon la distance aux frontières, 2016 19
Graphique 1.4 Genre du propriétaire des entreprises selon le secteur au Mali, 2016 29
Graphique 2.1 Densité des établissements de santé par pays, 2017 39
Graphique 2.2 Établissements par type et distance aux frontières, 2017 42
Graphique 2.3 Part des établissements de santé et de la population urbaine par rapport aux frontières 43

TABLEAUX

Tableau 1.1 Nombre d'entreprises formelles et qualité des données par pays et par type, 2016 15
Tableau 1.2 Nombre d'entreprises formelles par pays et par secteur, 2016 17

 © CSAO/OCDE

Tableau 1.3 Villes comptant le plus d'entreprises actives dans le domaine de l'intégration régionale selon la distance aux frontières, 2016 22
Tableau 1.4 Entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale par secteur et commune, 2016 25
Tableau 1.5 Les dix activités les plus et les moins féminines au Mali, 2016 28
Tableau 2.1 Nombre d'établissements de santé par pays et par type, 2017 38

© CSAO/OCDE

Sigles et abréviations

CST	Centre de santé transfrontalier
FENU	Fonds d'équipement des Nations Unies
GLCT	Groupement local de coopération transfrontalière
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCTL	Programme de coopération transfrontalière locale
PFUA	Programme frontière de l'Union africaine
PIDA	Programme de développement des infrastructures en Afrique
SATI	Schéma d'aménagement transfrontalier intégré
SKBo	Espace Sikasso-Korhogo-Bobo-Dioulasso
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine

Cette Note s'appuie sur les données Africapolis produites par le CSAO. Elles reposent sur une approche spatiale et appliquent un critère physique (une zone bâtie en continu) et démographique (plus de 10000 habitants) pour définir une agglomération urbaine. Le terme de ville est ici utilisé au même titre que celui d'agglomération.

© CSAO/OCDE

Résumé

Ce rapport qui compte quatre *Notes ouest-africaines* (nos 20, 21, 22 et 23) est le fruit d'une analyse systématique du rôle joué par les villes frontalières dans le processus d'intégration régionale en Afrique de l'Ouest. Sur la base d'une cartographie multidimensionnelle de 18 pays, le rapport analyse les dynamiques locales développées en milieu urbain, les effets de la distance sur la cohésion nationale, et l'impact des divisions territoriales au niveau international.

Densité, distance et division

- Au niveau local, l'étude des changements démographiques et morphologiques identifie les effets de la densité sur les villes frontalières. Elle montre que depuis le milieu du XXe siècle, la croissance des villes frontalières est presque toujours supérieure à celle des autres villes de la région. Cette croissance rapide est particulièrement visible à moins de 50 kilomètres des frontières nationales, où sont localisés les marchés les plus dynamiques. La croissance est notamment élevée sur les frontières du Nigéria et dans le golfe de Guinée entre le Bénin et le Togo. Le rapport confirme les spécificités des villes frontalières. Vingt-sept d'entre elles forment des agglomérations transfrontalières séparées par des frontières terrestres, par des fleuves ou situées le long d'un littoral. Ces agglomérations ont émergé sans schéma d'aménagement concerté et demeurent très dépendantes les unes des autres.

- Au niveau national, les effets de la distance sur les villes frontalières sont étudiés par les indicateurs de services de santé et des entreprises formelles. La cartographie de la couverture sanitaire régionale montre la profonde hétérogénéité des espaces frontaliers ouest-africains et le potentiel encore largement inexploité d'harmonisation des politiques de santé entre pays. Celle des entreprises formelles spécialisées dans des secteurs stratégiques pour l'intégration régionale révèle une très forte concentration dans les capitales politiques et/ou économiques où se décident les politiques douanières, les stratégies d'importation et de réexportation et où sont localisées les plus grandes infrastructures de transport et de communication. Ces résultats suggèrent que le manque d'investissements publics en matière de services de santé, d'infrastructures routières et d'infrastructures éducatives dans les régions frontalières peut potentiellement poser de graves problèmes de cohésion nationale.

- Au niveau international, les effets de la division territoriale sont appréhendés par un modèle d'accessibilité développé pour rendre compte des

 © CSAO/OCDE

effets de frontière sur les échanges régionaux. Les résultats montrent que le bassin de population des villes frontalières pourrait être 14 % plus important si le passage des frontières n'avait pas d'incidence sur les flux de biens et de personnes et de 12 à 50 % plus important sans poste de contrôle routier. Entre le Bénin, le Niger et le Nigéria, une analyse de l'état du réseau routier montre que le bassin de population combiné des huit villes frontalières augmenterait d'un tiers en l'absence d'attente aux frontières. La revue des postes de contrôle juxtaposés mis en œuvre ou projetés par les États ou les organisations régionales révèle en outre que la facilitation du commerce se heurte aux intérêts particuliers des fonctionnaires et des acteurs privés vivant des frictions de l'intégration régionale. En Afrique de l'Ouest en particulier, peu d'États sont aujourd'hui capables de tirer avantage de ces nouvelles structures de contrôle, dont la plupart sont non fonctionnelles.

Principaux obstacles au développement urbain transfrontalier

Le rapport confirme que les villes frontalières connaissent un déficit d'infrastructures freinant leur développement comme centres d'innovation et carrefours commerciaux régionaux. Ces contraintes s'expriment localement par un développement urbain très largement spontané et par une insuffisance des marchés, zones de stockage, voies de communication urbaines et structures médico-sociales et éducatives. Les villes frontalières peinent également de l'engorgement et du manque d'entretien des infrastructures routières et ferroviaires qui les relient au reste du pays et aux pays voisins. Le manque d'investissements productifs, socio-éducatifs et marchands, caractéristique des villes frontalières, réduit considérablement les économies d'agglomérations potentielles qui résultent de la concentration urbaine. Il renforce en outre les effets négatifs de la distance au plan national et impose de lourdes contraintes aux échanges régionaux.

Du point de vue institutionnel, le principal obstacle réside dans la faible capacité financière des collectivités locales et régionales. Bien que la décentralisation ait atteint une traduction juridique et institutionnelle suffisante, la mise à disposition des outils et des moyens financiers nécessaires à sa mise en œuvre reste limitée. La faible autonomie fiscale, le taux de recouvrement limité et la tendance à ne pas augmenter les impôts en période électorale aggravent cette situation. En conséquence, les collectivités locales manquent souvent de moyens pour mettre en place des investissements décentralisés qui permettraient d'exploiter leurs potentialités urbaines et frontalières.

Options de politique

L'importance démographique et économique des villes frontalières pour l'intégration régionale justifie que des politiques territorialisées adaptées à leurs spécificités soient mises en œuvre.

© CSAO/OCDE

- Les politiques de développement devraient favoriser les avantages potentiels résultant de la densité urbaine au niveau local en appuyant le développement de plans d'aménagement qui maximisent les interactions intra-urbaines. Les économies d'agglomération découlant des fortes densités urbaines permettent potentiellement de minimiser les coûts de transport et de communication, de faciliter la diffusion d'innovations et de rendre plus accessibles certains produits agricoles ou manufacturés. Elles sont cependant plus facilement exploitables par les acteurs si les villes se développent de manière planifiée et concertée de part et d'autre de la frontière. La croissance rapide de la population et l'étalement urbain observés dans les villes frontalières devraient inciter les États et leurs partenaires à investir durablement dans l'accompagnement de ces dynamiques s'ils souhaitent tirer bénéfice des économies d'agglomérations.

- Au plan national, l'enjeu des politiques de développement est de réduire la distance qui sépare les villes frontalières des autres nœuds du réseau urbain afin de minimiser les inconvénients liés à leur marginalisation géographique et de favoriser la cohésion nationale. Le développement des villes frontalières est indissociable des politiques nationales visant à projeter l'autorité et les services de l'État sur l'ensemble du territoire national.

- Au niveau international, les politiques de développement doivent continuer à réduire les frictions qui touchent les 32 000 kilomètres de frontières terrestres qui divisent les États d'Afrique de l'Ouest. Cet objectif peut être atteint en facilitant la mobilité des biens, des personnes, du capital et des idées à courte et longue distance. Ainsi, les corridors de transport, les ports secs, les postes de contrôle juxtaposés, les zones de libre-échange et les pipelines actuellement implémentés par les organisations régionales et les États, devraient être davantage soutenus par les politiques de développement.

© CSAO/OCDE

Entreprises, cohésion nationale et intégration régionale

Ce chapitre analyse la géographie des entreprises formelles actives dans les secteurs de la logistique et du transit, du transport, des services maritimes et du commerce international. Au niveau de l'Afrique de l'Ouest, l'analyse montre que ces activités sont concentrées dans les capitales économiques plutôt que dans les espaces frontaliers. L'exemple du Mali confirme l'hyperconcentration des entreprises dans les quartiers centraux de Bamako ainsi que la faible participation féminine aux activités économiques formelles dans les domaines liés à l'intégration régionale. Ces résultats illustrent la difficulté qu'ont de nombreux pays ouest-africains à distribuer le potentiel de développement économique sur l'ensemble du territoire national et les effets des disparités internes sur la cohésion nationale.

Une géographie des entreprises formelles en Afrique de l'Ouest

Les échanges économiques entre pays ouest-africains passent par un certain nombre d'entreprises formelles et informelles qui jouent un rôle crucial dans le processus d'intégration régionale. Ces entreprises facilitent notamment les flux des produits agricoles entre régions excédentaires et déficitaires ou les échanges de bétail entre les pays du Sahel et le golfe de Guinée. Elles sont également actives dans le commerce international qui relie l'Afrique de l'Ouest au marché mondial. Leurs contacts avec l'Europe, l'Amérique du Nord, le Moyen-Orient ou l'Asie leur permettent d'alimenter les grands centres urbains en produits manufacturés ou de fournir en céréales importées un nombre croissant de consommateurs ouest-africains. Enfin, c'est grâce à ces entreprises que les exportations ouest-africaines, comme les hydrocarbures, l'uranium, le fer, le cacao ou le coton, parviennent à leur destination finale, souvent en dehors du continent.

Les activités de ces entreprises influencent également la croissance démographique, la prospérité économique et la scène politique des villes frontalières, par lesquelles transitent les conteneurs des entreprises multinationales, les camions des grands commerçants et les chargements plus modestes des vendeurs locaux. Sans ces flux de textiles, de voitures d'occasion,

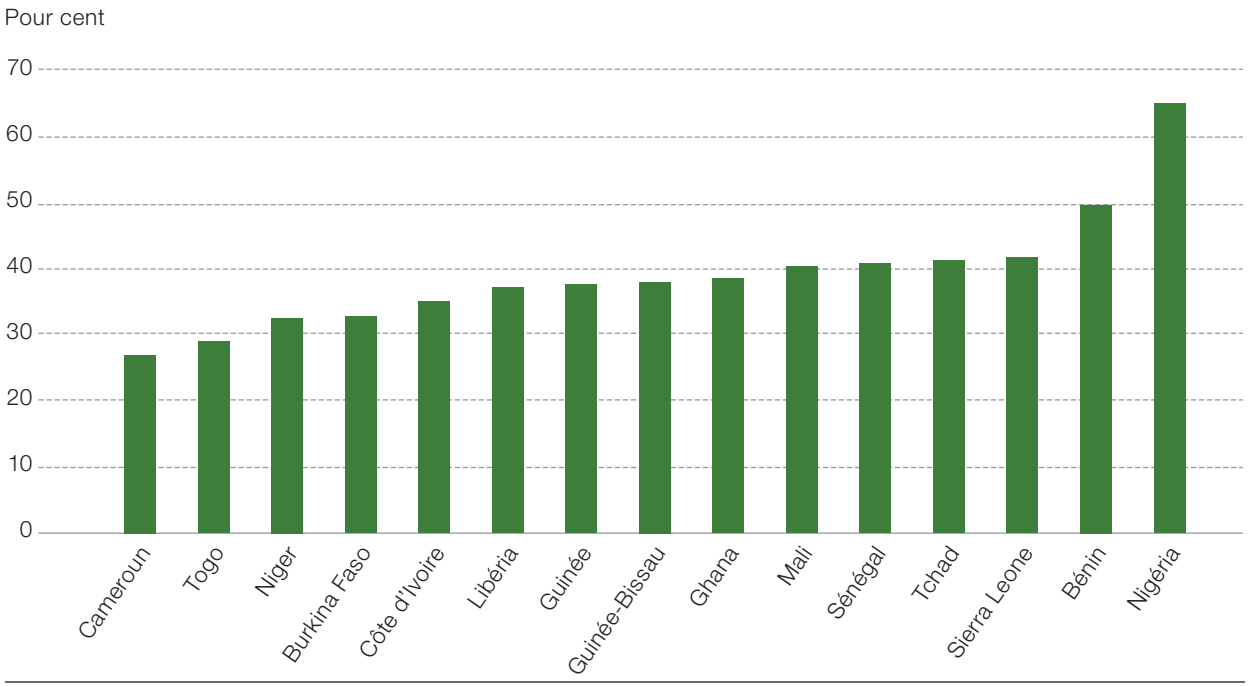
 © CSAO/OCDE

d'oignons, de ciment ou de produits maraîchers, les villes frontalières perdent une grande partie de leur attractivité pour les opérateurs marchands et de leurs recettes fiscales pour les autorités publiques.

Ce chapitre cartographie les entreprises spécialisées dans des secteurs économiques particulièrement importants pour l'intégration régionale, comme la logistique et le transit, le transport routier et ferroviaire de marchandises, les services maritimes et le commerce international. Cette analyse régionale est conduite sur les entreprises formelles dont le siège social et la nature des activités sont clairement renseignés dans les registres nationaux. Elle permet de mesurer la dispersion géographique des entreprises dans l'espace national et de mettre en évidence les effets de la distance entre les capitales et les villes frontalières.

Les entreprises informelles actives dans le commerce transfrontalier, particulièrement nombreuses dans les régions frontalières ouest-africaines, ne sont pas comptabilisées du fait de l'impossibilité de les localiser de manière exhaustive sur l'ensemble de la région. La contribution du secteur informel demeure cependant importante dans l'économie ouest-africaine. Ce secteur représente au moins entre 40 % et 50 % du Produit intérieur brut au Bénin, au Mali, au Sénégal, en Sierra Leone et au Tchad, et plus de 60 % au Nigéria (Graphique 1.1), comparé à une moyenne de 17 % dans les pays de l'OCDE

Graphique 1.1
Poids de l'économie informelle dans le PIB, 2010–14



Note : données manquantes pour la Gambie et le Cabo Verde.
Source : FMI 2017

© CSAO/OCDE

(FMI, 2017). Cette forte proportion de l'informel, probablement sous-évaluée, trouve son origine dans la faible capacité d'absorption du secteur formel, les faibles niveaux de formation qui encouragent l'entreprise individuelle dès le plus jeune âge et la faible capacité des États à promouvoir l'enregistrement des activités économiques. Loin d'être uniquement une stratégie de survie, le secteur informel représente également une opportunité d'échapper aux réglementations du travail et aux taxes, particulièrement dans les régions frontalières.

Secteurs d'activité et intégration régionale

Les entreprises formelles étudiées appartiennent à quatre grands secteurs d'activité qui contribuent au processus d'intégration régionale :

1. La logistique et le transit, qui regroupent les entreprises travaillant dans la gestion des flux de marchandises dans la région et avec le reste du monde, y compris les activités dédiées au passage des frontières.

2. Le transport, qui regroupe les transporteurs routiers et ferroviaires. Les activités des compagnies aériennes ne sont pas prises en considération du fait de l'impossibilité de distinguer entre les flux régionaux et les flux intercontinentaux.

3. Les services maritimes, qui concernent les activités de manutention et de transit particulières aux ports ainsi que les services dédiés aux compagnies maritimes.

4. Le commerce international, qui comprend les entreprises actives dans l'importation et l'exportation. Les activités de distribution locale ou de vente au détail ne sont pas prises en considération du fait de leur dimension transfrontalière impossible à évaluer.

Dans chaque pays, une liste des entreprises appartenant à ces secteurs est constituée sur la base des registres nationaux existants (Notes ouest-africaines n° 20). Ces registres ne renseignent pas toujours de manière suffisamment précise sur le secteur d'appartenance des entreprises. En outre, lorsque les secteurs sont répertoriés, leur nomenclature n'est pas identique selon les pays. Pour pallier à ces insuffisances, le secteur des entreprises est standardisé pour l'ensemble des pays. Chaque entreprise est ensuite localisée à l'aide de coordonnées géographiques.

L'Afrique de l'Ouest compte plus de 472 000 entreprises formelles dont 12 652 (3 %) sont actives dans des secteurs économiques considérés comme importants pour l'intégration régionale en 2016 (Tableau 1.1). Même dans une région aussi tournée vers le commerce que l'Afrique de l'Ouest, la plupart des entreprises formelles desservent un marché local, voire national. Rares

 © CSAO/OCDE

Tableau 1.1

Nombre d'entreprises formelles et qualité des données par pays et par type, 2016

Pays	Total des entreprises formelles	Entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale	Part des entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale (%)	Qualité des données
Nigéria	326 410	6 506	2.0	Bonne
Mali	42 646	2 360	5.5	Excellente
Ghana	23 379	786	3.4	Bonne
Burkina Faso	3 370	544	16.1	Bonne
Côte d'Ivoire	34 658	433	1.2	Moyenne
Togo	19 766	375	1.9	Moyenne
Sénégal	7 141	328	4.6	Moyenne
Bénin	2 770	275	9.9	Moyenne
Tchad	2 099	258	12.3	Moyenne
Niger	8 779	236	2.7	Moyenne
Cabo Verde	1 526	187	12.3	Moyenne
Mauritanie	-	125	-	Insuffisante
Guinée	-	105	-	Insuffisante
Libéria	-	51	-	Insuffisante
Guinée-Bissau	-	46	-	Insuffisante
Sierra Leone	-	31	-	Insuffisante
Gambie	-	9	-	Insuffisante
Grand Total	**472 544**	**12 655**	**2.7**	

Note : Il n'existe pas de base de données exhaustive en Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, au Libéria, en Mauritanie et en Sierra Leone qui permettent de chiffrer le nombre total d'entreprises tous secteurs confondus.
Source : registres nationaux (Notes ouest-africaines nº 20)

© CSAO/OCDE

sont celles qui possèdent les compétences et les finances nécessaires pour desservir le marché régional. Ainsi, dans la plupart des pays disposant de registres nationaux exhaustifs, moins de 10 % des entreprises formelles peuvent être considérées comme actives dans le commerce et les transports. Cette proportion est particulièrement faible au Nigéria (2 %), où se concentrent pourtant 69 % des entreprises de la région et plus de la moitié des entreprises actives dans le domaine de l'intégration régionale. Elle n'est supérieure à 10 % qu'au Burkina Faso (16 %), au Cabo Verde (12 %) et au Tchad (12 %) en raison de l'importance des activités d'import-export dans ces pays.

La géographie, le poids économique et la spécialisation de certains pays expliquent une partie des variations. Les pays disposant d'infrastructures portuaires, ferroviaires et routières développées, comme la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Nigéria, possèdent de nombreuses entreprises spécialisées dans le commerce international, par exemple. La qualité des données disponibles contribue également à expliquer ces différentiels nationaux. Certains pays disposent d'une base de données exhaustive, comme le Burkina Faso, le Ghana, le Mali et le Nigéria, tandis que dans d'autres pays, l'absence de registres nationaux ne permet pas de dresser un panorama exhaustif des entreprises nationales. Du fait de ces différences entre pays, l'essentiel de l'analyse porte sur les dynamiques subnationales, entre capitales et villes secondaires, plutôt que sur des comparaisons internationales.

Plus de six entreprises sur dix travaillent en rapport avec le commerce international, de loin le secteur le plus représenté avec presque 8000 entreprises, suivi de la logistique et du transit avec environ 3000 entreprises (23 %). Seule une entreprise sur dix appartient au secteur du transport tandis que les services maritimes, plus spécialisés, sont encore moins représentés avec 500 entreprises, soit 4 % du total (Tableau 1.2).

Les capitales concentrent l'essentiel des entreprises

Les entreprises actives dans le processus d'intégration régionale sont fortement concentrées dans les capitales économiques des pays ouest-africains (Tableau 1.3). À bien des égards, la distribution géographique des entreprises actives dans le domaine de l'intégration régionale est encore plus inégale que celle de la population, marquée dans de nombreux pays par une macrocéphalie très prononcée.

Dans les pays où les fonctions économiques et politiques sont concentrées dans une seule ville, la capitale abrite une proportion très importante des entreprises. La part de la capitale économique approche 100 % au Bénin, en Gambie, en Guinée, en Guinée-Bissau, au Libéria, au Niger, au Sénégal et au Togo, tandis que Bamako, Freetown et N'Djaména en concentrent plus de neuf sur dix (Graphique 1.2).

© CSAO/OCDE

Tableau 1.2
Nombre d'entreprises formelles par pays et par secteur, 2016

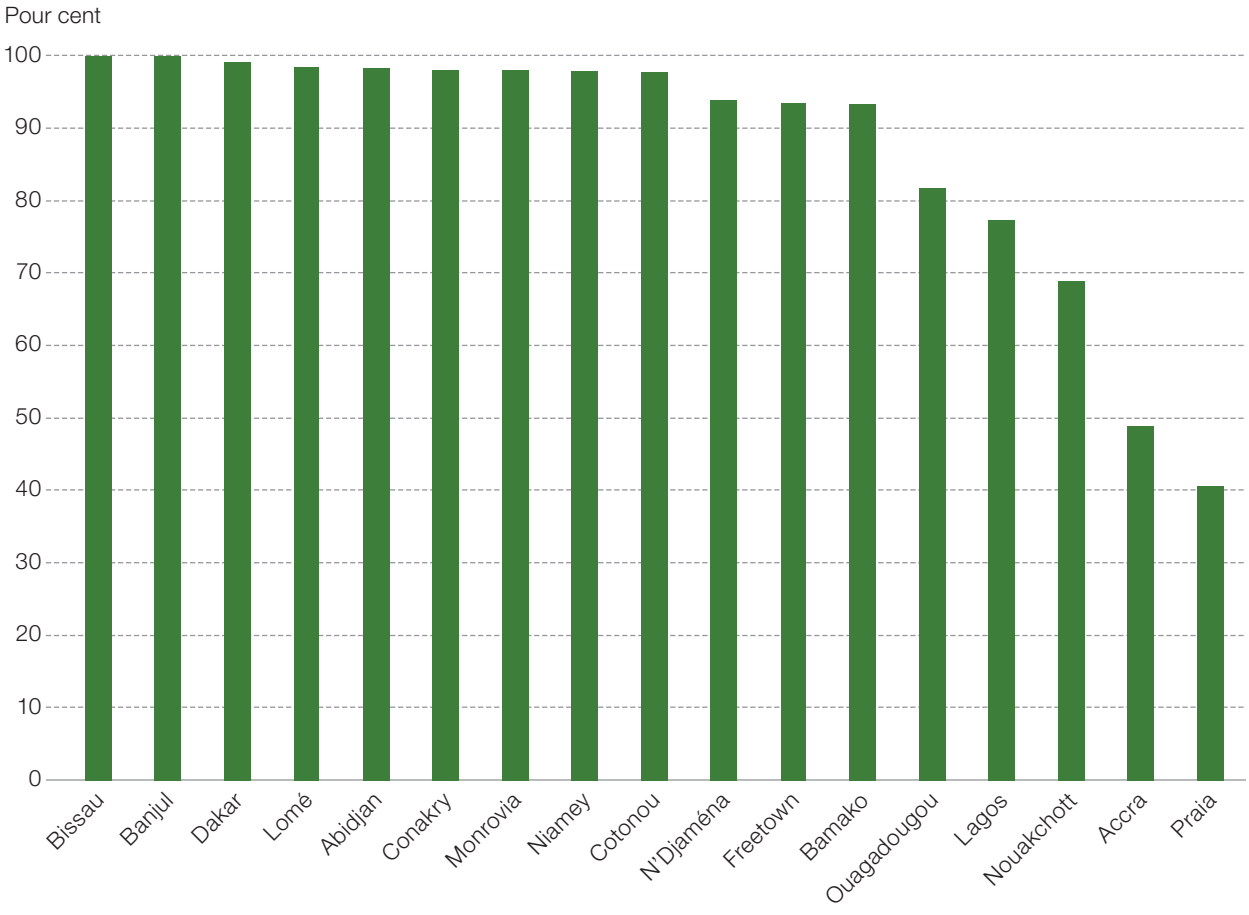
Pays	Logistique et transit	Transport	Services maritimes	Commerce international	Total
Bénin	51	22	20	182	**275**
Burkina Faso	2	135		407	**544**
Cabo Verde	8	7	4	168	**187**
Côte d'Ivoire				433	**433**
Gambie				9	**9**
Ghana	335	9	45	397	**786**
Guinée				105	**105**
Guinée-Bissau				46	**46**
Libéria				51	**51**
Mali	335	507	3	1 515	**2 360**
Mauritanie	9	39		77	**125**
Niger	55	21		160	**236**
Nigéria	1 998	428	405	3 675	**6 506**
Sénégal	103	41	21	163	**328**
Sierra Leone	1			30	**31**
Tchad	37	68	2	151	**258**
Togo				375	**375**
Total	**2 934**	**1 277**	**500**	**7 944**	**12 655**

Source : registres nationaux (Notes ouest-africaines nº 20)

En Mauritanie, Nouakchott est concurrencée par Nouadhibou, où se trouvent des entreprises liées au commerce international et maritime. Au Ghana, la part moins importante d'Accra s'explique par le fait que nombre d'entreprises sont en réalité installées dans le port voisin de Tema. Regroupées, ces deux villes comptabilisent alors 644 entreprises contre seulement 45 à Kumasi, la métropole ashanti de l'intérieur du pays. Une forte primatie de la capitale économique par rapport à la capitale politique est visible au Nigéria où Lagos accueille plus de 5 000 entreprises, soit 77 % de l'ensemble du pays et 40 % de toute la région, contre seulement 61 à Abuja. Ce constat est également

© CSAO/OCDE

Graphique 1.2
Part de la capitale économique dans le nombre d'entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale, 2016



Sources : registres nationaux (Notes ouest-africaines nº 20)

valable entre Abidjan (425 entreprises) et Yamoussoukro (0) ainsi qu'entre Lomé (369) et Porto-Novo (1). L'archipel du Cabo Verde est le seul pays dans lequel la distribution est relativement équilibrée, entre la capitale Praia et les villes de Mindelo et Espargos, spécialisées dans les activités portuaires.

L'inégale distribution géographique des entreprises formelles est visible sur la Carte 1.1, qui fait apparaître, outre le rôle des capitales, une profonde césure entre les ports du golfe de Guinée et les grands centres urbains du Sahel. À l'exception du Nigéria où le réseau urbain est diversifié, très peu d'entreprises actives dans le domaine de l'intégration régionale sont situées dans l'espace soudanien qui est, certes, traversé par des flux importants de biens et de personnes mais qui compte peu de grandes métropoles.

Le poids des capitales économiques ouest-africaines s'explique notamment par des facteurs historiques. Durant la période coloniale, les capitales servent

© CSAO/OCDE

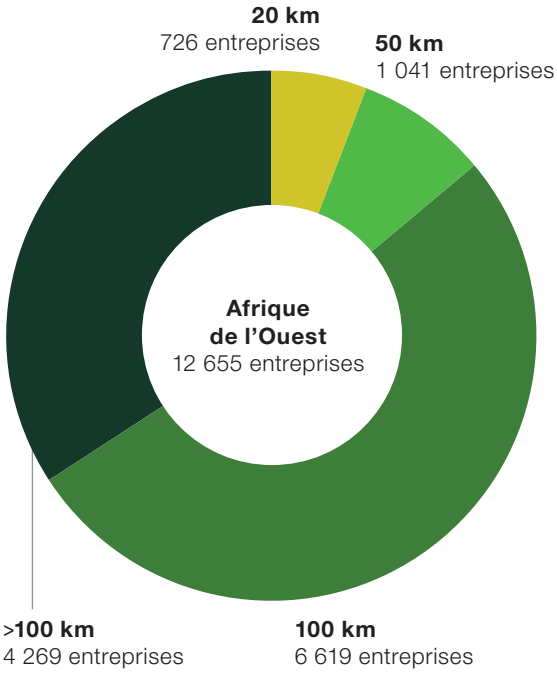
tout à la fois de centres administratifs et de carrefours commerciaux, en particulier les villes du golfe de Guinée d'où partaient les principaux axes ferroviaires vers l'intérieur des colonies. En concentrant politique et affaires dans un nombre restreint de villes souvent créées de toutes pièces, le mode d'occupation de l'espace colonial renforce les disparités territoriales internes de l'Afrique de l'Ouest, déjà importantes du fait des faibles densités, des distances considérables et des divisions territoriales.

Le poids démographique et économique des capitales vis-à-vis des centres urbains plus anciens s'accentue au cours de la période postcoloniale. La création de nouvelles capitales, comme Abuja au Nigéria ou Yamoussoukro en Côte d'Ivoire, entraîne certes un déplacement des fonctions politiques, mais ne ralentit pas le développement démographique et économique des villes primatiales (Notes ouest-africaines n° 21). La capitale constitue un environnement urbain sans équivalent dans le reste du pays du fait des investissements, des fonctions supérieures et des infrastructures qui lui sont propres. Elle fonctionne comme une vitrine politique pour les gouvernements et comme une porte d'entrée et de sortie pour les flux humains et matériels qui relient le pays au reste du monde. C'est également dans la capitale que se joue le devenir des villes frontalières, qui sont plus que les autres, soumises aux aléas des réglementations douanières, des fermetures de frontières, des embargos et des conflits internationaux.

Peu d'entreprises formelles dans les villes frontalières

Plus de la moitié (52 %) des 12 655 entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale sont localisées à moins de 100 kilomètres d'une frontière (Graphique 1.3). Cette forte proportion doit néanmoins être relativisée dans la mesure où ce critère de distance inclut huit capitales économiques dont les activités ne dépendent pas exclusivement du commerce ou du transport transfrontalier (Bissau, Conakry, Cotonou, Freetown, Lagos, Lomé, N'Djaména et Niamey). Le nombre d'entreprises situées à plus proche distance des frontières décroît rapidement : seul un millier d'entre elles (8 %) se situe à moins de 50 km et 3 % seulement à 20 km, soit moins de 400 entreprises. Ces résultats indiquent

Graphique 1.3
Nombre d'entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale selon la distance aux frontières, 2016



Source : registres nationaux (Notes ouest-africaines n° 20)

© CSAO/OCDE

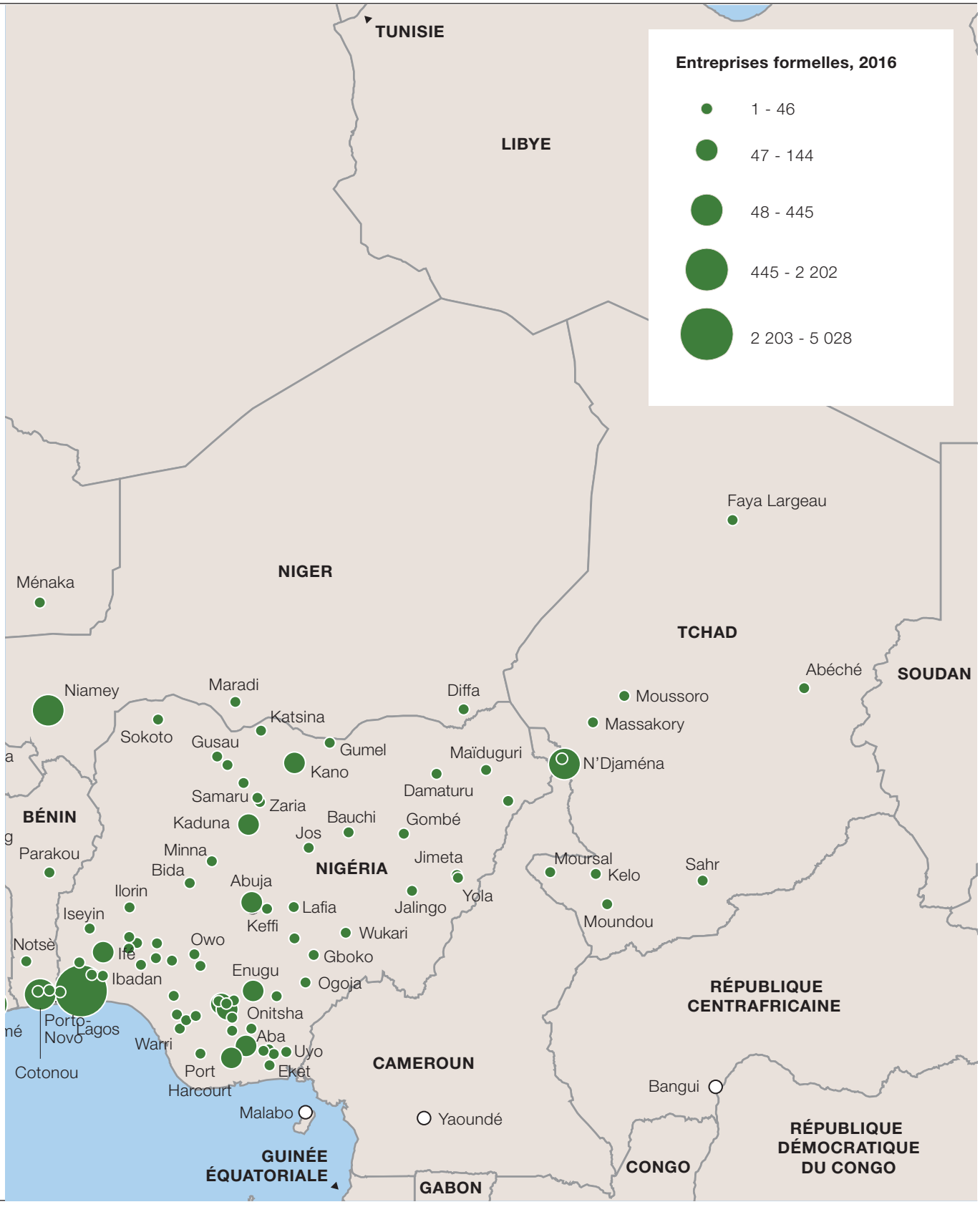
Carte 1.1

Entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale par ville, 2016



Note : par souci de lisibilité, les noms des villes ne sont pas tous indiqués. Sources : registres nationaux (Notes ouest-africaines n° 20)

© CSAO/OCDE


Entreprises formelles, 2016
1 - 46
47 - 144
48 - 445
445 - 2 202
2 203 - 5 028
TUNISIE
LIBYE
NIGER
TCHAD
SOUDAN
BÉNIN
NIGÉRIA
CAMEROUN
RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
CONGO
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
GABON
GUINÉE ÉQUATORIALE
Faya Largeau
Ménaka
Abéché
Moussoro
Massakory
N'Djaména
Niamey
Maradi
Diffa
Katsina
Sokoto
Gusau
Gumel
Kano
Maïduguri
Damaturu
Samaru
Zaria
Kaduna
Bauchi
Gombé
Jos
Parakou
Minna
Bida
Jimeta
Yola
Abuja
Ilorin
Lafia
Jalingo
Iseyin
Keffi
Wukari
Notsè
Owo
Ife
Gboko
Ibadan
Enugu
Ogoja
Onitsha
Porto-Novo
Lagos
Aba
Warri
Uyo
Cotonou
Port Harcourt
Eket
Malabo
Yaoundé
Moursal
Kelo
Sahr
Moundou
Bangui

© CSAO/OCDE

Tableau 1.3
Villes comptant le plus d'entreprises actives dans le domaine de l'intégration régionale selon la distance aux frontières, 2016

	20 km		50 km		100 km		> 100 km		Afrique de l'Ouest	
1	Lomé	369	Lomé	369	Lagos	5 028	Bamako	2 202	Lagos	5 028
2	N'Djaména	242	Cotonou	269	Lomé	369	Ouagadougou	445	Bamako	2 202
3	Calabar	40	N'Djaména	242	Cotonou	269	Abidjan	425	Ouagadougou	445
4	Nouadhibou	38	Calabar	40	N'Djaména	242	Accra	384	Abidjan	425
5	Falémé	12	Nouadhibou	38	Niamey	231	Dakar	325	Accra	384
6			Katsina	15	Conakry	103	Téma	260	Lomé	369
7			Falémé	12	Bissau	46	Onitsha	144	Dakar	325
8					Calabar	40	Aba	140	Cotonou	269
9					Nouadhibou	38	Ibadan	130	Téma	260
10					Freetown	29	Kano	130	N'Djaména	242

Note : seules les villes comptant plus de dix entreprises sont incluses.
Sources : registres nationaux (Notes ouest-africaines n° 20)

que les espaces frontaliers sont caractérisés par une absence relative des entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale, qui vivent pourtant des échanges régionaux. Cette faiblesse numérique des entreprises formelles contraste avec le foisonnement des entreprises informelles qui sont omniprésentes dans les villes frontalières.

À courte distance, les agglomérations frontalières de Lomé et N'Djaména comptent logiquement le plus grand nombre d'entreprises de même que Cotonou, située à moins de 50 km du Nigéria (Tableau 1.3). À moins de 100 km, le rôle central de Lagos, avec 5 028 entreprises, est inégalé dans la région. La seconde ville nigériane, Onitsha, ne compte que 144 entreprises, en dépit du fait que sa population est la plus importante d'Afrique de l'Ouest après Lagos.

Les entreprises qui opèrent à l'échelle régionale à partir de leur siège situé dans les capitales, ne maintiennent qu'une présence très légère dans les villes frontalières, sous la forme de représentants travaillant dans les marchés ou à proximité immédiate des services de douane. L'essentiel de leur travail s'effectue dans les bâtiments étatiques et auprès des transporteurs, ce qui ne requiert pas de grands investissements fixes de la part des entreprises.

© CSAO/OCDE

Entreprises formelles au Mali

Le Mali est le pays d'Afrique de l'Ouest qui fournit les données les plus détaillées sur le secteur, la localisation et la forme juridique des entreprises. Le genre des propriétaires de ces entreprises est également renseigné, ce qui permet d'illustrer à la fois les inégalités spatiales et sociales qui caractérisent la région.

Le poids inégalé de Bamako

Au Mali, la capitale Bamako domine de très loin la hiérarchie urbaine nationale. La population de la ville décuple de 1960 à 2000, passant de 128 000 à 1 234 000 personnes. Il est estimé que la ville comptera 3.2 millions d'habitants en 2020, soit presque la moitié de la population urbaine du Mali, contre seulement 320 000 à Sikasso et moins de 250 000 à Ségou, Koutiala et Kayes (OCDE/CSAO, 2018).

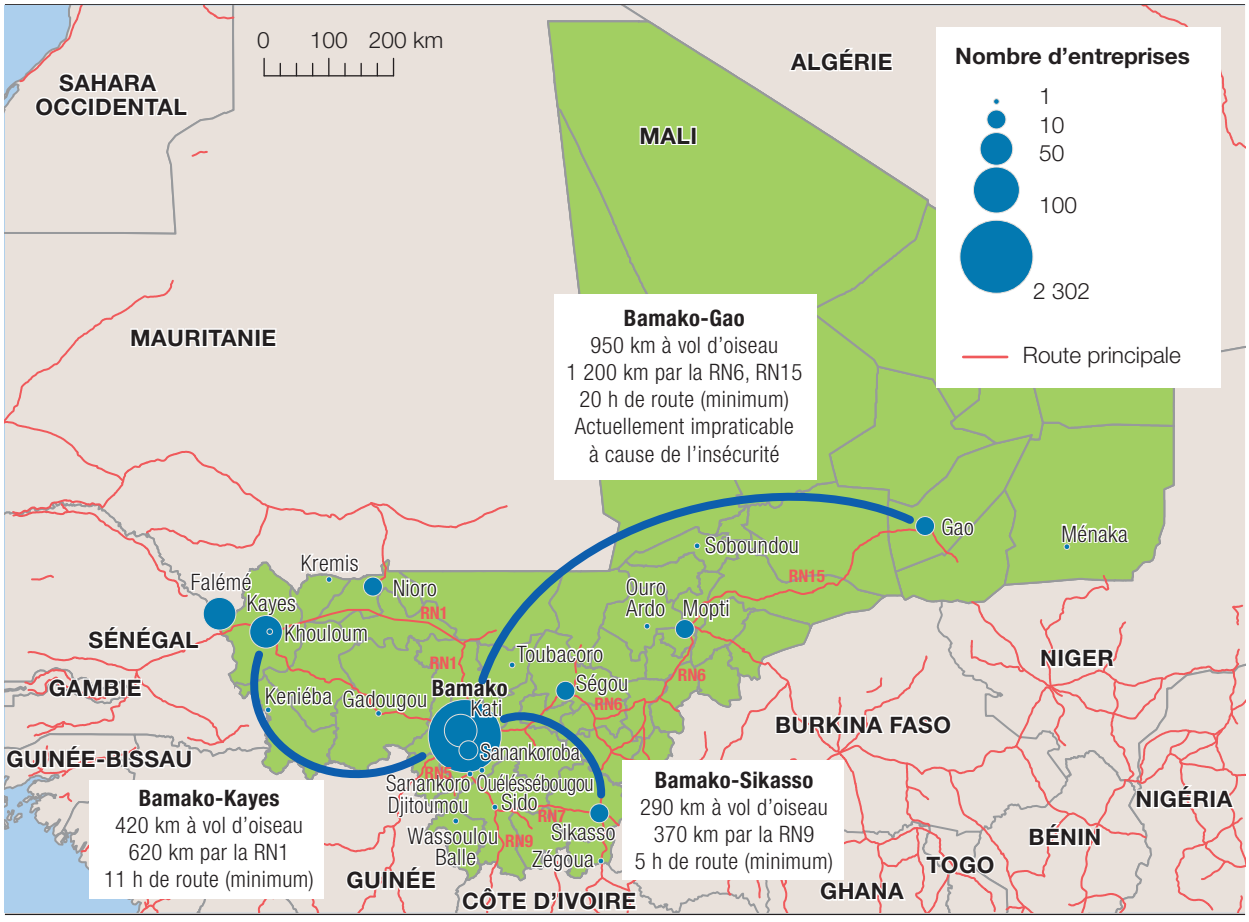
Cette dominance démographique est encore accentuée dans le domaine économique. Près de neuf entreprises formelles sur dix au Mali ont leur siège dans l'une des six communes du District de Bamako, tous secteurs économiques confondus. Cette proportion atteint 95 % si l'on prend en considération l'agglomération bamakoise, qui déborde de son périmètre institutionnel en direction de Kati vers le nord et sur la rive droite du fleuve Niger. En comparaison, le poids des villes secondaires du pays est négligeable : Kayes ne compte que 351 entreprises, Ségou 212 et Sikasso 131. La forte concentration des entreprises formelles dans la capitale signifie que l'essentiel de l'activité économique des autres villes du pays est aux mains d'entrepreneurs informels.

La capitale du Mali concentre en conséquence une part disproportionnée des entreprises actives dans les domaines cruciaux pour l'intégration régionale. Plus de neuf entreprises sur dix actives dans la logistique, le transit, le transport et le commerce international ont leur siège dans la région de Bamako (Carte 1.2). Les autres centres secondaires se situent dans la région de Kayes aux frontières du Sénégal et de la Mauritanie, où l'essentiel des entreprises travaillent dans le transit transfrontalier, ainsi que, plus marginalement, dans certains chefs-lieux de région du pays (Sikasso, Gao, Mopti).

L'hyperconcentration des entreprises formelles dans la capitale est rendue problématique par la faible densité du réseau routier et les très grandes distances à parcourir jusqu'aux principaux postes frontaliers. Il faut un minimum de cinq heures pour se rendre de Bamako à Sikasso au sud du pays dans des conditions idéales de circulation, ce qui est loin d'être le cas dans la région compte tenu de l'état du parc automobile, des contrôles routiers et de la qualité du réseau (Notes ouest-africaines n° 23). Reliée à Bamako par une route bitumée depuis une dizaine d'années seulement,

 © CSAO/OCDE

Carte 1.2
Distribution des entreprises formelles par ville au Mali, 2016



Sources : ApiMali 2017 et Google Maps 2018

la ville de Kayes se situe, quant à elle, à plus de 11 heures de route de la capitale par la Route nationale 1, alors que Gao, distante de 1 200 kilomètres de Bamako, est inaccessible depuis le déclenchement de la guerre civile en 2012.

Géographie de l'agglomération bamakoise

Dans la région urbaine de Bamako, les entreprises actives dans les domaines liés au transport, au transit, à l'import-export et à la logistique sont particulièrement nombreuses en rive droite du fleuve Niger dans les Communes V (482) et VI (560) de la ville (Carte 1.3). Cette partie de l'agglomération bamakoise a connu un développement foncier spectaculaire au cours des dernières décennies, du fait notamment de la croissance démographique, des arrangements clientélistes qui favorisent la vente de terrains périphériques et de l'épuisement des réserves foncières du District (Bertrand, 2015). Près de 44 % de toutes les entreprises formelles travaillant dans ces secteurs au Mali sont situées dans ces deux communes proches de l'aéroport international. En rive gauche, les entreprises sont également fortement concentrées dans la

© CSAO/OCDE

Tableau 1.4
Entreprises formelles actives dans le domaine de l'intégration régionale par secteur et commune, 2016

Commune	Import-Export	Logistique	Transit	Transport	Total
Bamako Commune I	109	11	15	37	172
Bamako Commune II	231	18	18	59	326
Bamako Commune III	229	7	22	53	311
Bamako Commune IV	205	21	40	96	362
Bamako Commune V	342	22	30	88	482
Bamako Commune VI	323	23	52	162	560
Total Bamako	1 439	102	177	495	2 213
Total Mali	1 526	109	203	533	2 371

Source : ApiMali 2017

Commune II (326), où se trouve la zone industrielle, aux alentours du Grand marché de la Commune III (311) et dans la Commune IV (362). Les communes périphériques de Bamako ne comptent, quant à elles, que très peu d'entreprises, à l'image de Mandé (4), Kati (11) ou Baguinéda-Camp (4).

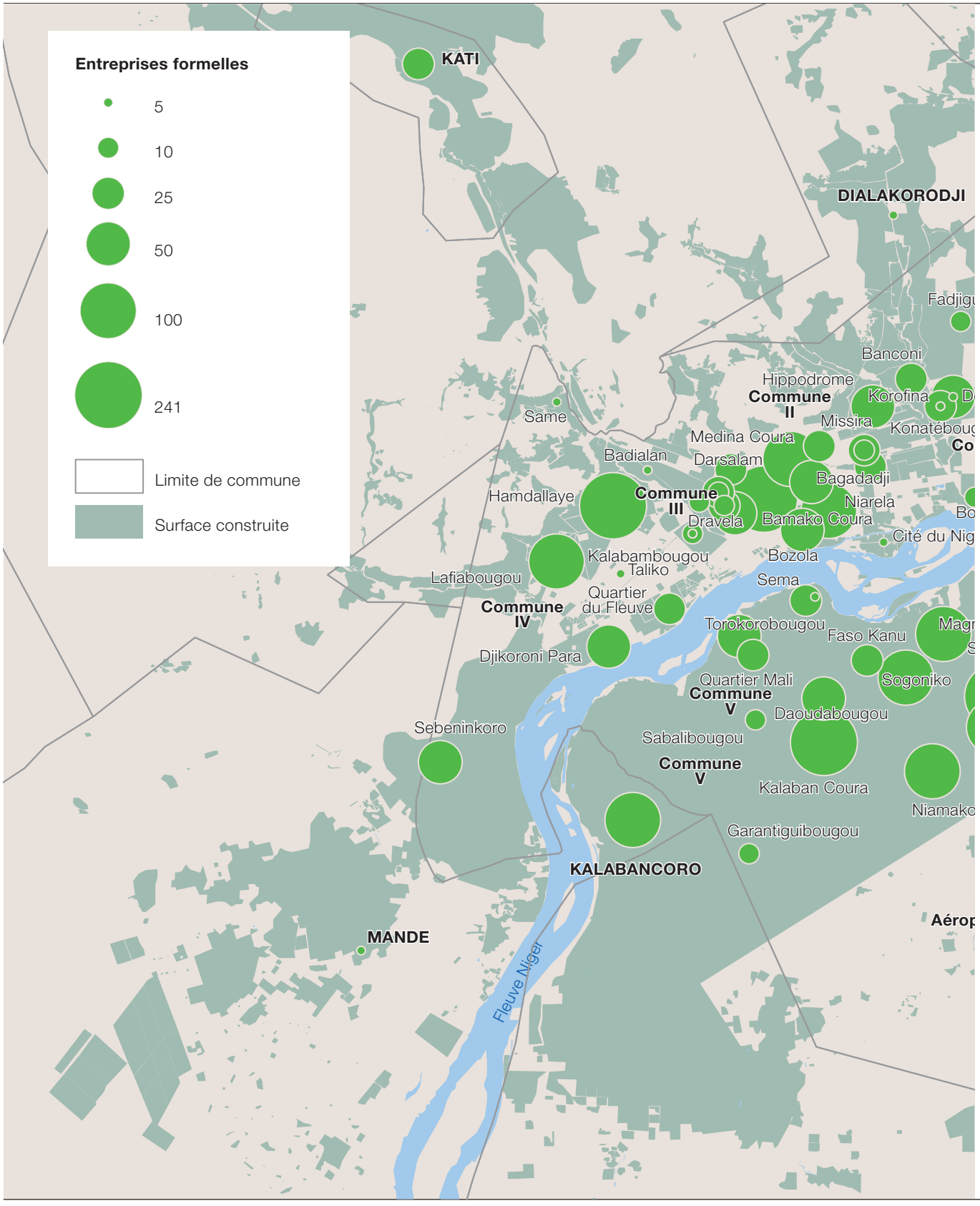
Du point de vue sectoriel, les activités d'import-export sont les plus représentées, avec plus de 65 % du total des entreprises formelles. Les six communes de Bamako accueillent la quasi-totalité des entreprises de ce secteur au Mali (Tableau 1.4), en particulier dans le sud de l'agglomération. Dans la Commune VI, ces entreprises se concentrent dans les quartiers de Faladié (80) où se trouvent la Direction générale des douanes, Magnambougou (65), Banankabougou (54) et Sogoniko (34) faisant face au fleuve Niger. La logistique et le transit sont répartis relativement également entre les communes centrales. Les activités de transport sont plutôt localisées dans les quartiers de Kalaban Coura, Baco Djicoroni et Faladié qui se trouvent à proximité des grandes infrastructures routières et aéroportuaires du sud de la capitale, ainsi que dans les quartiers d'Hamdallaye (241) et de Centre commercial (161) des Communes IV et III.

Une faible représentation féminine

Outre une très forte concentration dans la capitale, les données maliennes montrent également que les entreprises nationales sont très largement possédées par des hommes. À l'échelle du pays et tous secteurs confondus, seules 15 % des entreprises formelles appartiennent à des femmes. Les femmes

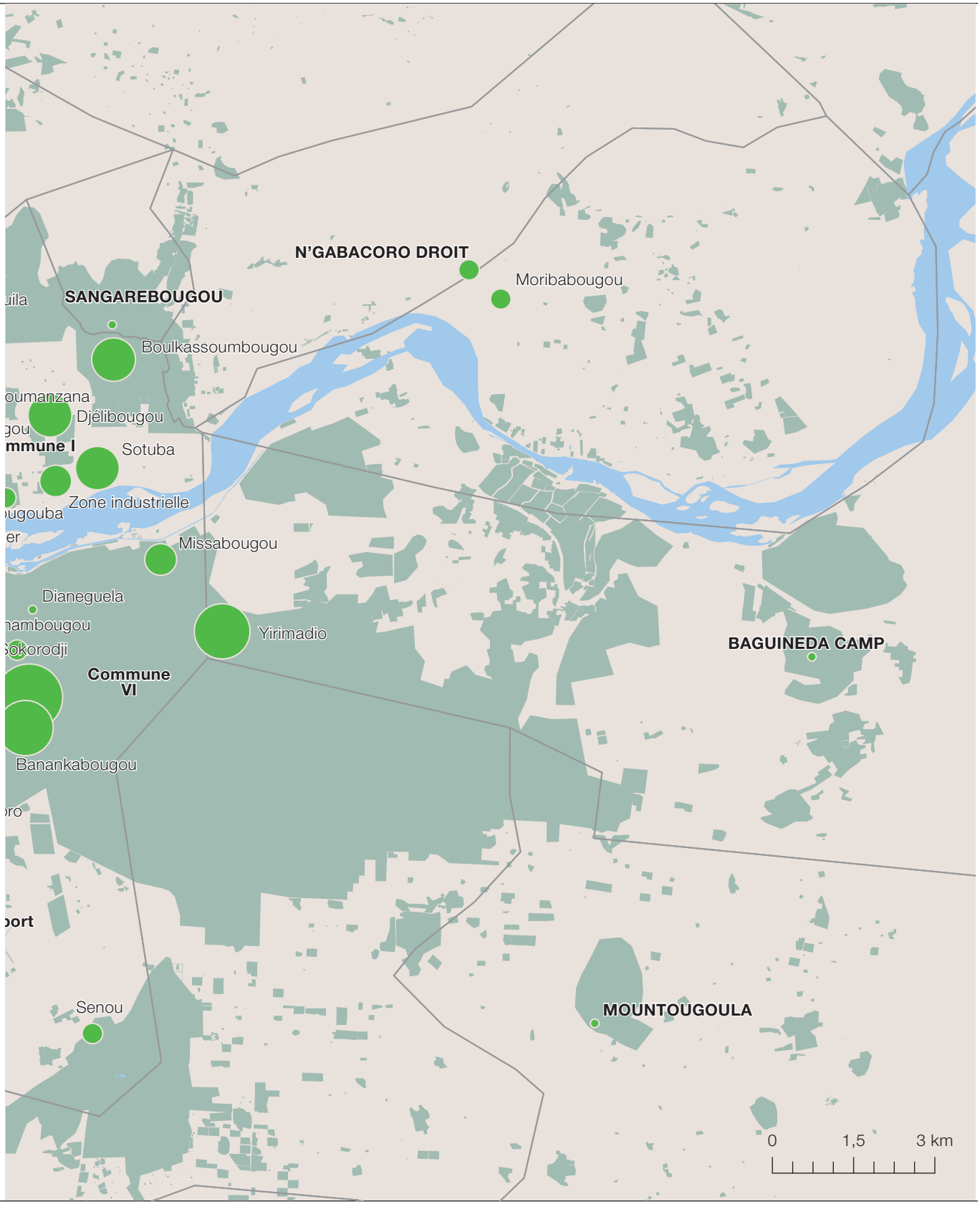
 © CSAO/OCDE

Carte 1.3
Distribution des entreprises par secteur dans la région urbaine de Bamako, 2016



Source : ApiMali 2017

© CSAO/OCDE


N'GABACORO DROIT
Moribabougou
SANGAREBOUGOU
Boulkassoumbougou
Djélibougou
Sotuba
Zone industrielle
Missabougou
Dianeguela
Yirimadio
Commune VI
Banankabougou
BAGUINEDA CAMP
MOUNTOUGOULA
Senou
0
1,5
3 km

© CSAO/OCDE

Tableau 1.5
Les dix activités les plus et les moins féminines au Mali, 2016

Forte représentation des femmes	Faible représentation des femmes
Autres activités de service (61.8)	Construction, bâtiment et travaux publics, travaux d'ingénierie (5.3)
Vente en gros ou sur commission (44.4)	Nouvelles technologies de l'information et de la communication (5.6)
Hôtels et restaurants (38.0)	Activités immobilières (5.7)
Assistance sociale et santé (31.8)	Transports, activités des auxiliaires de transport et communications (5.8)
Assainissement, ramassage d'ordures (27.2)	Activités financières (5.9)
Enseignement (25.0)	Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau (6.1)
Santé et action sociale (24.8)	Activités extractives et minières (6.9)
Activités de loisirs, culturelles et sportives (23.1)	Photographies (7.1)
Vente au détail (21.7)	Agriculture, chasse et activités de services connexes (7.6)
Éducation, formation, recherche (18.2)	Recherche et exploitation minière (8.2)

Note : la proportion des entreprises possédées par des femmes est indiquée entre parenthèses. Seuls les secteurs comptant plus de 10 entreprises et sans valeur manquante par genre, sont présentés.
Source : ApiMali 2017

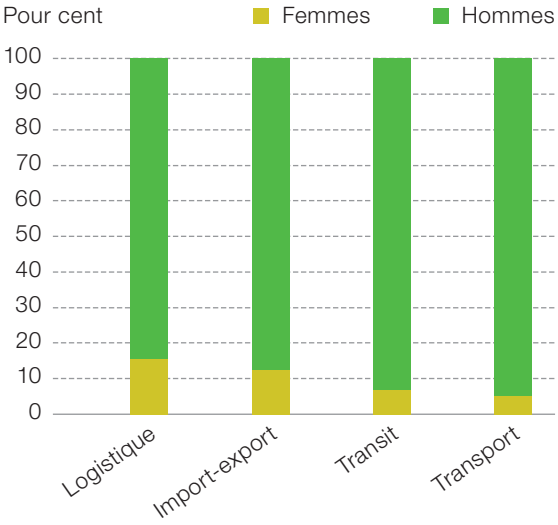
sont les plus nombreuses à posséder une entreprise dans les secteurs des services, de la vente, de la restauration et dans le domaine médico-social (Tableau 1.5). À l'inverse, la part des femmes dans les activités technologiques, la construction et les mines est très faible. Ces résultats diffèrent peu de ceux obtenus dans les pays de l'OCDE, qui montrent une surreprésentation féminine dans les métiers liés au social, à l'enseignement, aux soins médicaux et à la vente (OCDE, 2018).

Dans les secteurs considérés comme représentatifs du processus d'intégration régionale, la part des femmes est inférieure à la moyenne nationale (11.5 %) (Graphique 1.4). Les femmes sont légèrement plus représentées dans l'import-export que dans les autres secteurs du fait que nombre d'entre elles travaillent comme commerçantes, notamment à partir des grands marchés de Bamako. Toutefois huit femmes sur dix sont des commerçantes possédant une entreprise individuelle sur le plan juridique, et non une société, ce qui laisse penser que la taille moyenne de ces entreprises est relativement petite et que les femmes d'entrepreneurs emploient un personnel essentiellement familial.

© CSAO/OCDE

C'est tout particulièrement vrai dans le domaine de l'import-export où la quasi-totalité des entreprises féminines sont des établissements individuels. Les sociétés de transport, de transit et de logistique sont, quant à elles, dominées par les sociétés à responsabilité limitée.

Graphique 1.4
Genre du propriétaire des entreprises selon le secteur au Mali, 2016



Note : seules les entreprises pour lesquelles le genre est connu sont comptabilisées.
Source : ApiMali 2017

Disparités et cohésion nationale

Les activités économiques des pays ouest-africains sont très largement concentrées dans les capitales économiques, même les domaines liés à l'intégration régionale, comme le commerce international ou le transit, qui concernent en premier lieu les espaces frontaliers. Cette hyper-concentration géographique des entreprises formelles dans la capitale illustre la difficulté qu'ont de nombreux pays ouest-africains à redistribuer le potentiel de développement économique sur l'ensemble du territoire national.

Ce problème est récurrent depuis la période précoloniale. Les pouvoirs précoloniaux ont tenté de vaincre les faibles densités et les distances considérables qui caractérisent l'Afrique de l'Ouest en favorisant l'activité de réseaux marchands s'appuyant sur un ensemble de villes, sans toutefois chercher à contrôler le territoire entre elles (Lovejoy, 1980 ; Walther et al., 2015). Du fait de la faiblesse du peuplement et des moyens militaires alloués au contrôle territorial, l'autorité des États précoloniaux ne s'exerçait guère au-delà du périmètre d'influence de la capitale, même dans les États les plus centralisés comme l'Ashanti. Au Sahel en particulier, les populations vivant dans les périphéries étaient sujettes aux razzias esclavagistes ou au paiement d'un tribut aux pouvoirs centraux, sans que ceux-ci n'exercent de contrôle effectif sur ces populations.

Durant la période coloniale, la faiblesse numérique de l'administration territoriale conduit les pouvoirs coloniaux à reproduire le mode de gouvernance à distance des autorités plus anciennes (Herbst, 2002). Dans le nord du Mali, par exemple, la France délègue son pouvoir à certains groupes locaux comme les Touareg Kel Adagh et les Arabes Kounta, une pratique reprise par les gouvernements postcoloniaux jusqu'à aujourd'hui (Boilley, 1996 ; Grégoire, 2013). Le sous-investissement chronique des colonies, justifié par le principe qu'elles devaient se financer elles-mêmes, a également pour conséquence de produire un réseau routier et ferroviaire fragmenté (Debrie,

© CSAO/OCDE

2010). L'Afrique de l'Ouest hérite ainsi d'un réseau de transport plus orienté vers les marchés mondiaux que vers les connexions internes à la région du réseau, un modèle très différent du réseau parfaitement connecté que les géographes des années 60 envisagent pour la région (Taaffe et al., 1963). Incapable de surmonter les obstacles liés aux faibles densités et aux grandes distances, ce réseau ne peut contribuer efficacement à la cohésion interne des colonies.

Le réseau de transport ouest-africain n'est que marginalement complété durant la période postcoloniale. Dans les années 70, certains grands axes routiers supposés favoriser l'unité nationale d'est en ouest sont réalisés en Mauritanie (Route de l'espoir), au Niger (Route de l'unité) et au Mali (route Bamako-Gao). Ces investissements routiers sont interrompus à partir du milieu des années 80 par les politiques d'ajustement structurel qui conduisent à une substantielle réduction des investissements relatifs aux infrastructures et à une privatisation des compagnies de transport. Cette période d'austérité semble avoir pris fin au début des années 2010, avec le lancement du Programme de développement des infrastructures en Afrique (PIDA) par l'Union africaine et la mise en œuvre de plusieurs grands chantiers (Notes ouest-africaines n° 23). Ces projets portés par les organisations régionales africaines, les institutions financières internationales et soutenus par des partenariats public-privés visent à répondre à l'enclavement des pays sahéliens. Ils prévoient la construction de chaînons ferroviaires et la consolidation des relations marchandes entre grands centres urbains par l'intermédiaire de corridors de transport (Oliete Josa et Magrinyà, 2018).

L'enthousiasme soulevé par les nouveaux projets d'infrastructures régionales ne doit pas faire oublier la faible densité des réseaux existants – exception faite du Nigéria – de même que les problèmes récurrents d'entretien des infrastructures de transport. À titre d'exemple, près de 60 ans après que le Mali ait célébré son indépendance, la ville de Tombouctou n'est toujours pas reliée au reste du réseau national par une route goudronnée[1], sans parler des villes des Ifoghas comme Kidal, dont l'inaccessibilité physique précède le déclenchement de la guerre civile malienne en 2012.

Les disparités observées ou ressenties entre la capitale et ses provinces, décrites dans ce chapitre au travers des entreprises formelles, fragilisent le processus de cohésion nationale. En ralentissant les échanges internes aux pays de la région, elles créent des espaces qui échappent aux pouvoirs centraux ou qui sont gouvernés par délégation depuis la capitale. Ces disparités internes nourrissent alors certains mouvements politiques qui aspirent à une plus grande autonomie des pouvoirs centraux ou qui revendiquent un changement radical de pratiques sociales et religieuses. Ces deux tendances

1 La fin des travaux de la route Niono-Tombouctou, financés à hauteur de 197 millions d'euros par l'Union européenne, est prévue pour la fin de l'année 2018. Les attaques terroristes survenues dans la région de Soumpi en octobre 2017 et janvier 2018 ont cependant conduit à l'arrêt du chantier.

 © CSAO/OCDE

centrifuges, qui se combinent au Mali, sont susceptibles de mettre en danger l'unité et l'intégrité nationales. Les États de la région ont donc tout intérêt à les réduire au moyen de politiques plus attentives aux effets spatiaux de la croissance économique (BAD, OCDE, PNUD, 2015).

© CSAO/OCDE

Villes et coopération sanitaire trans-frontalière en Afrique de l'Ouest

Cette section analyse la distribution géographique des infrastructures de santé d'Afrique de l'Ouest et le rôle que jouent les villes frontalières dans la coopération sanitaire transfrontalière. Un indicateur inédit se concentre sur les établissements de santé dont l'envergure pourrait motiver le déplacement des populations locales et, par conséquent, favoriser la coopération institutionnelle entre villes frontalières. Au niveau national, la cartographie des infrastructures de santé montre que les villes frontalières présentent un excédent de centres médicaux et un déficit d'hôpitaux et de maternités relativement à leur population urbaine. À l'échelle régionale, l'analyse identifie plusieurs régions dans lesquelles une coopération plus étroite pourrait favoriser la mise en place d'établissements de santé transfrontaliers.

Progrès médicaux et disparités infranationales

L'Afrique subsaharienne a fait des progrès remarquables en termes de santé depuis le début des années 2000. Le taux brut de mortalité passe ainsi de 39 ‰ à 34 ‰ entre 2000 et 2015 tandis que le taux de mortalité infantile chute de 94 à 55 ‰ sur la même période (UNICEF, 2018). Des progrès importants en matière de prévention permettent également de réduire de manière significative le nombre de victimes du paludisme, passé de 764 000 à 395 000 entre 2000 et 2015, et de contenir l'épidémie du VIH/SIDA, dont le nombre de nouvelles infections a chuté de manière régulière depuis le début des années 2000 (OMS, 2017). En conséquence, l'espérance de vie moyenne a augmenté de 50 à 60 ans entre 2000 et 2015, après avoir stagné au cours de la décennie 90 (Nations Unies, 2017). Ces progrès réalisés à l'échelle du continent cachent toutefois de fortes disparités entre régions, notamment en ce qui concerne les retards et maladies infantiles qui résultent d'une mauvaise alimentation, d'infections répétées et de stimulations psychosociales inadéquates.

© CSAO/OCDE

Entre 2000 et 2015, presque tous les pays africains ont connu une réduction des niveaux absolus de retard de croissance, d'émaciation et d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans. Si cette évolution se poursuit, de nombreux pays africains atteindront les Cibles mondiales de nutrition 2015 de l'Organisation mondiale de la santé. En Afrique de l'Ouest, par exemple, le Burkina Faso, le Mali et le Sénégal ont fait des progrès considérables au cours des 15 dernières années dans ce domaine et sur la majeure partie de leur territoire (Cartes 2.1 et 2.2). Ailleurs, au Sahel, les retards de croissance, bien qu'en diminution rapide, sont toujours importants dans certaines régions (Osgood-Zimmerman et al., 2018). Le Niger, le Nigéria et le Tchad présentent ainsi de fortes disparités internes. La croissance des enfants de moins de cinq ans y est particulièrement faible sur la frontière nigéro-nigériane ainsi qu'autour du lac Tchad.

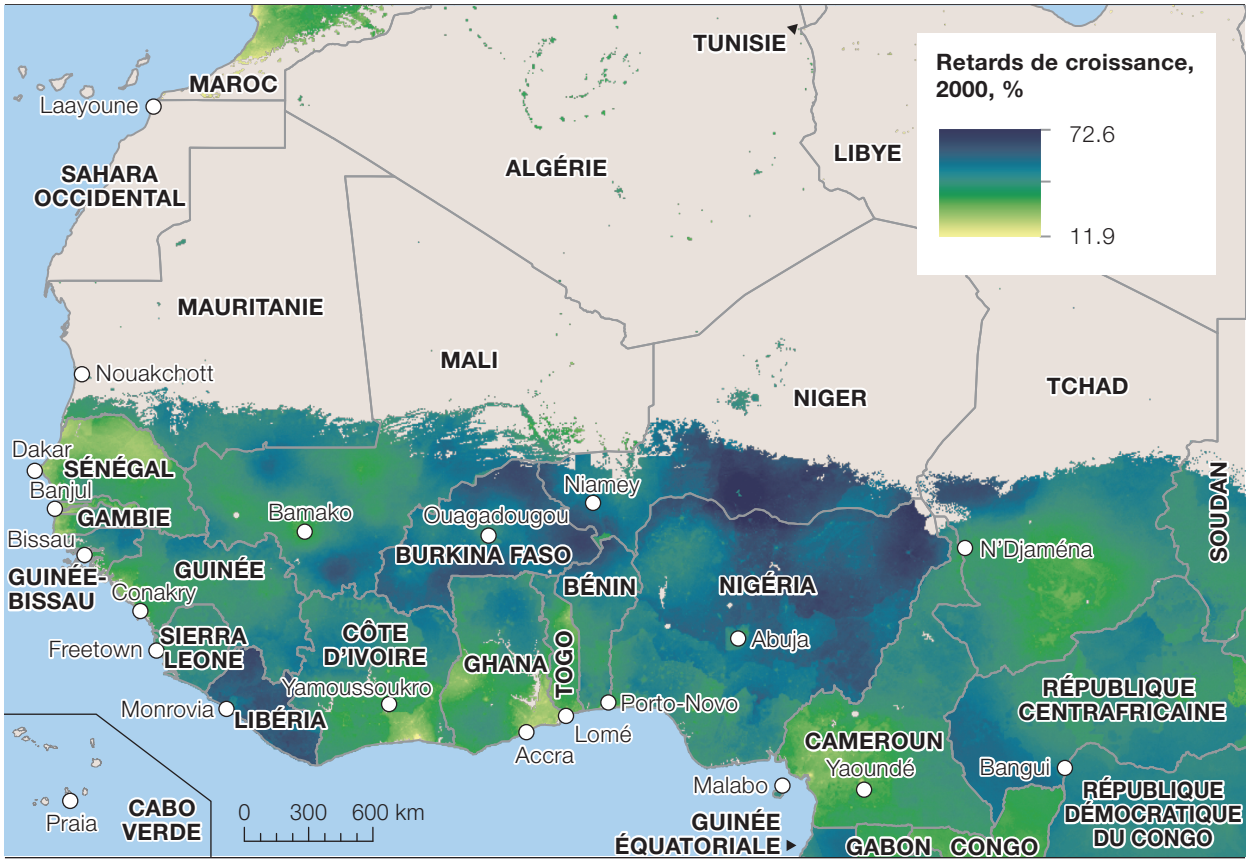
Des disparités similaires caractérisent l'évolution de la mortalité infantile depuis 2000. Bien que l'Afrique subsaharienne présente les taux de mortalité infantile les plus élevés du monde, le nombre d'enfants morts avant 5 ans a connu une diminution spectaculaire dans de nombreux pays, en particulier dans le centre et l'est du continent (Golding et al., 2017). En Afrique de l'Ouest, la situation est plus hétérogène : tandis que l'est du golfe de Guinée présente des niveaux satisfaisants, plus de 120 décès pour 1 000 naissances vivantes sont encore observés au Mali, au Tchad et en Sierra Leone en 2015 (Cartes 2.3 et 2.4). La situation sanitaire reste particulièrement préoccupante autour du lac Tchad, où le manque de médecins, de sages-femmes et de lits d'hôpitaux oblige les femmes à accoucher chez elles et les expose, ainsi que leurs enfants, à des risques supplémentaires en cas de complications (Magrin et al., 2015).

En règle générale, les plus fortes disparités de santé s'observent au sein des États plutôt qu'entre eux. Ainsi, si la mortalité infantile est de 115 pour 1 000 naissances vivantes en 2015 au Nigéria, elle est de 55 ‰ dans l'État d'Osun situé au sud-ouest du pays et de 215 ‰ dans l'État de Bauchi situé au nord-est. De la même manière, les grandes régions urbaines présentent des indices de santé nettement supérieurs aux autres régions, en particulier les capitales économiques et politiques. Abuja, Bamako, Ouagadougou, Niamey apparaissent de ce point de vue comme des îlots de développement au milieu de larges régions moins favorisées.

Les indicateurs de santé montrent aussi de remarquables continuités transfrontalières dans les régions où les données ont été récoltées à des dates et selon des protocoles identiques. En matière de retard de croissance, par exemple, des valeurs similaires sont observées entre le sud-est du Nigéria et l'ouest du Cameroun, dans le Borgou béninois et nigérian, entre l'ouest de la Côte d'Ivoire, le Libéria et la Guinée, sur le littoral ghanéen et togolais, en Sénégambie et dans le Liptako-Gourma nigérien et burkinabé en 2015 (Carte 2.2). La cartographie de la mortalité infantile met en évidence des

 © CSAO/OCDE

Carte 2.1
Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, 2000



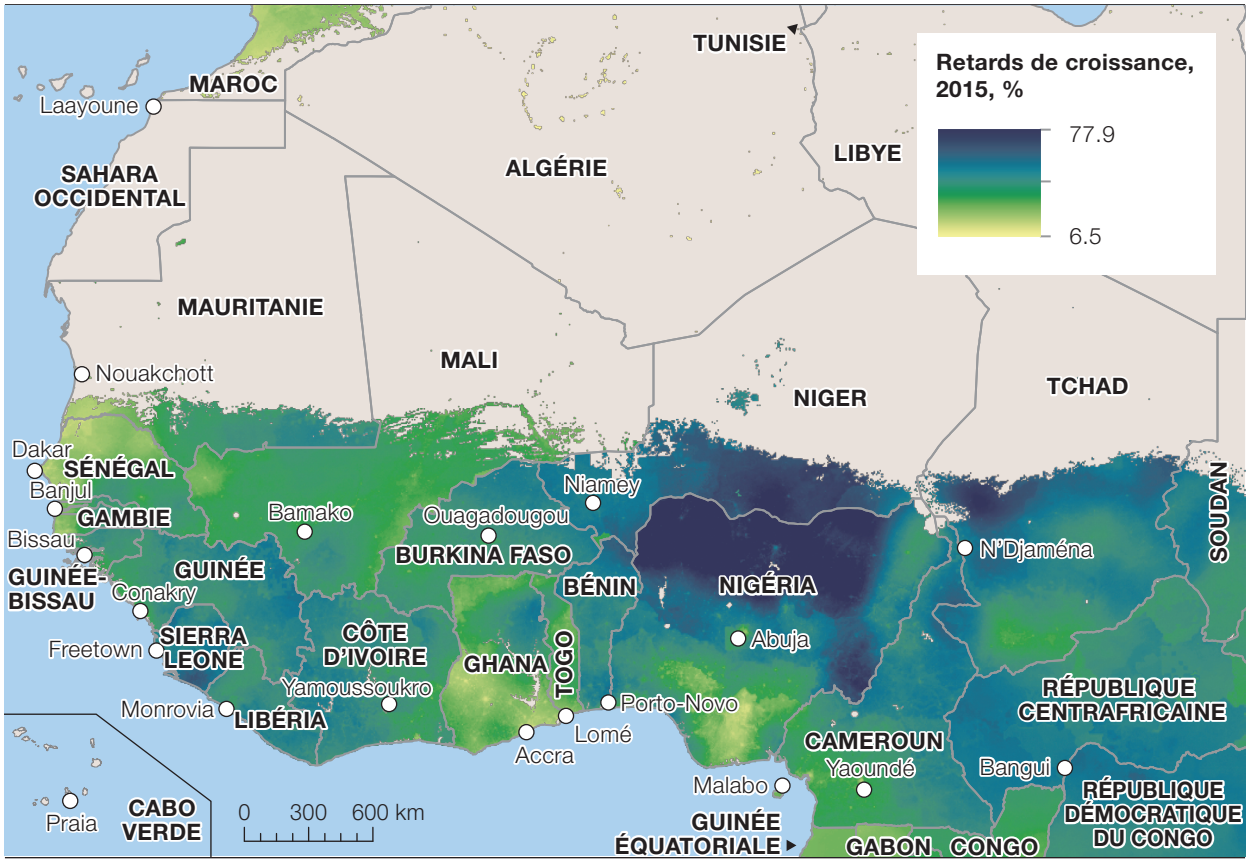
Source : adapté de Osgood-Zimmerman et al. 2018

continuités analogues, par exemple du Fouta Djalon au nord-est de la Côte d'Ivoire ou sur le littoral du golfe de Guinée (Carte 2.4).

Certains forts contrastes frontaliers observés entre pays de la région s'expliquent par des méthodes de collecte différentes. Dans certains pays, seul un échantillon de données portant sur le nombre total de décès a été récolté, tandis que d'autres pays ont réalisé plusieurs enquêtes exhaustives permettant de reconstituer le parcours biographique des enquêtés. En conséquence, certains écarts frontaliers observés ne doivent pas être considérés comme des niveaux de développement sanitaires différents mais comme des artéfacts involontaires résultant des enquêtes de terrain. C'est le cas du Nigéria, où les retards de croissance et la mortalité infantile en 2015 apparaissent supérieurs à ceux du Niger à la même époque, alors même que la couverture sanitaire nigériane est nettement supérieure à celle de son voisin du nord (Cartes 2.2 et 2.4). Des écarts similaires existent entre la Côte d'Ivoire et le Ghana et entre le Mali et la Mauritanie pour les mêmes indicateurs. Ces biais statistiques rendent d'autant plus nécessaire la construction d'une cartographie de la couverture sanitaire indépendante des définitions nationales.

© CSAO/OCDE

Carte 2.2
Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, 2015



Source : adapté de Osgood-Zimmerman et al. 2018

Une cartographie de la couverture sanitaire

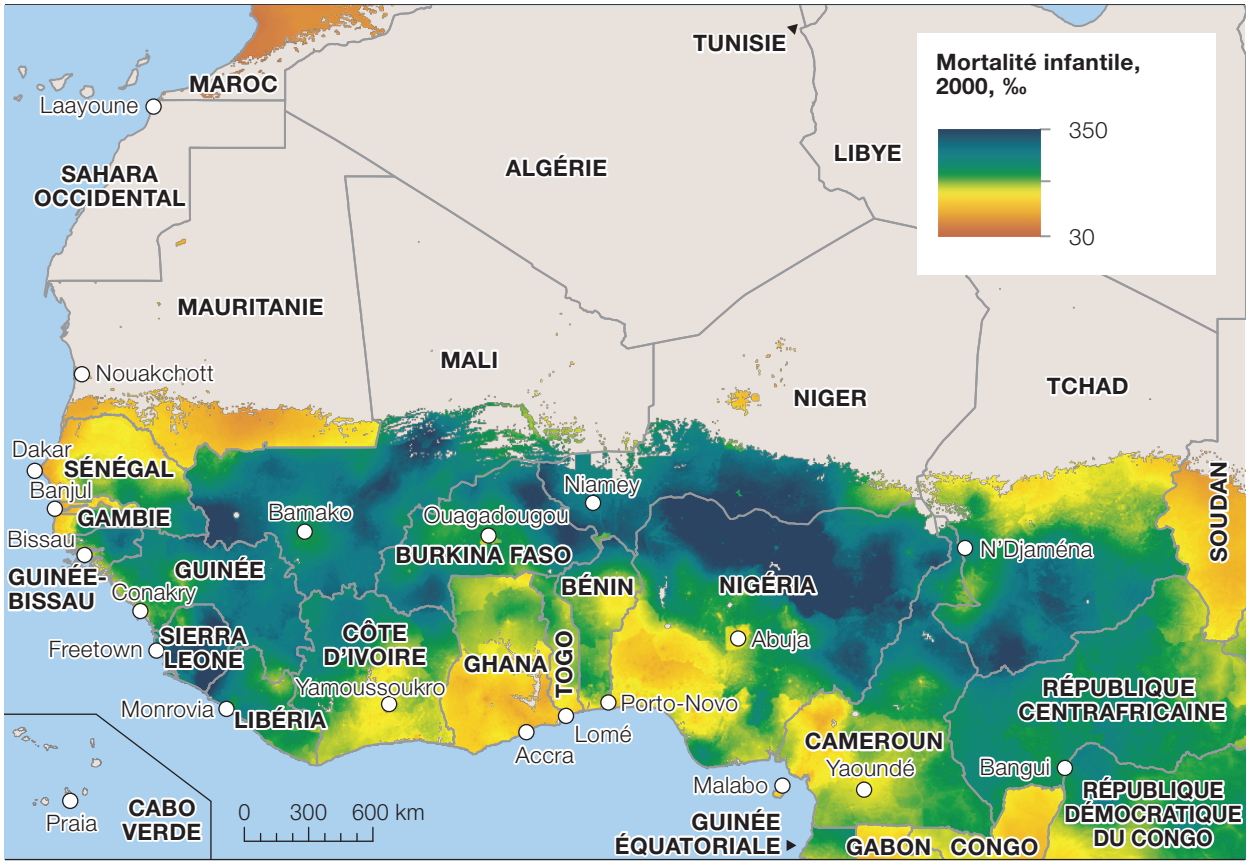
La cartographie des infrastructures de santé développée dans ce chapitre permet d'évaluer le rôle des villes frontalières dans les dynamiques nationales et régionales de santé et de mettre en évidence le potentiel de coopération transfrontalière dans ce domaine. Cet indicateur inédit analyse dans quelle mesure les villes frontalières sont plus ou moins bien équipées que le reste du territoire national avant d'identifier les villes et les régions qui pourraient faire l'objet d'une coopération transfrontalière renforcée dans le domaine de la santé.

La « carte sanitaire » des pays ouest-africains repose sur des établissements de soin offrant des services de plus en plus spécialisés à mesure que l'on s'éloigne de l'échelle locale. Quatre catégories principales d'établissements peuvent être distinguées.

- Les hôpitaux forment le niveau supérieur de la couverture nationale. D'envergure régionale ou nationale selon la taille des pays, ils comprennent les installations les plus complètes et les plus spécialisées. Les polycliniques, les centres hospitaliers régionaux et universitaires du Burkina Faso, du

© CSAO/OCDE

Carte 2.3
Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, 2000



Source : adapté de Golding et al. 2017

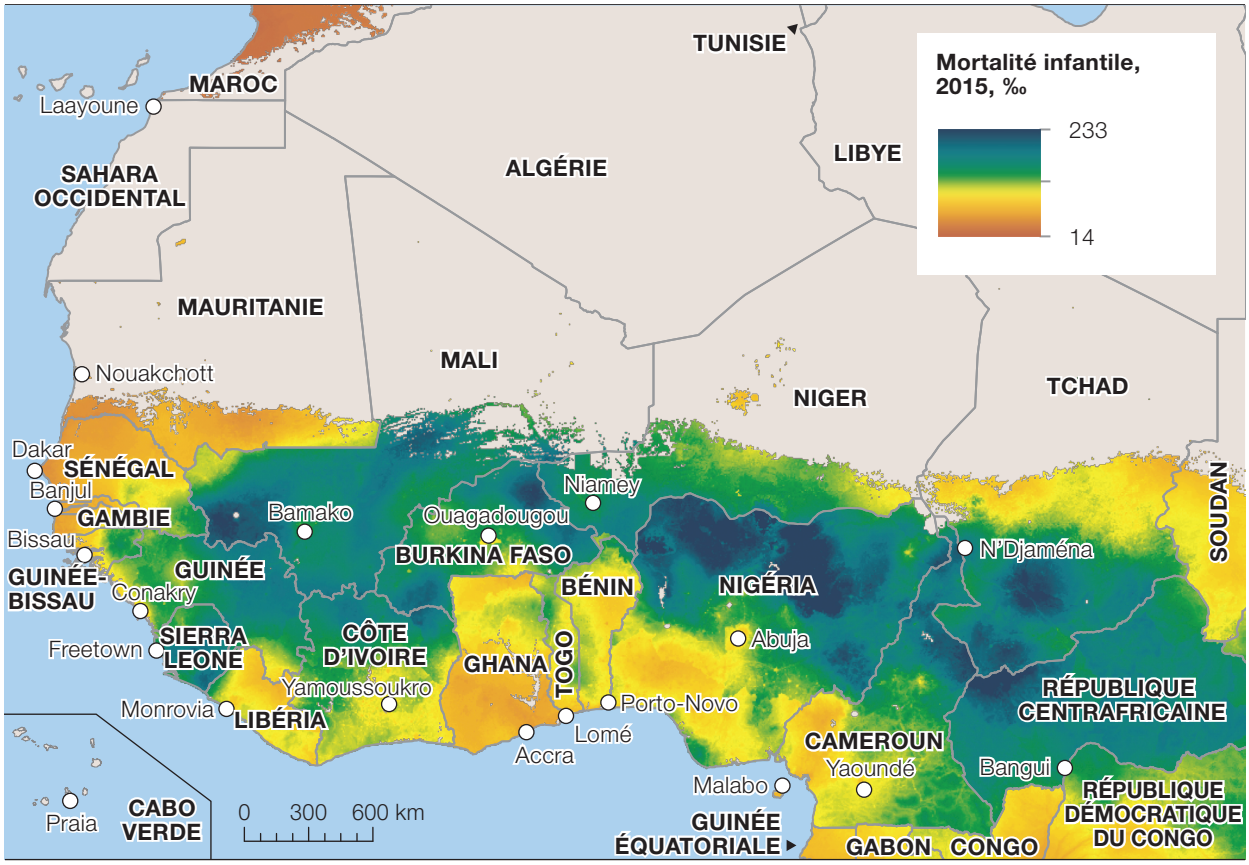
Mali et du Niger, du Tchad, ainsi que les hôpitaux régionaux, centraux et préfectoraux de Guinée entrent dans cette catégorie.

- Les maternités comprennent à la fois les établissements attachés à une structure hospitalière et les établissements indépendants. Elles sont de ce fait considérées comme des établissements de niveau supérieur.

- Les centres de santé forment le niveau intermédiaire de la hiérarchie médicale. Ces centres, qui offrent des prestations médicales variées sans toutefois pouvoir traiter les cas les plus graves, comprennent les cliniques de tous les pays (sauf au Libéria et en Sierra Leone où les *Clinics* s'apparentent à des postes médicaux), les centres de santé de référence et les centres médicaux interentreprises du Mali et du Niger, les centres de santé de commune du Bénin, les centres de santé du Tchad, les centres médicaux avec antenne chirurgicale du Burkina Faso et les centres de santé intégrés de types 1 et 2 de Côte d'Ivoire. Les hôpitaux de district du Niger, les centres hospitaliers départementaux du Bénin, les hôpitaux de districts du Tchad et les hôpitaux départementaux de Mauritanie sont compris dans cette catégorie en raison de leur envergure limitée.

© CSAO/OCDE

Carte 2.4
Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, 2015



Source : adapté de Golding et al. 2017

- Les postes de santé correspondent au niveau inférieur de la hiérarchie médicale nationale. Ils fournissent des soins de premier recours ou de proximité comme les dispensaires, les infirmeries ou les structures médico-sociales. Ces postes comprennent les centres de santé communautaires du Mali, les centres de santé d'arrondissement et unités villageoises du Bénin, les centres de santé et de promotion sociale du Burkina Faso, les cases de santé et les centres de santé intégrés du Niger, les postes de santé de Guinée et du Sénégal, les *Basic Health Centres* et *Primary Health Centres* du Ghana et du Nigéria, les centres de santé ruraux et urbains de Côte d'Ivoire, les *Community Clinics* du Ghana, les *Community Health Centres* et les *Clinics* de Sierra Leone, les centres médicaux sociaux et les *Clinics* du Libéria et les unités de soins périphériques du Togo.

Ces établissements jouent des rôles très différents dans les régions frontalières. Les hôpitaux et les maternités sont généralement bien équipés et spécialisés mais aussi peu nombreux sur le territoire national. Les populations frontalières sont théoriquement enclines à parcourir de grandes distances pour se rendre dans ces établissements de catégorie supérieure, où elles trouvent des soins adaptés, quitte à traverser une frontière. De ce fait, ces

© CSAO/OCDE

Tableau 2.1
Nombre d'établissements de santé par pays et par type, 2017

Pays	Postes	Centres	Maternités	Hôpitaux	Total
Nigéria	25 564	3 929	2 576	5 107	37 176
Côte d'Ivoire	1 458	235	62	80	1 835
Sierra Leone	1 170	298	13	99	1 580
Mali	1 189	300	6	37	1 532
Tchad	1 317	58	inconnu	22	1 397
Libéria	365	353	11	54	783
Niger	271	65	7	27	370
Burkina Faso	224	51	9	35	319
Sénégal	249	34	inconnu	19	302
Ghana	1	102	4	125	232
Bénin	66	78	8	52	204
Guinée	61	81	2	23	167
Togo	25	52	2	35	114
Mauritanie	10	24	2	15	51
Gambie	1	21	inconnu	4	26
Guinée-Bissau	inconnu	2	inconnu	7	9
Cabo Verde	inconnu	3	inconnu	3	6
Total	**31 971**	**5 686**	**2 702**	**5 744**	**46 103**

Source : Global Healthsites Mapping Project

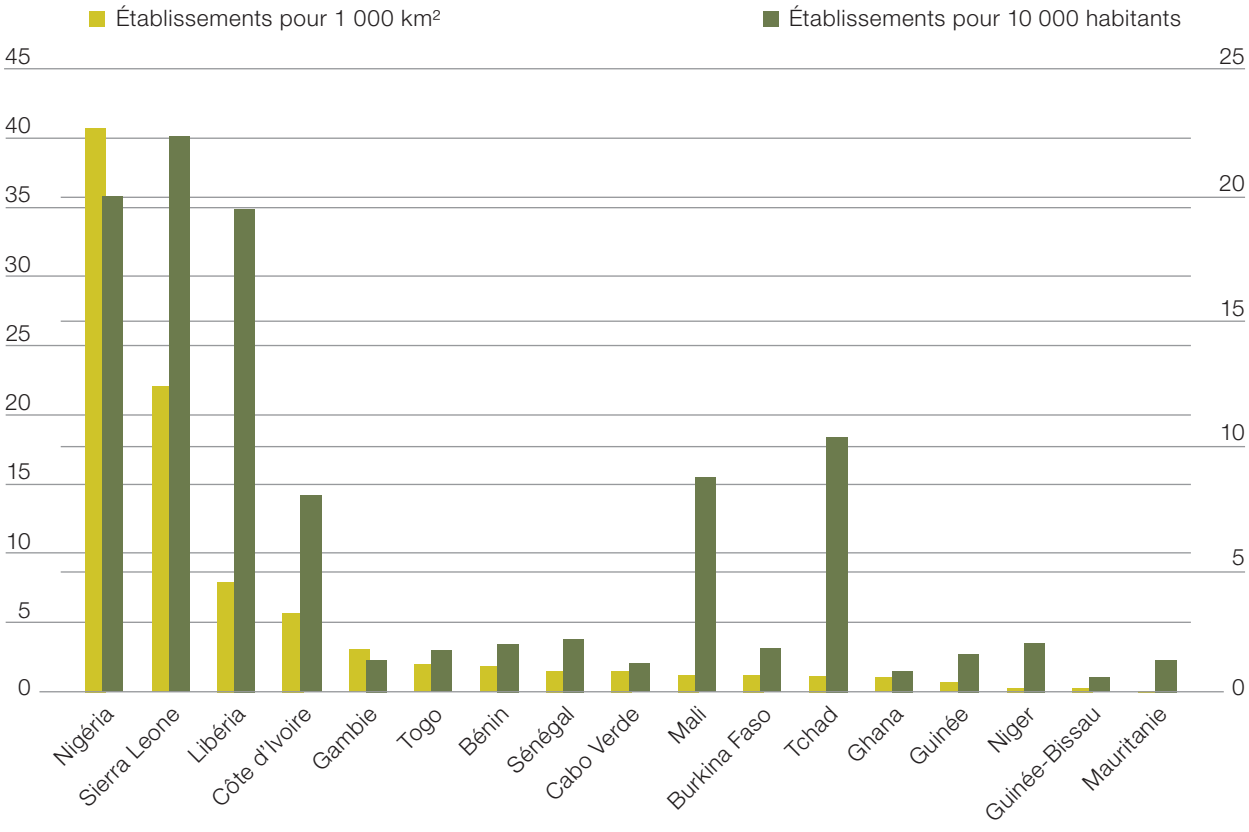
établissements possèdent un potentiel d'attraction transfrontalier supérieur aux établissements qui s'adressent essentiellement à une clientèle de proximité comme les postes de santé, et qui sont répartis de manière plus égale sur le territoire. En conséquence, les établissements de rang supérieur sont ceux pour lesquels les perspectives de coopération transfrontalière sont les plus intéressantes pour les populations locales et les plus rentables pour les États concernés.

Le Nigéria concentre huit établissements de santé sur dix

L'Afrique de l'Ouest compte au moins 46 103 établissements de santé (Tableau 2.1). Les centres de santé et les hôpitaux représentent chacun 12 %

© CSAO/OCDE

Graphique 2.1
Densité des établissements de santé par pays, 2017



Source : Global Healthsites Mapping Project

du total contre 6 % pour les maternités. Près de 32 000 établissements (69 %) sont des postes de santé équipés de manière sommaire et desservant une clientèle locale. La proportion des postes de santé par rapport aux centres de niveaux intermédiaire et supérieur, dépasse 75 % en Côte d'Ivoire, au Mali, au Sénégal et au Tchad.

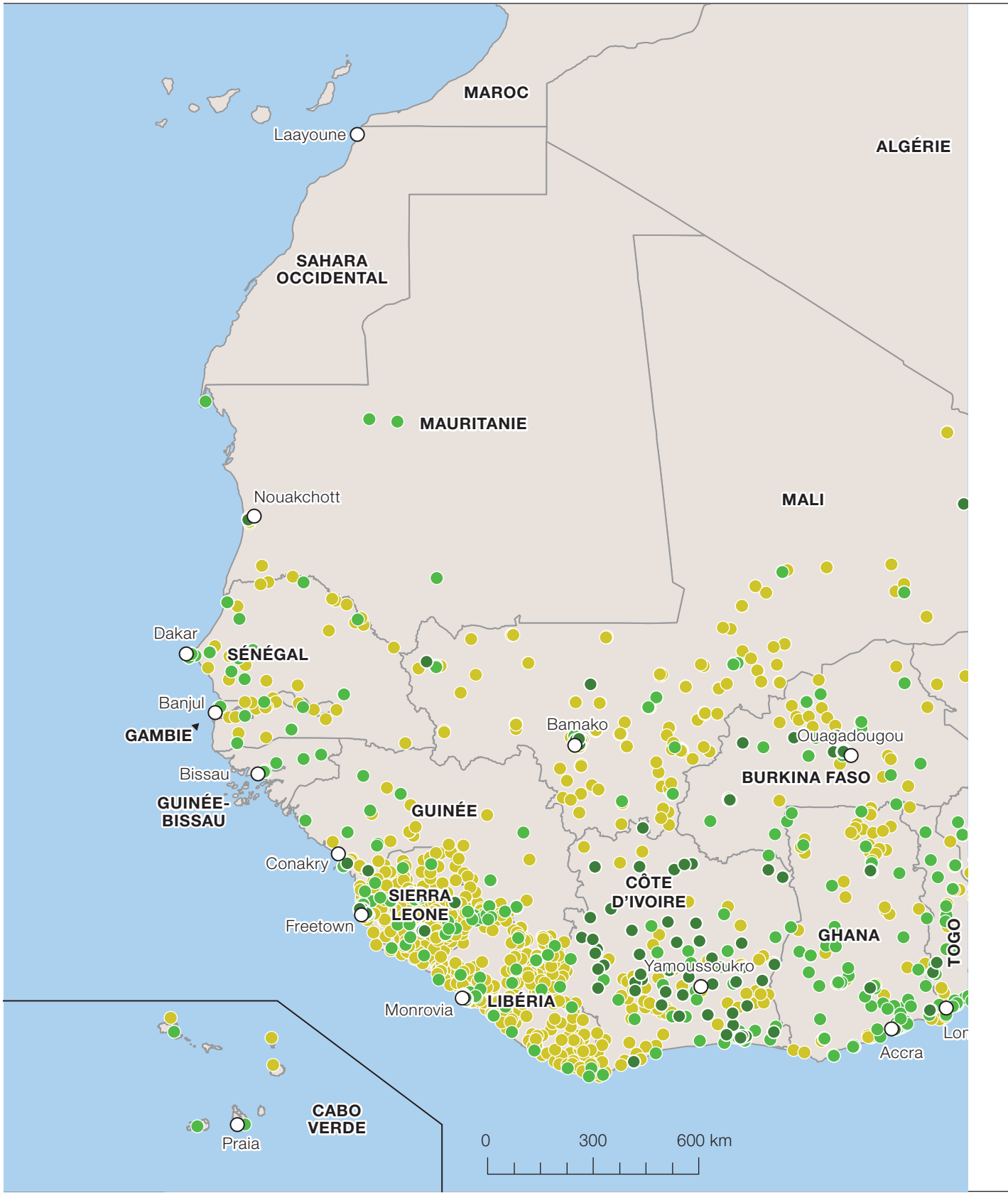
La prise en considération de la taille et de la population de chaque pays permet de montrer que certains pays, comme la Guinée-Bissau, la Mauritanie et le Niger, comptent comparativement très peu d'établissements, malgré une population en forte augmentation, du fait des moyens alloués au secteur médical par l'État (Graphique 2.1).

En outre, certains pays ne possèdent pas de données complètes à l'échelle nationale (Burkina Faso, Bénin, Mauritanie, Sénégal), en particulier pour les postes de santé, qui ne sont pas toujours géolocalisés (Libéria, Tchad) ou répertoriés de manière exhaustive (Cabo Verde, Ghana, Guinée-Bissau). Ces biais statistiques incitent à privilégier l'étude des variations domestiques plutôt que les comparaisons internationales (Carte 2.5).

© CSAO/OCDE

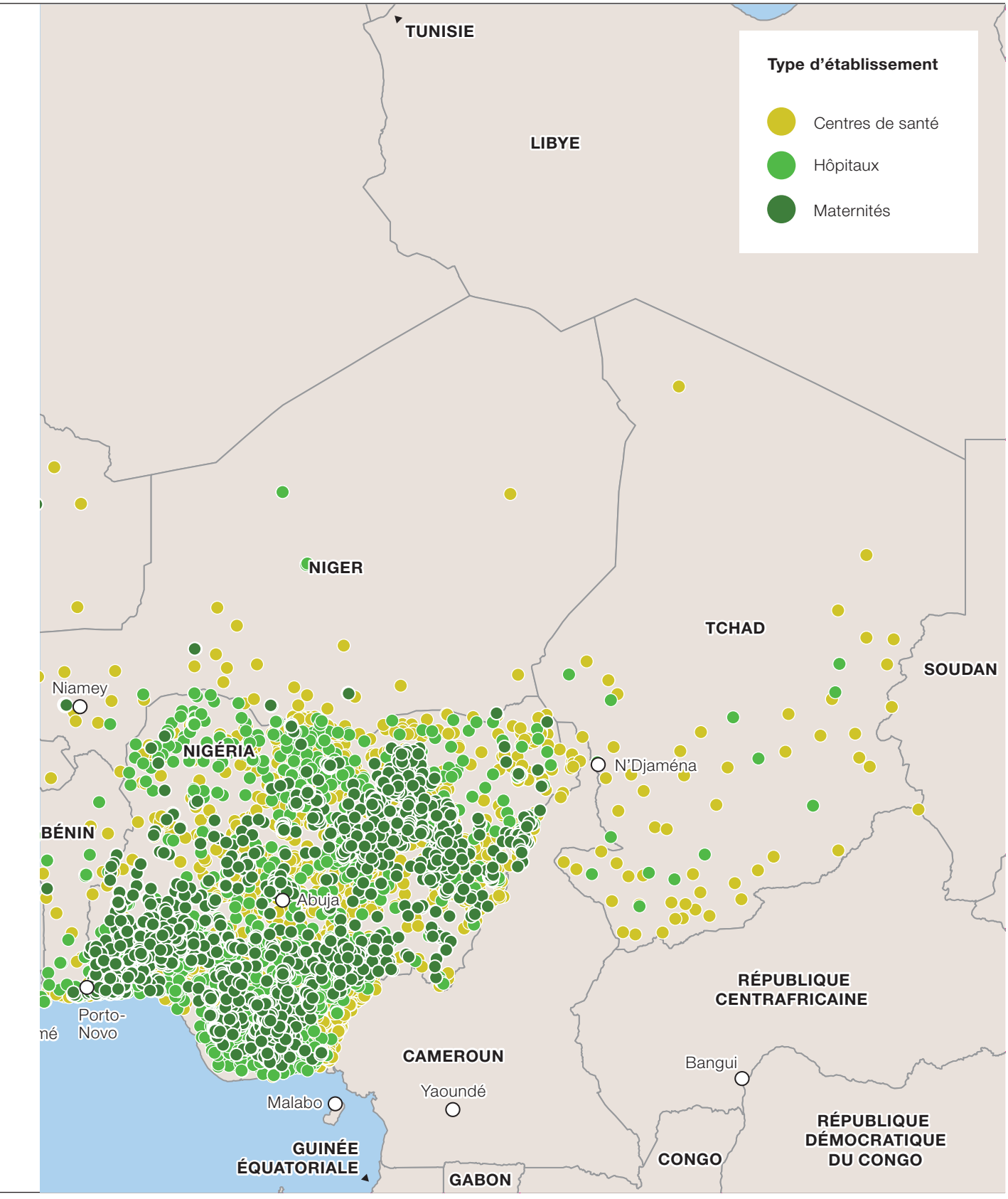
Carte 2.5

Couverture sanitaire régionale par type d'établissement, 2017



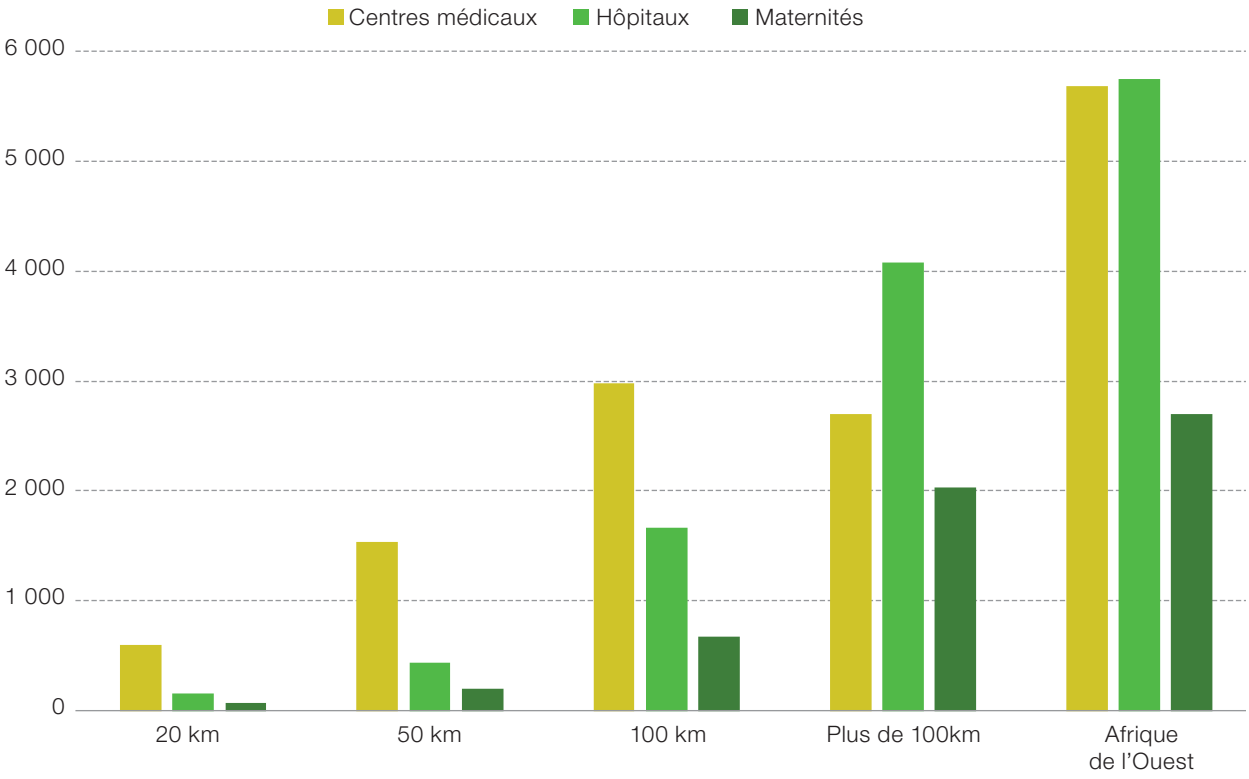
Source : Global Healthsites Mapping Project

© CSAO/OCDE


TUNISIE
LIBYE
Type d'établissement
Centres de santé
Hôpitaux
Maternités
NIGER
TCHAD
SOUDAN
Niamey
NIGÉRIA
N'Djaména
BÉNIN
Abuja
Porto-
Novo
RÉPUBLIQUE
CENTRAFRICAINE
CAMEROUN
Bangui
Yaoundé
Malabo
GUINÉE
ÉQUATORIALE
CONGO
RÉPUBLIQUE
DÉMOCRATIQUE
DU CONGO
GABON

© CSAO/OCDE

Graphique 2.2
Établissements par type et distance aux frontières, 2017



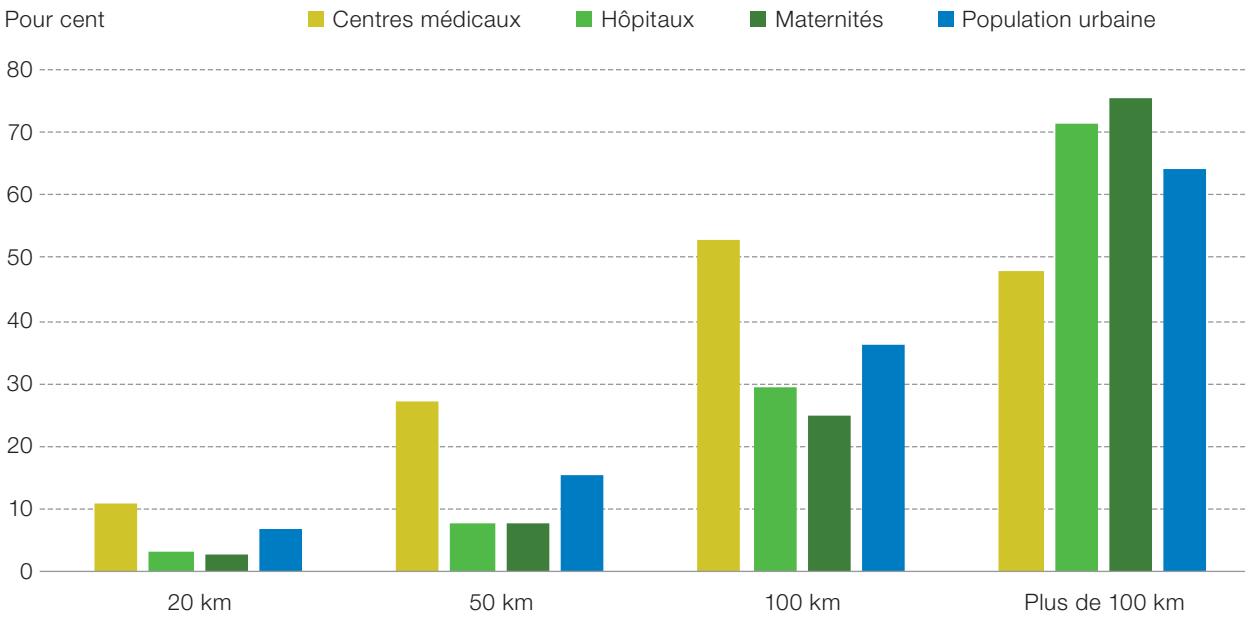
Source : Global Healthsites Mapping Project

La densité sanitaire est de très loin la plus forte au Nigéria, où se trouvent 80 % de tous les établissements de la région (Carte 2.6). Cette part est encore plus forte pour les hôpitaux (89 %) et les maternités (95 %) que pour les centres médicaux (70 %). L'infrastructure de santé nigériane n'a aucun équivalent dans la région : avec 37 176 établissements, elle est 100 fois plus développée en chiffres absolus que celle du Niger (370) alors que la population nigériane, qui atteint 187 millions, n'est « que » dix fois plus importante que celle de son voisin du nord en 2015. La prééminence du Nigéria, par rapport au reste de la région, rend la cartographie des densités moyennes d'établissements de santé impossible : les distorsions entraînées par les fortes densités du pays empêchent de voir les dynamiques des autres pays.

À l'intérieur du Nigéria, en revanche, deux grandes régions de concentration peuvent être distinguées : la région métropolitaine de Lagos-Ibadan-Illorin, qui couvre le pays yoruba, et la région métropolitaine d'Onitsha, en pays igbo et ibidio, qui s'étend dans le delta du fleuve Niger en direction de Port-Harcourt et Calabar au sud. Ces régions possèdent des prolongements transfrontaliers en direction de Cotonou et du Cameroun (Carte 2.6). À moins de 50 km d'une frontière terrestre, peu d'autres régions sont réellement intégrées du point de vue sanitaire. Bien au contraire, l'écart de développement médical

© CSAO/OCDE

Graphique 2.3
Part des établissements de santé et de la population urbaine par rapport aux frontières



Note : les infrastructures de santé sont comptabilisées en 2017 (ou année la plus proche) et la population se rapporte à l'année 2015.
Source : Global Healthsites Mapping Project

entre le Nigéria et ses voisins est partout visible, comme entre Katsina et Maradi ou Birnin Kebbi et Dosso dans le nord.

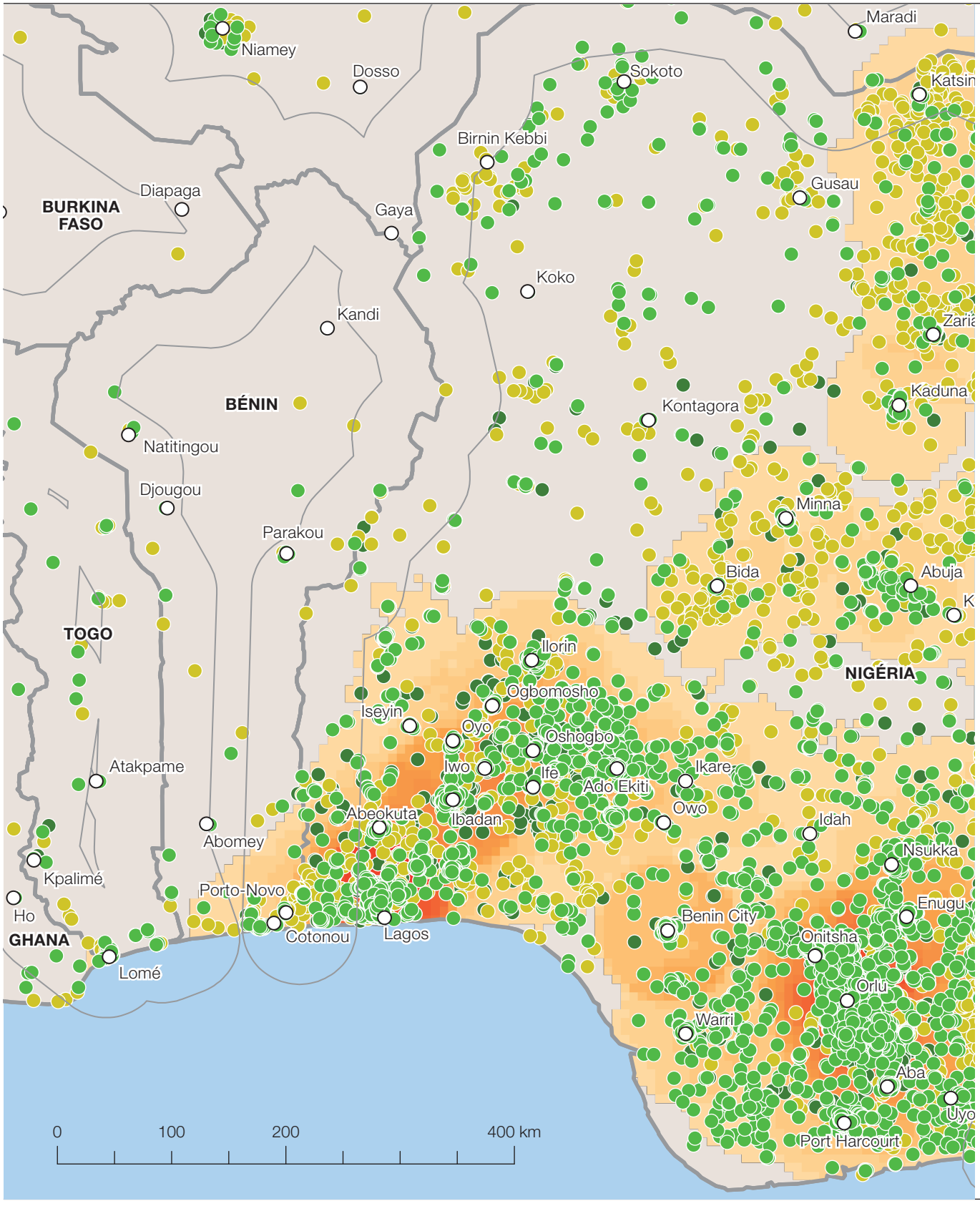
Moins d'établissements de santé dans les régions frontalières

Les pays ouest-africains disposent de 830 établissements de santé situés à moins de 20 km d'une frontière terrestre (Graphique 2.2). Les centres de santé occupant le niveau intermédiaire de la hiérarchie médicale sont particulièrement nombreux dans ces espaces frontaliers puisqu'ils représentent 72 % du total régional. À 50 km de distance, plus de 2 100 établissements sont recensés, dont 20 % sont des hôpitaux et 10 % des maternités. Plus de 5 300 établissements sont quant à eux localisés à moins de 100 km d'une frontière. La part des centres de santé décroît fortement à mesure qu'on se dirige vers l'intérieur des pays et ne représente ici plus que 56 % des établissements, contre plus d'un tiers pour les hôpitaux. Ces résultats suggèrent que l'équipement sanitaire des espaces frontaliers diffère de celui des autres régions des pays ouest-africains.

Les régions frontalières présentent un excédent de centres médicaux et un déficit d'hôpitaux et de maternités relativement à leur population urbaine. Ainsi, la proportion d'infrastructures hospitalières et de maternités est-elle toujours inférieure à la proportion de la population des villes des espaces frontaliers (Graphique 2.3). C'est à 50 km de distance que l'écart entre établis-

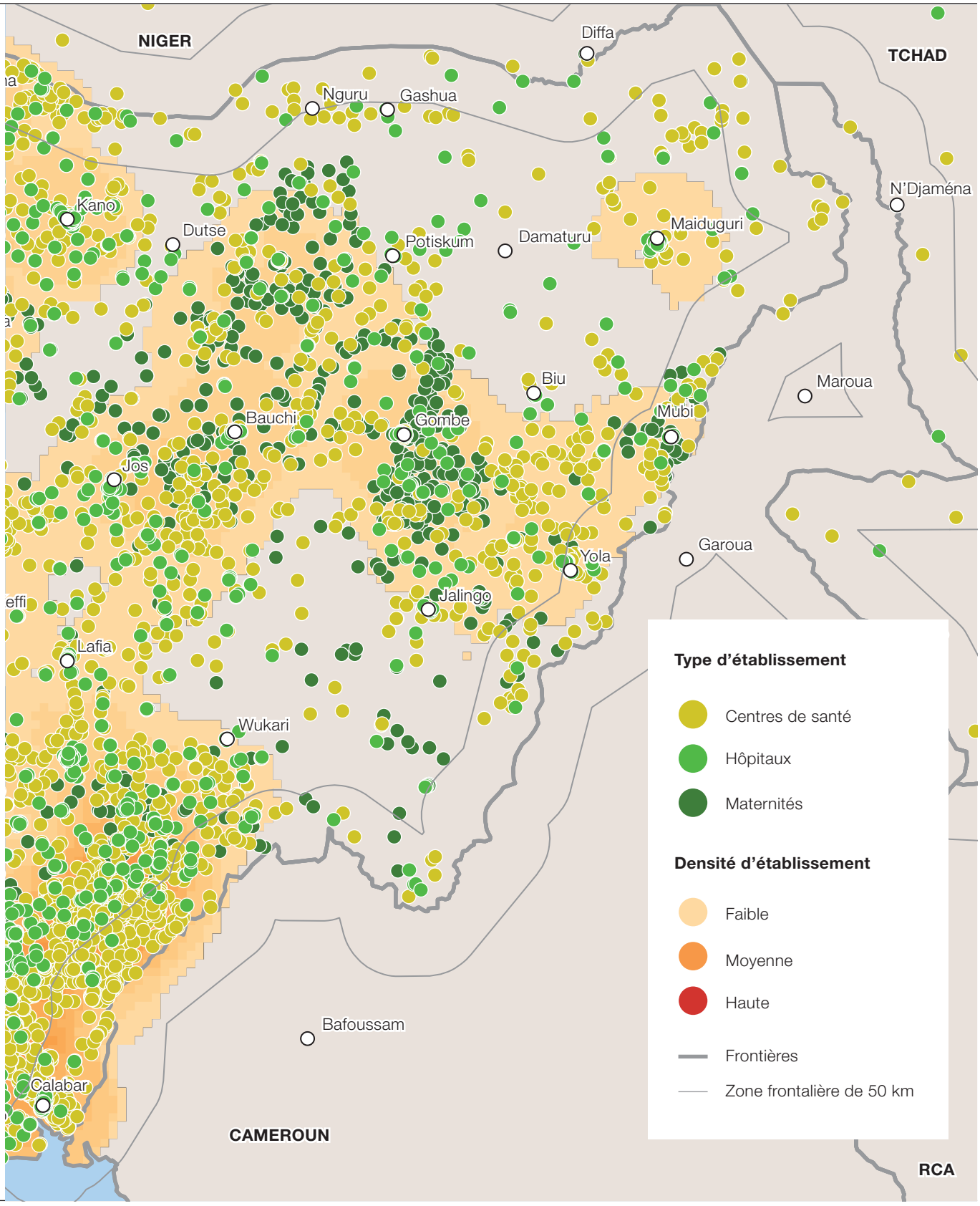
© CSAO/OCDE

Carte 2.6
Établissements de santé au Nigéria, 2017



Note : les établissements camerounais ne sont pas représentés. Source : Global Healthsites Mapping Project

© CSAO/OCDE


NIGER
TCHAD
CAMEROUN
RCA
Diffa
Nguru
Gashua
Kano
Dutse
Potiskum
Damaturu
Maiduguri
N'Djaména
Biu
Maroua
Bauchi
Gombe
Mubi
Jos
Garoua
Yola
Jalingo
Lafia
Wukari
Bafoussam
Calabar
Type d'établissement
Centres de santé
Hôpitaux
Maternités
Densité d'établissement
Faible
Moyenne
Haute
Frontières
Zone frontalière de 50 km

© CSAO/OCDE

sements et population urbaine est le plus prononcé : la part respective des hôpitaux (8 %) et des maternités (7 %) y est deux fois inférieure à ce que la population urbaine pourrait laisser penser (15 %). Inversement, l'intérieur des pays ouest-africains est généralement mieux doté en infrastructures de santé de rang supérieur par rapport à sa population urbaine. La part respective des hôpitaux (71 %) et des maternités (75 %) y est en effet bien supérieure à la part de la population qui vit dans les villes (64 %).

Ces résultats suggèrent un déficit en infrastructures de santé d'envergure régionale dans les régions frontalières, particulièrement problématiques dans les espaces situés à moins de 50 km d'une frontière terrestre. Le seuil de 50 km implique un déplacement à vol d'oiseau d'une longueur maximale de 100 km aller-retour, ce qui peut représenter plusieurs centaines de kilomètres réellement parcourus et plusieurs heures de routes, notamment en saison des pluies ou lorsque le passage des frontières implique des retards importants. Compte tenu de l'état du réseau routier et du manque de transports ambulanciers dans la région, ce seuil peut être considéré comme une limite théorique à partir de laquelle les populations frontalières seraient moins enclines à chercher des soins dans un autre pays.

Couverture sanitaire dans l'espace SKBo

Les contraintes posées par l'inégale répartition géographique des établissements de santé en Afrique de l'Ouest sont illustrées par l'exemple de la région délimitée par les villes de Sikasso au Mali, Korhogo en Côte d'Ivoire et Bobo-Dioulasso au Burkina Faso (SKBo).

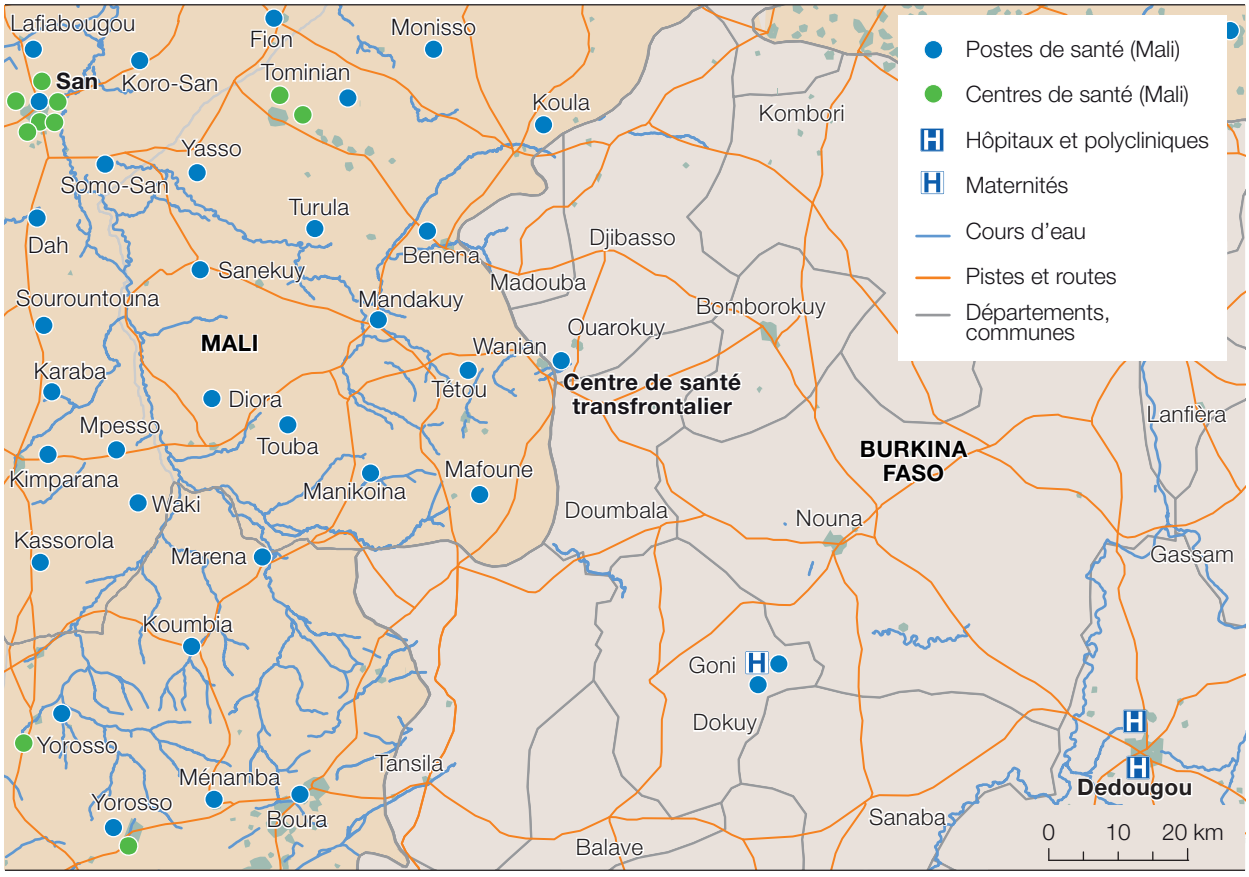
Cette région est souvent présentée comme un exemple de coopération transfrontalière du fait de l'existence du Centre de santé transfrontalier (CST) de Warokuy-Wanian, inauguré en février 2012 sur la frontière burkinabé-malienne (Carte 2.7). Ce centre financé par la coopération allemande à travers son projet d'appui au Programme frontière de l'Union africaine (PFUA) est une initiative unique en son genre en Afrique de l'Ouest tant par sa conception consensuelle que par sa gestion, qui inclut des représentants des collectivités locales et régionales des deux pays. Le centre de santé contribue à améliorer la couverture sanitaire de cette région située à plus de 300 km de Ouagadougou et 400 km de Bamako à vol d'oiseau. D'un coût inférieur à un demi-million d'euros, il comprend un dispensaire, une maternité, un dépôt pharmaceutique et plusieurs logements et bâtiments administratifs. Dans sa première année de fonctionnement, les deux agents de santé mis à disposition par les États riverains ont accueilli environ 5 000 patients venus des deux pays (Tapily, 2017).

Un groupement de coopération sanitaire transfrontalière entre la commune rurale de Djibasso au Burkina Faso et les communes rurales de Mafouné et de Mandiakuy au Mali a été créé de manière à gérer la construction du

 © CSAO/OCDE

Carte 2.7

Centre de santé transfrontalier de Warokuy-Wanian



Source : Global Healthsites Mapping Project

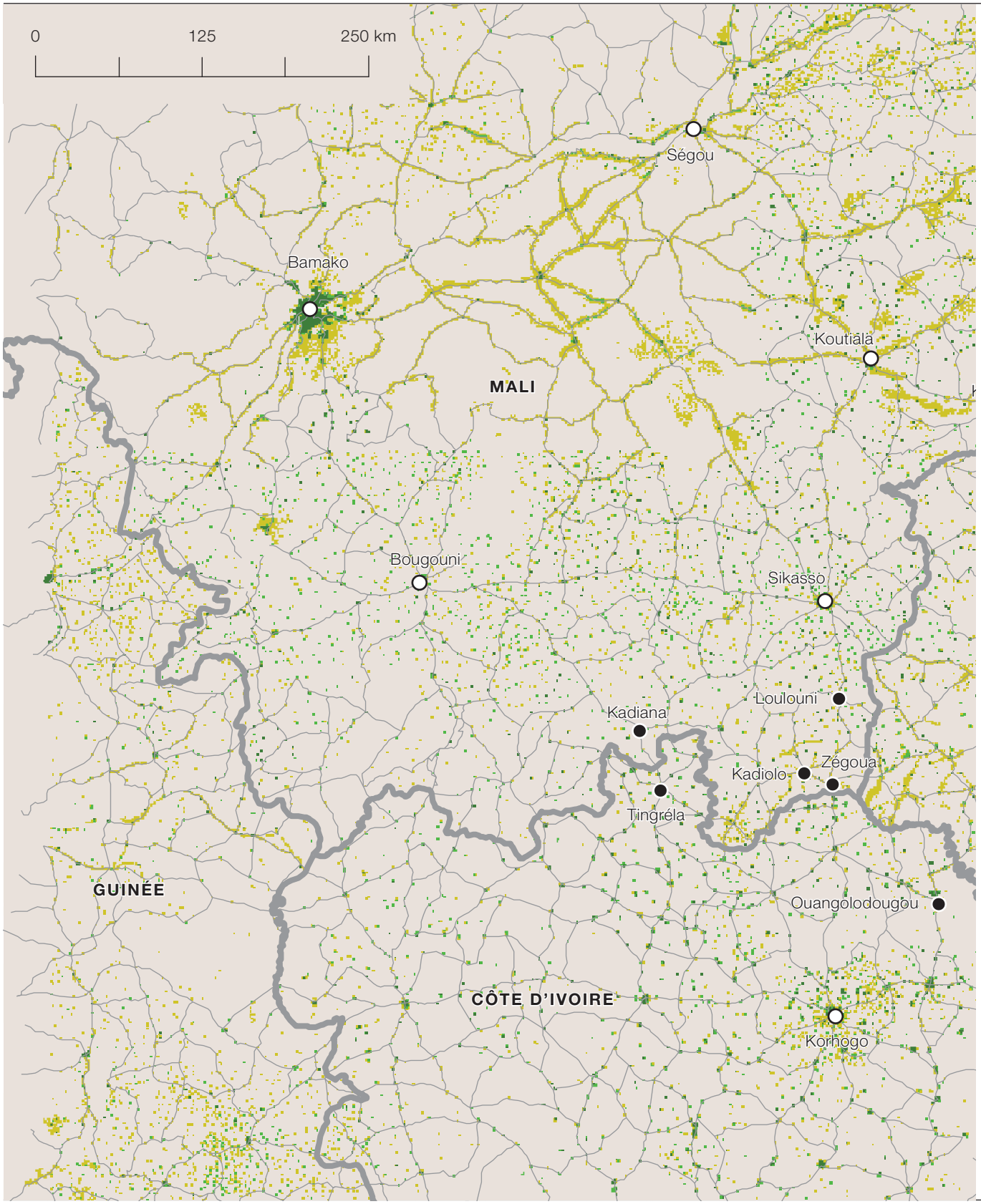
centre de soin de Warokuy-Wanian construit en territoire burkinabé. Plus récemment, un Groupement local de coopération transfrontalière (GLCT) a été créé entre les communes burkinabé de la Province de la Kossi et celles du Cercle de Tominian au Mali, qui regroupent environ 225 000 personnes, pour renforcer la gouvernance locale dans la région. Le GLCT est un instrument doté de la capacité juridique et de l'autonomie budgétaire développé par les collectivités territoriales et les organismes publics de l'Union européenne selon l'Accord de Karlsruhe signés par l'Allemagne, la France, le Luxembourg et la Suisse en 1996.

Le Centre de Warokuy-Wanian est construit dans une région marquée par de nombreux handicaps. Les faibles densités humaines, l'absence de grands centres urbains et un réseau routier peu développé contraignent les déplacements de tous ordres, y compris en cas d'urgence médicale. Pour remédier à cette situation, le Programme de coopération transfrontalière locale (PCTL) mis en place par le Conseil des collectivités territoriales de l'UEMOA et appuyé par la Direction du développement et de la coopération suisse envisage d'offrir une gamme de services médicaux plus large aux patients des deux pays et d'améliorer la mobilité transfrontalière des biens, des personnes et

 © CSAO/OCDE

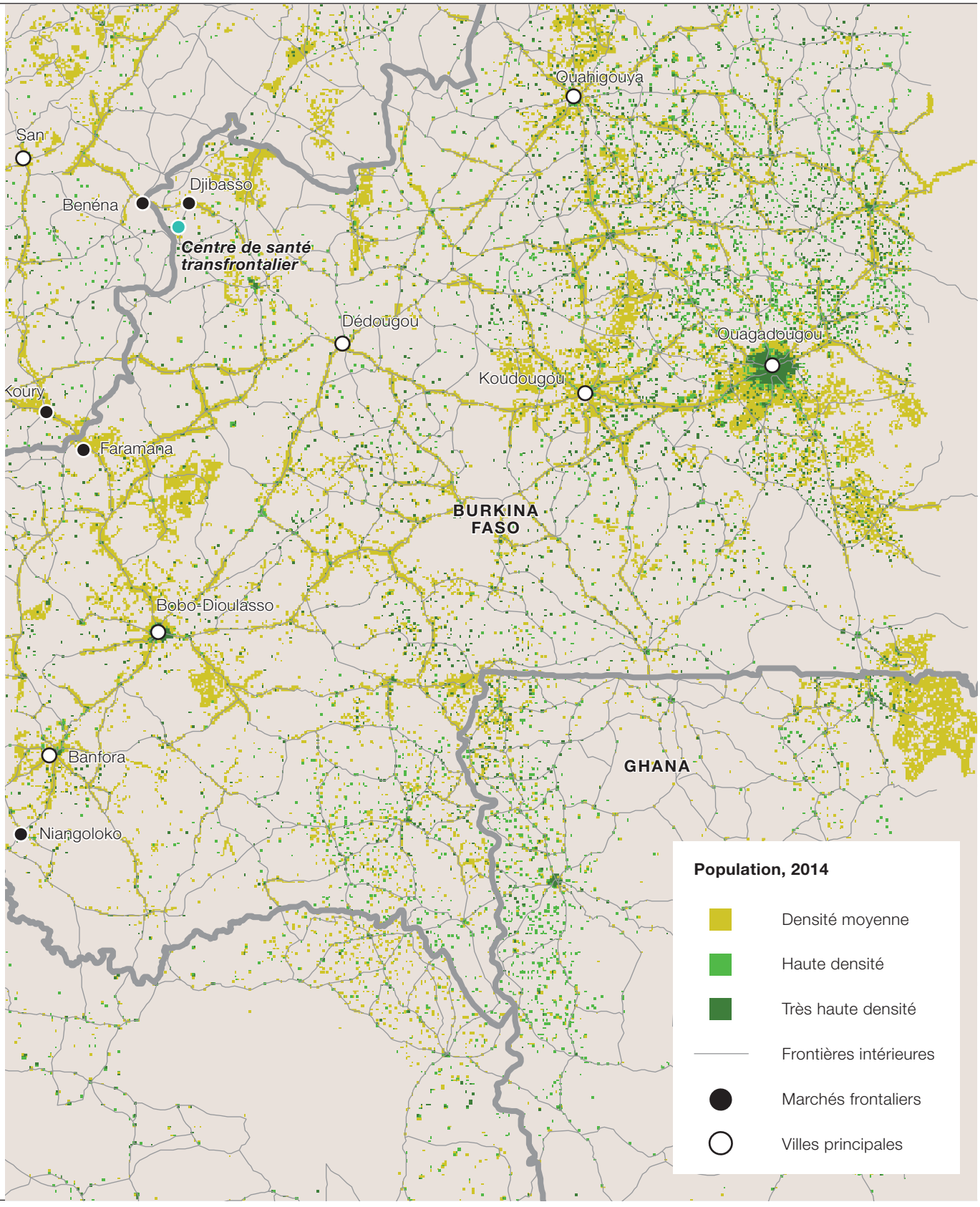
Carte 2.8

Densités de population entre Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Mali, 2014



Sources : Agence spatiale européenne 2010 ; CILSS 2017 ; Global Administrative Areas 2018 ; Global Roads Open Access Data Set 2018 ; LandScan ™ 2014 ; NASA 2014 ; OCDE/CSAO 2018 ; OpenStreetMap 2018 ; Wageningen Environmental Research (Alterra)

© CSAO/OCDE


Ouahigouya
San
Djibasso
Benéna
Centre de santé transfrontalier
Dédougou
Ouagadougou
Koudougou
Koury
Faramana
BURKINA FASO
Bobo-Dioulasso
Banfora
GHANA
Niangoloko
Population, 2014
Densité moyenne
Haute densité
Très haute densité
Frontières intérieures
Marchés frontaliers
Villes principales

© CSAO/OCDE

des services (UEMOA, 2017a). Grâce à des chantiers à haute intensité de main-d'œuvre, il est prévu de construire 26 km de pistes reliant les villages de la région au centre de santé et une cinquantaine d'ouvrages d'assainissement et de franchissement au long des pistes.

La faiblesse du peuplement humain observée dans la région de Warokuy-Wanian est caractéristique des espaces frontaliers situés entre Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Mali, de Ouahigouya à Bougouni (Carte 2.8). Cette région est en effet située entre le pôle de peuplement mossi à l'est, les fortes densités maliennes des vallées des fleuves Bani et Niger au nord et à l'ouest et le bassin ivoirien de Korhogo au sud. Bien que la région compte au moins dix marchés frontaliers, peu de grandes villes sont localisées à proximité immédiate des frontières, à l'exception de Sikasso. Plus à l'ouest, en direction de la Guinée, l'absence de villes et de routes est encore plus apparente.

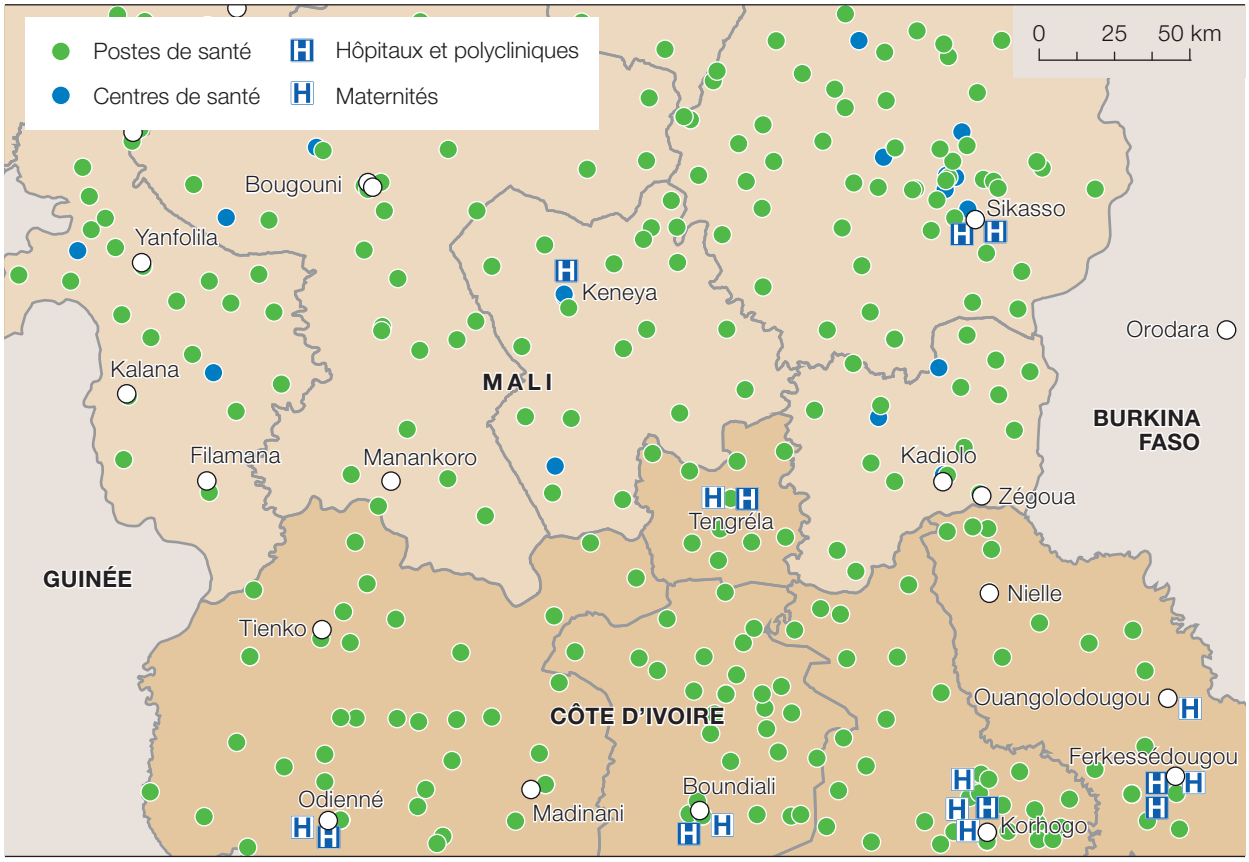
Ces contraintes humaines et physiques ont encouragé l'élaboration d'un Schéma d'aménagement transfrontalier intégré (SATI) de l'espace Sikasso-Korhogo-Bobo-Dioulasso (SKBo) dans le cadre du PCTL de l'UEMOA (UEMOA, 2017a). Il s'appuie sur les résultats de plusieurs études menées dans la région par certains partenaires depuis le milieu des années 2000 (OCDE/CSAO, 2003 ; Enda Diapol, 2007 ; Alvergne, 2007) dans le but de mieux comprendre les interactions transfrontalières et la gouvernance locale.

Le SATI note en particulier les difficultés de transport et la faiblesse de l'armature urbaine, en particulier à l'ouest de la Baoulé, qui limitent l'accès aux services publics ainsi qu'une offre de services urbains limitée du fait de l'équipement insuffisant des petites et moyennes villes. Remédier à ces déséquilibres nécessite d'entreprendre de lourds aménagements routiers tant sur les axes méridiens privilégiés par les transporteurs pour approvisionner Bamako, qu'entre l'est et l'ouest de la région au cours des prochaines décennies (UEMOA, 2017a). En complément, le SATI prévoit une requalification des pistes rurales et des centres urbains comme Tengréla par le biais de projets locaux.

Du point de vue sanitaire, la région frontalière de Sikasso-Korhogo entre Mali et Côte d'Ivoire (Carte 2.9) permet d'apprécier la différence entre la couverture des postes de santé et celle des infrastructures d'envergure plus large. Le semis des postes de santé (en vert clair) est très dense et ne montre pas de grands différentiels entre pays : de Filamana et Tienko à l'ouest jusqu'à Zégoua et Nielle à l'est, aucun poste n'est éloigné de plus de 25 kilomètres à vol d'oiseau d'un autre poste ou d'un établissement plus grand. La distribution des centres de santé (en vert foncé), des maternités et des hôpitaux (signalés par un H majuscule), en revanche, est nettement plus hétérogène puisqu'elle s'appuie sur les principaux centres urbains régionaux. Du côté malien, seule la ville de Sikasso possède des infrastructures de santé d'envergure régionale, tandis que six villes éloignées de 50 à 150 km entre elles disposent d'hôpitaux

 © CSAO/OCDE

Carte 2.9
Établissements de soin entre Mali et Côte d'Ivoire, 2017



Source : Global Healthsites Mapping Project

et de maternités du côté ivoirien, y compris Tengréla, dont l'hôpital est situé à moins de 10 km du Mali. Cette couverture inégale justifie que soient mises en place des infrastructures de soin partagées entre villes et régions de pays différents.

Les villes frontalières au centre de la coopération sanitaire

Le cas du centre de santé de Warokuy-Wanian reste une exception en Afrique de l'Ouest, où très peu d'initiatives de santé sont expressément conçues pour toucher des populations qui se situeraient dans un pays voisin. Chaque pays de la région distribue ses établissements de santé selon ses capacités financières et de manière à atteindre l'ensemble de la population nationale sans tenir explicitement compte des patients internationaux. Les limites de cette planification nationale des systèmes de santé constituent une préoccupation de longue date de certains États ouest-africains, des organisations régionales et de leurs partenaires internationaux. En 2000, déjà, le Président du Mali, Alpha Oumar Konaré, notait que le processus d'intégration régionale devait passer par la mise en place de zones où les populations pourraient occuper des écoles, des postes de sécurité, des marchés et des centres de santé communs.

© CSAO/OCDE

Dans la même ligne, le Mémorandum de la CEDEAO sur le concept de « pays-frontière » recommande de « mettre en œuvre un programme intégré de santé publique améliorant l'accès aux soins des populations situées de part et d'autre des frontières » (CEDEAO, 2005 : 3).

La mise en œuvre d'établissements de santé transfrontaliers peut être conduite selon deux approches bien différentes. La première consiste à identifier des régions en manque d'infrastructures sanitaires et à créer des centres de santé dans des localités qui n'en possèdent pas. Entre Warokuy et Wanian, par exemple, la décision de construire une infrastructure de santé transfrontalière fait suite à un conflit lié à la gestion des ressources naturelles entre communautés frontalières en 2006. Le processus de réconciliation entrepris sous l'égide des élus municipaux a conduit les populations locales à identifier le domaine de la santé comme investissement prioritaire dans la région.

La seconde approche consiste à renforcer les infrastructures existantes, en dotant certains postes de santé frontaliers de matériel et de personnel médical plus spécialisé. Elle s'appuie également sur des enquêtes de terrain, qui permettent d'identifier quelles structures sont les plus utilisées par les patients d'un pays voisin. Cette option est suggérée par le programme LOBI du Fonds d'équipement des Nations Unies (FENU) dans la région du Liptako-Gourma, qui note par exemple que les centres de santé de Labbezanga au Mali, de Tin Akoff au Burkina Faso et de Petelkolé-Chatoumane au Niger pourraient « faire l'objet d'un renforcement technique afin de devenir de véritables centres de santé transfrontaliers de référence » (FENU, 2017 : 40).

Ces deux approches partent du principe que les infrastructures de santé transfrontalière couvrent un bassin de population effectif plus grand que celui défini par les systèmes de santé nationaux. L'accessibilité des populations frontalières aux infrastructures de santé dépend alors de plusieurs facteurs, dont l'existence d'un réseau de transport de qualité, l'absence de délais au passage des frontières et de contrôles routiers sur les routes (Notes ouest-africaines n° 23). En superposant les bassins de population des villes de plus de 10 000 habitants situées à moins de 20 km d'une frontière aux établissements de santé, il est alors possible d'identifier plusieurs régions dans lesquelles l'offre de santé pourrait être améliorée par une plus étroite coopération entre pays de la région. Seuls les établissements de catégorie supérieure comme les centres de santé, les hôpitaux et les maternités sont pris en considération, dans la mesure où ils peuvent potentiellement desservir un bassin d'envergure transfrontalière.

En Sénégambie, les différentiels frontaliers en matière d'offre de santé sont particulièrement importants à 20 km des frontières (Carte 2.10). Dans la région du fleuve Sénégal, la plupart des établissements sanitaires de haut niveau sont situés sur la rive sénégalaise, alors que la rive mauritanienne en est presque dépourvue de Rosso à Bakel. Cette asymétrie est rendue encore plus problé-

 © CSAO/OCDE

matique par le fait qu'il existe très peu de passages routiers entre les deux pays, ce qui limite considérablement le bassin de population théorique des villes frontalières. Le long du fleuve Gambie, la plupart des infrastructures de soin sont situées en Gambie plutôt qu'au Sénégal. L'accessibilité routière entre les deux pays y est meilleure que dans la vallée du fleuve Sénégal, en particulier en direction du nord, vers Kaolack, ce qui augmente le nombre de personnes pouvant potentiellement être atteintes depuis les frontières. Dans l'est de la région, les villes proches de la frontière séparant le Mali de la Mauritanie, de Kersigagne à Kirane, manquent de centres de santé et d'hôpitaux d'envergure régionale.

Au Libéria et en Sierra Leone, la couverture sanitaire effective est inférieure à ce que la cartographie des établissements médicaux laisse supposer (Carte 2.11). Dans ces pays aux systèmes de santé très dégradés, en effet, de très nombreux établissements catégorisés comme centres de santé sont en réalité des postes disposant de matériel rudimentaire. En tenant compte de ce facteur, il apparaît alors que de larges portions des frontières sierra-léonaises sont peu équipées en établissements d'envergure régionale. Les seuls hôpitaux répertoriés se situent dans la zone frontalière de Kambia, au nord de Freetown. Dans le Fouta Djalon, en revanche, la couverture sanitaire est plus dense, particulièrement entre Guéckédou en Guinée à Ganta au Libéria. Cependant, le relief montagneux et la relative rareté des axes de transport réduisent le bassin de population théorique des villes. Dans cette région, l'épidémie de fièvre Ebola survenue de 2014 à 2015 est en outre venue rappeler de manière dramatique l'urgence de reconstruire des systèmes de santé capables de répondre aux crises transfrontalières, après plusieurs décennies d'ajustements structurels et de guerres civiles (Abdullah et Rashid, 2017).

Plus à l'est, le triangle de Sikasso/Korhogo/Bobo-Dioulasso est caractérisé par une très faible couverture sanitaire dans les espaces proches des frontières. Les établissements de santé de catégorie supérieure se situent dans les centres urbains régionaux du Burkina Faso, de Côte d'Ivoire et du Mali (Carte 2.9). Un manque d'hôpitaux et de centres de santé peut également être observé sur la frontière entre la Côte d'Ivoire et le Ghana, entre Bondoukou et Elubo, où existent pourtant plus d'une douzaine de villes frontalières. Un déficit d'établissements supérieurs de santé caractérise également la portion de la frontière entre le Ghana et le Togo comprise entre Hohoe au sud et Dapaong au nord, de même que l'extrême-nord du Togo (Carte 2.12). On note que très peu d'établissements de santé sont proches des frontières dans la partie burkinabé.

Sur les frontières béninoises, le trait le plus saillant est la forte dichotomie qui existe entre le sud du pays, bien équipé jusqu'à Abomey et le reste du pays. Cette situation reflète en partie le fait que la moitié de la population du pays vit dans la région métropolitaine de Cotonou/Porto-Novo, qui compte 5.4 millions d'habitants en 2015, alors que le nord est peu urbanisé. L'existence

 © CSAO/OCDE

de grands centres urbains très proches des frontières, comme Cotonou et Lagos et d'une forte densité de population se conjuguent pour donner les plus grands bassins de population de l'Afrique de l'Ouest. C'est ici que l'accessibilité routière et la densité d'établissements de soin est la plus forte dans la région et, en conséquence, les besoins en termes de coopération frontalière les plus limités.

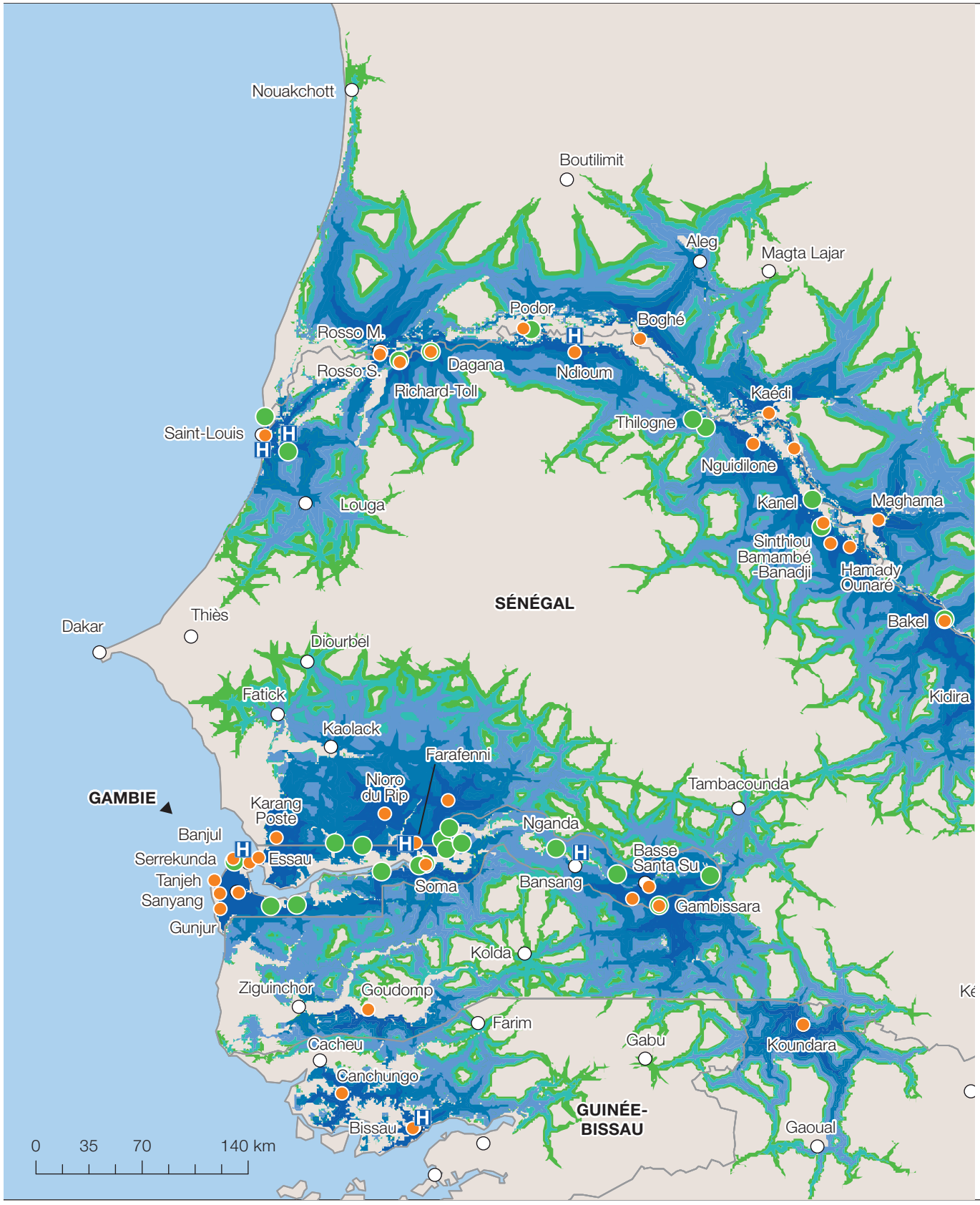
Plus au nord, l'offre de soin et l'accessibilité routière sont partout plus élevées au Nigéria qu'au Niger (Carte 2.13). La plupart des centres de santé et des hôpitaux d'envergure régionale sont situés au Nigéria, de Kamba à l'ouest, jusqu'à Diffa à l'est (les établissements camerounais ne sont pas cartographiés). Après l'est du golfe de Guinée, cette région possède les bassins de population comptant le plus d'habitants, ce qui s'explique par le grand nombre de villes, le relief peu accidenté et la densité du réseau routier nigérian. Ces conditions sont favorables à la mise en œuvre d'initiatives de coopération transfrontalière entre les deux pays.

Le renforcement de la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé constitue une priorité qu'aucun gouvernement de la région ne peut ignorer. Cet objectif passe par la construction ou la réhabilitation d'établissements situés à proximité immédiate des frontières. L'analyse combinée de l'offre existante de santé et du bassin de population des villes dans lesquelles certains établissements sont susceptibles d'exercer une influence transfrontalière, peut contribuer à identifier certaines régions qui bénéficieraient particulièrement d'une intégration plus poussée des systèmes de santé. C'est le cas notamment dans la vallée du fleuve Sénégal, l'ouest malien, le Fouta Djalon, l'espace SKBo, l'est de la Côte d'Ivoire, le nord du Togo et sur la frontière nigéro-nigériane, où un manque général d'établissements de soin et/ou une répartition inégale entre pays, peut être observé.

La mise en œuvre d'établissements transfrontaliers suppose de trouver des solutions juridiques et institutionnelles permettant de favoriser la mobilité entre systèmes nationaux de santé. Ce défi est de taille, comme en témoignent les difficultés rencontrées au cours du processus d'intégration des systèmes européens (Wismar et al., 2011). En Afrique de l'Ouest, cet objectif est rendu encore plus pressant par la forte mobilité de la population, l'existence d'épidémies et de pathogènes transfrontaliers et un sous-investissement dans les infrastructures publiques de santé.

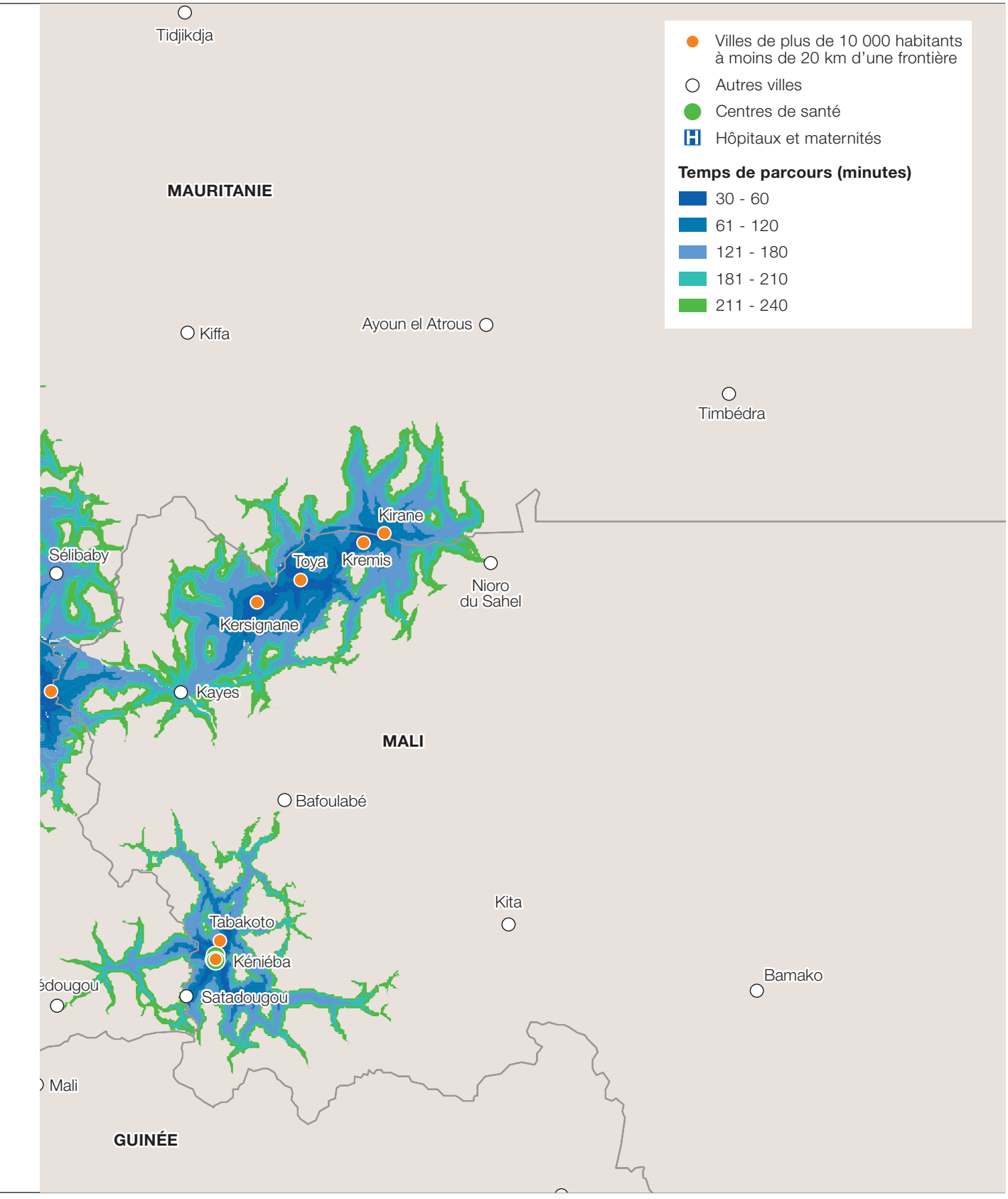
© CSAO/OCDE

Carte 2.10
Établissements de santé et bassin de population en Sénégambie



Note : les postes de santé ne sont pas représentés.
Source : Global Healthsites Mapping Project

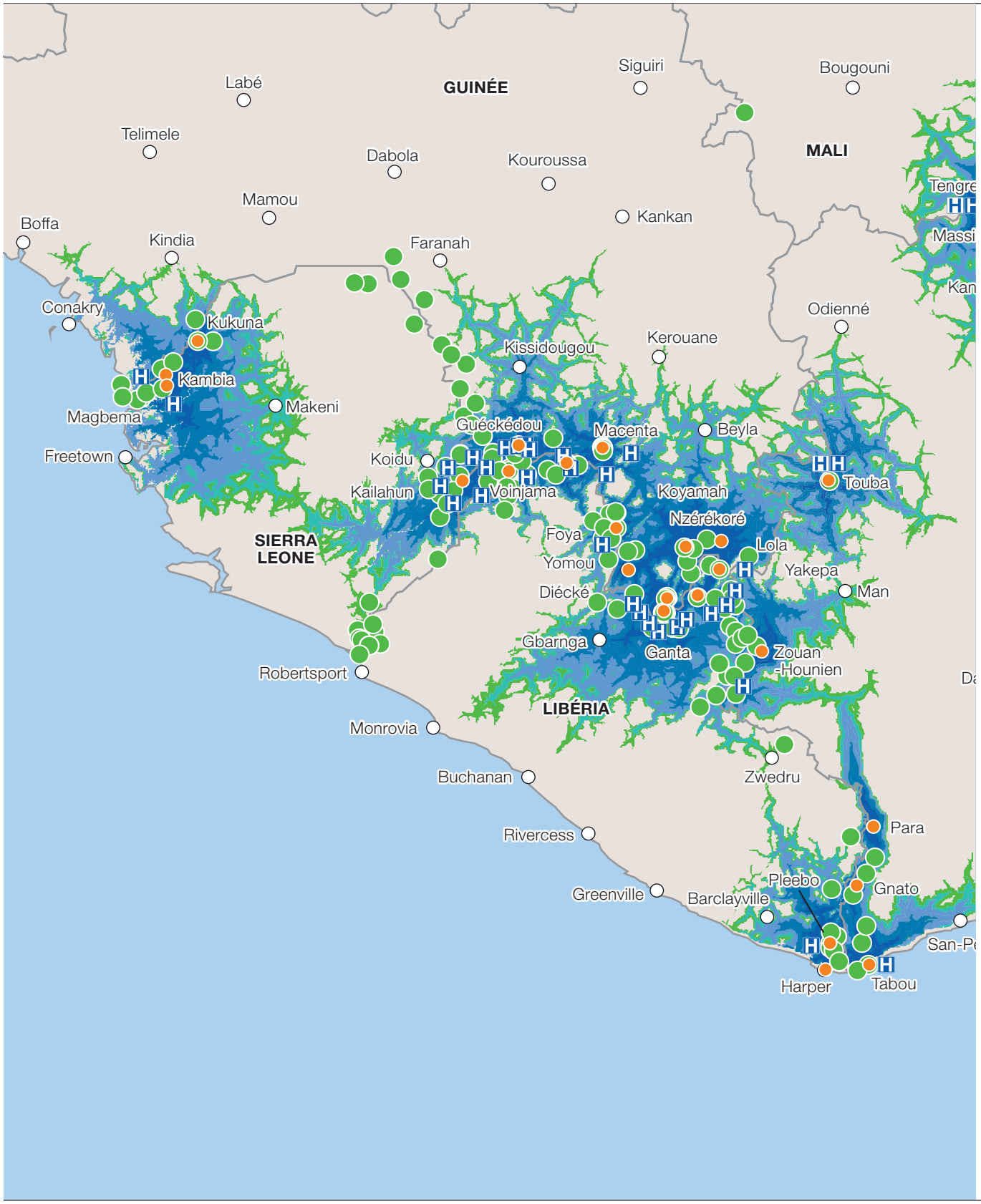
© CSAO/OCDE


Villes de plus de 10 000 habitants à moins de 20 km d'une frontière
Autres villes
Centres de santé
Hôpitaux et maternités
Temps de parcours (minutes)
30 - 60
61 - 120
121 - 180
181 - 210
211 - 240
Tidjikdja
MAURITANIE
Kiffa
Ayoun el Atrous
Timbédra
Kirane
Kremis
Toya
Sélibaby
Nioro du Sahel
Kersignane
Kayes
MALI
Bafoulabé
Kita
Tabakoto
Kéniéba
Satadougou
Bamako
Mali
GUINÉE

© CSAO/OCDE

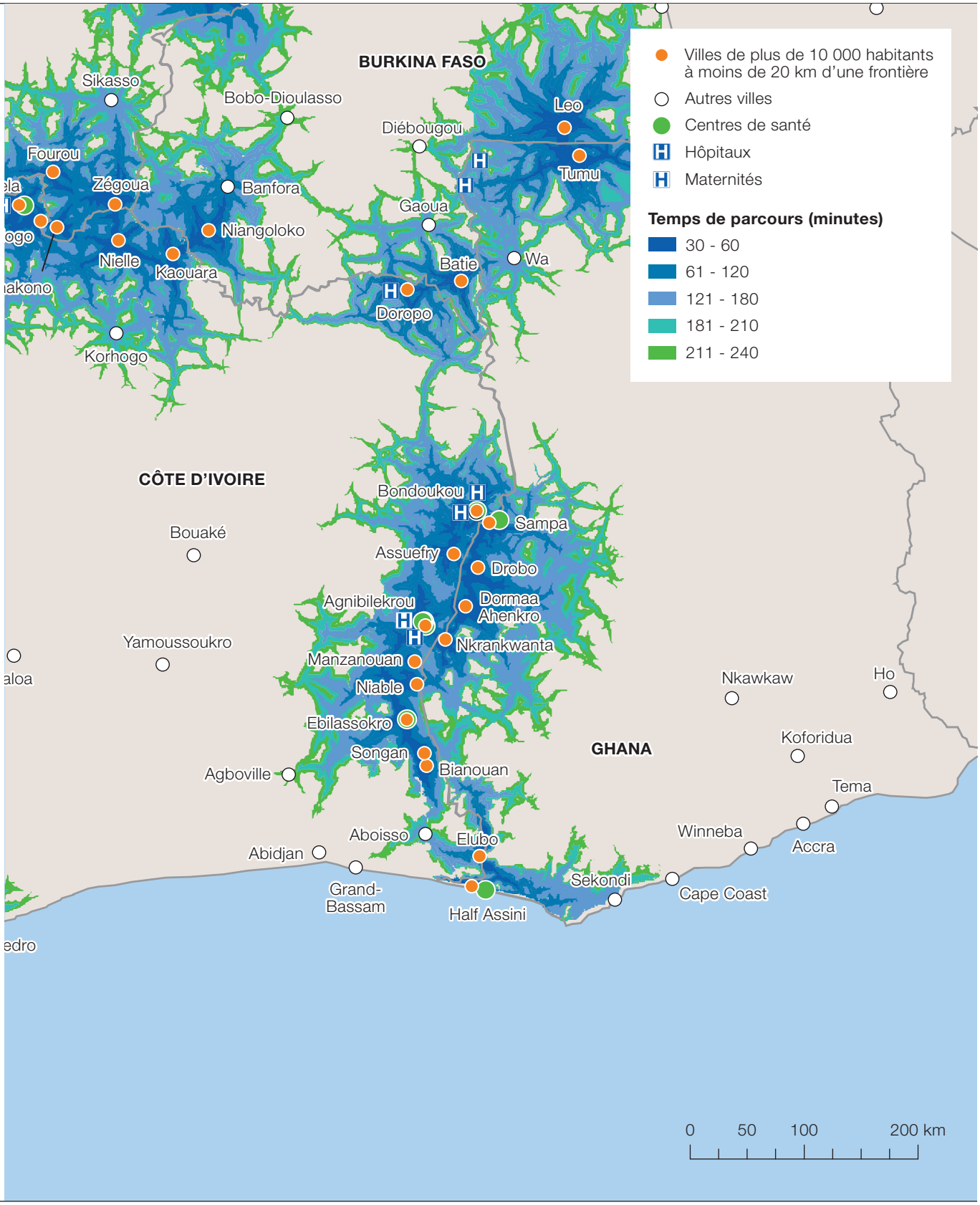
Carte 2.11

Établissements de santé et bassin de population dans l'ouest du golfe de Guinée



Note : les postes de santé ne sont pas représentés.
Source : Global Healthsites Mapping Project

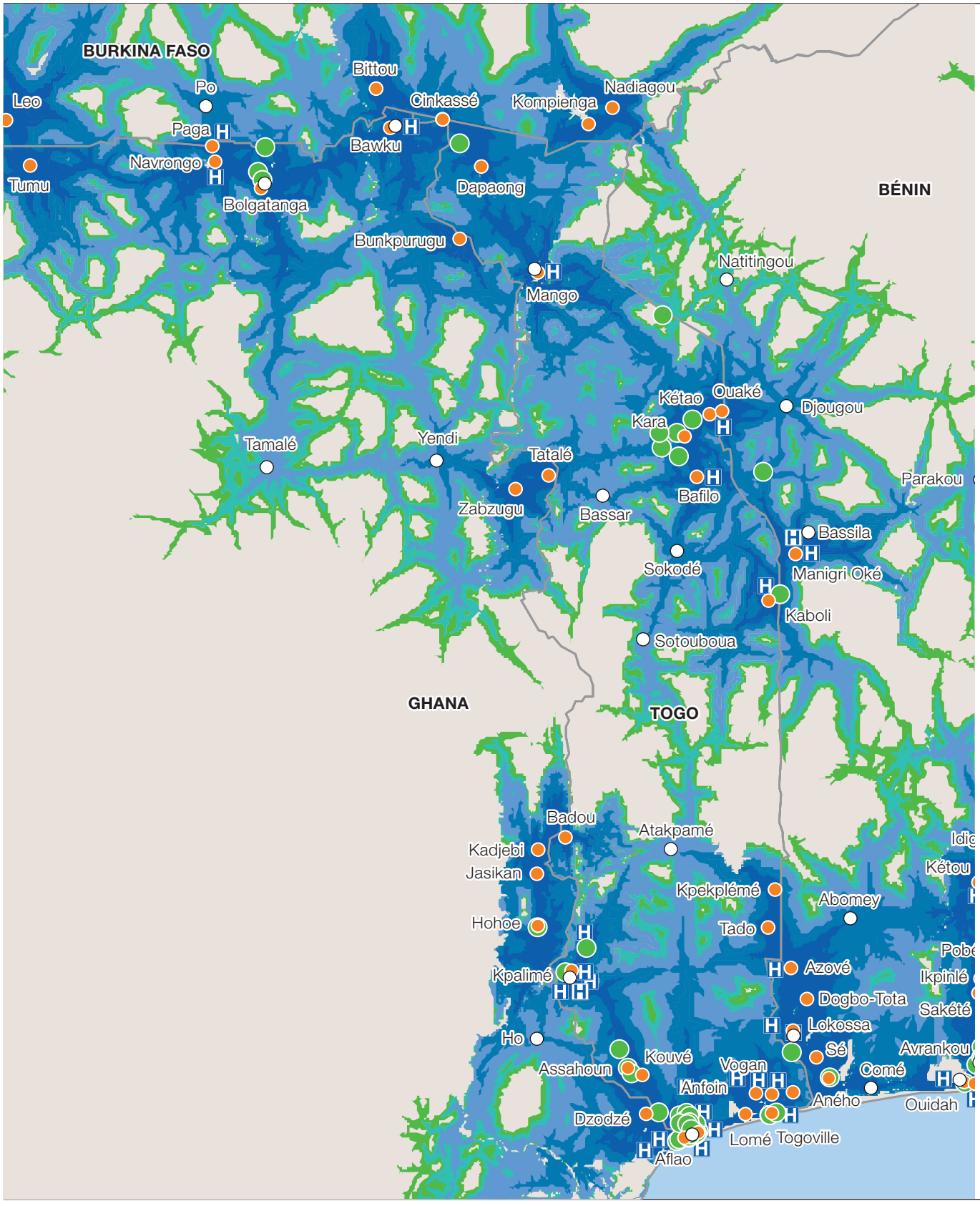
© CSAO/OCDE


BURKINA FASO
CÔTE D'IVOIRE
GHANA
Sikasso
Bobo-Dioulasso
Diébougou
Leo
Tumu
Fourou
Zégoua
Banfora
Gaoua
Niangoloko
Nielle
Kaouara
Batie
Wa
Doropo
Korhogo
Bondoukou
Sampa
Bouaké
Assuefry
Drobo
Agnibilekrou
Dormaa Ahenkro
Yamoussoukro
Nkrankwanta
Manzanouan
Niable
Nkawkaw
Ho
Ebilassokro
Koforidua
Songan
Bianouan
Agboville
Tema
Aboisso
Elubo
Winneba
Accra
Abidjan
Grand-Bassam
Sekondi
Cape Coast
Half Assini
Villes de plus de 10 000 habitants à moins de 20 km d'une frontière
Autres villes
Centres de santé
Hôpitaux
Maternités
Temps de parcours (minutes)
30 - 60
61 - 120
121 - 180
181 - 210
211 - 240
0
50
100
200 km

© CSAO/OCDE

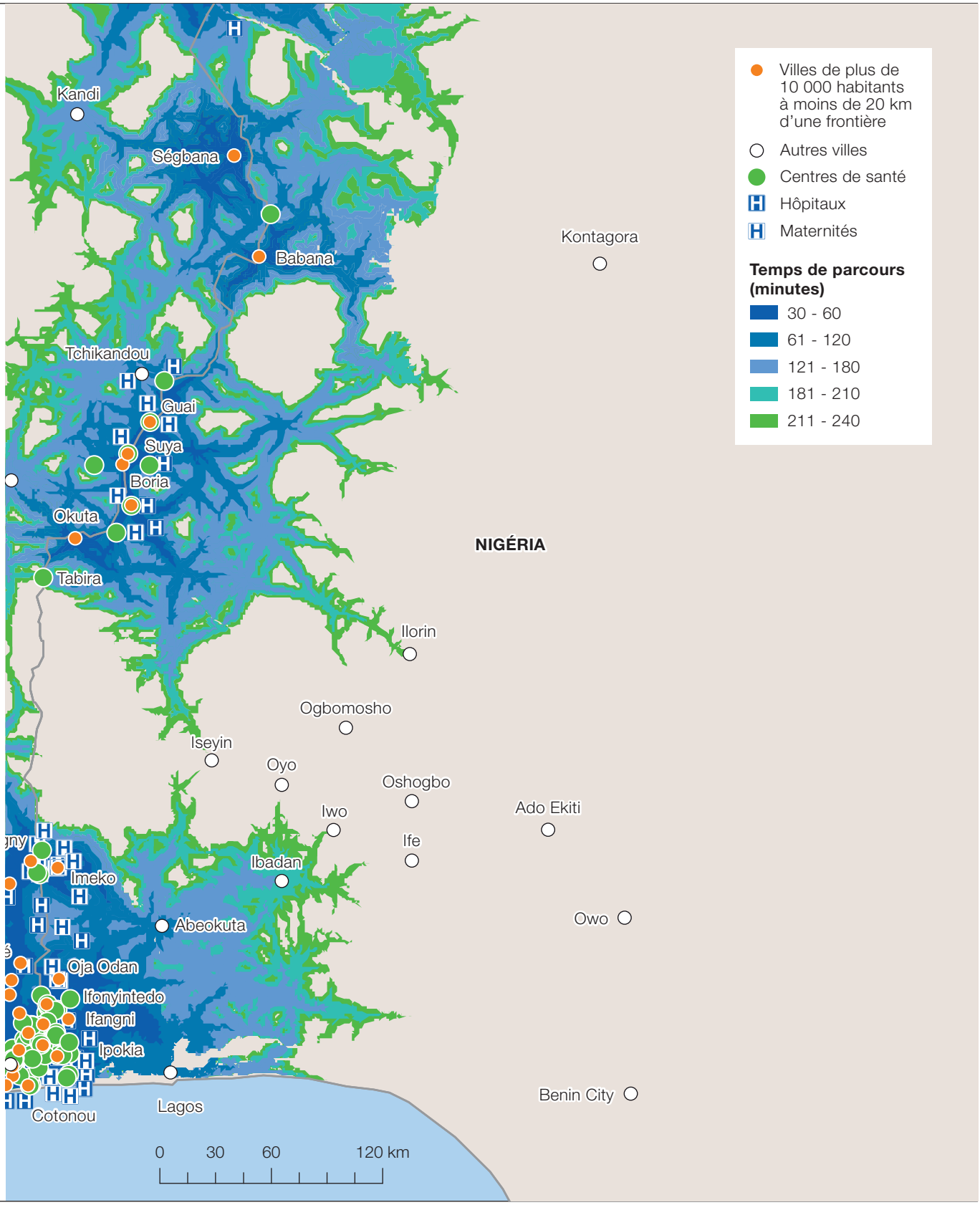
Carte 2.12

Établissements de santé et bassin de population entre Togo et Bénin



Note : les postes de santé ne sont pas représentés.
Source : Global Healthsites Mapping Project

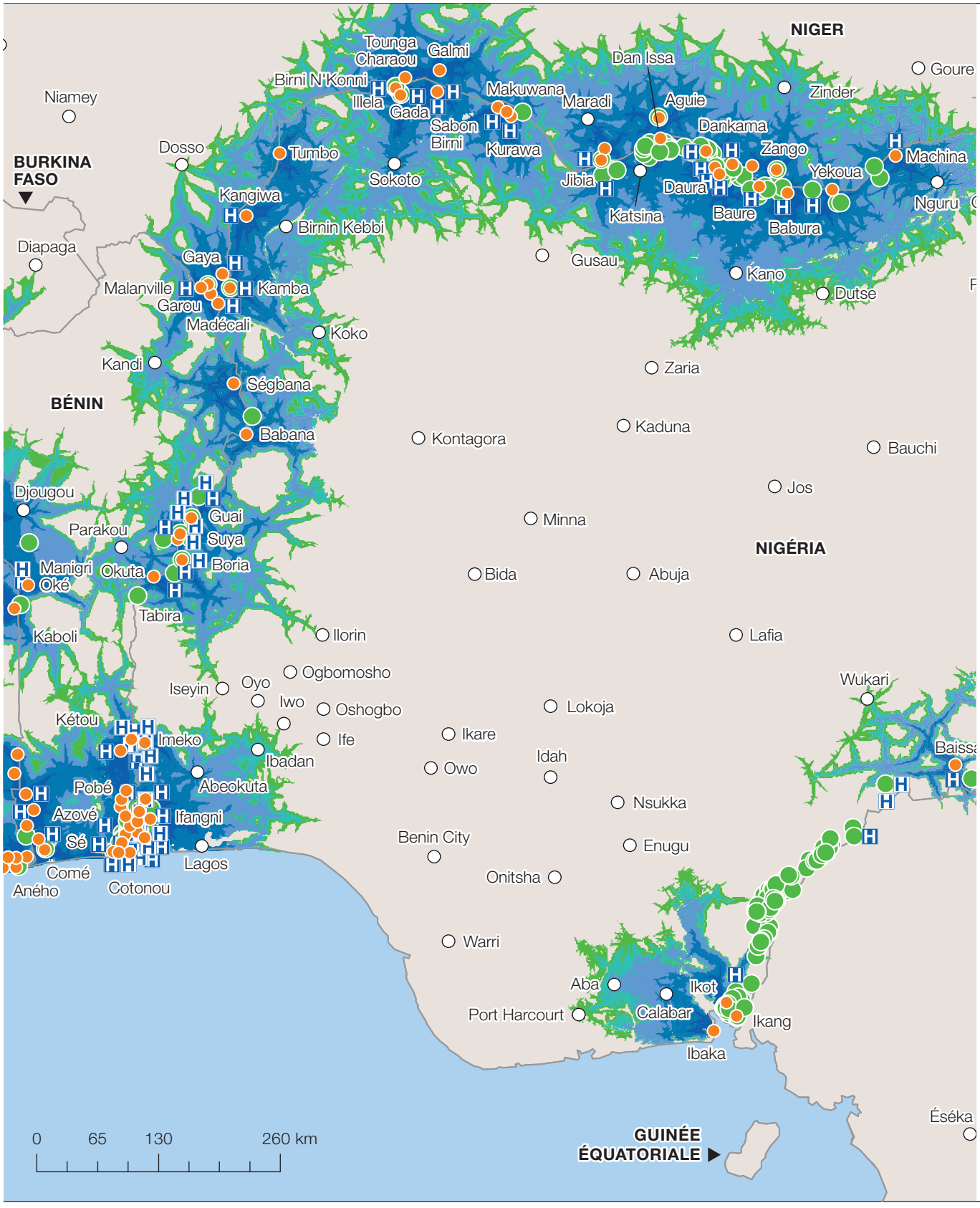
© CSAO/OCDE


Villes de plus de 10 000 habitants à moins de 20 km d'une frontière
Autres villes
Centres de santé
Hôpitaux
Maternités
Temps de parcours (minutes)
30 - 60
61 - 120
121 - 180
181 - 210
211 - 240
Kandi
Ségbana
Babana
Kontagora
Tchikandou
Guai
Suya
Boria
Okuta
Tabira
NIGÉRIA
Ilorin
Ogbomosho
Iseyin
Oyo
Oshogbo
Iwo
Ado Ekiti
Ife
Ibadan
Imeko
Abeokuta
Owo
Oja Odan
Ifonyintedo
Ifangni
Ipokia
Benin City
Lagos
Cotonou
0
30
60
120 km

© CSAO/OCDE

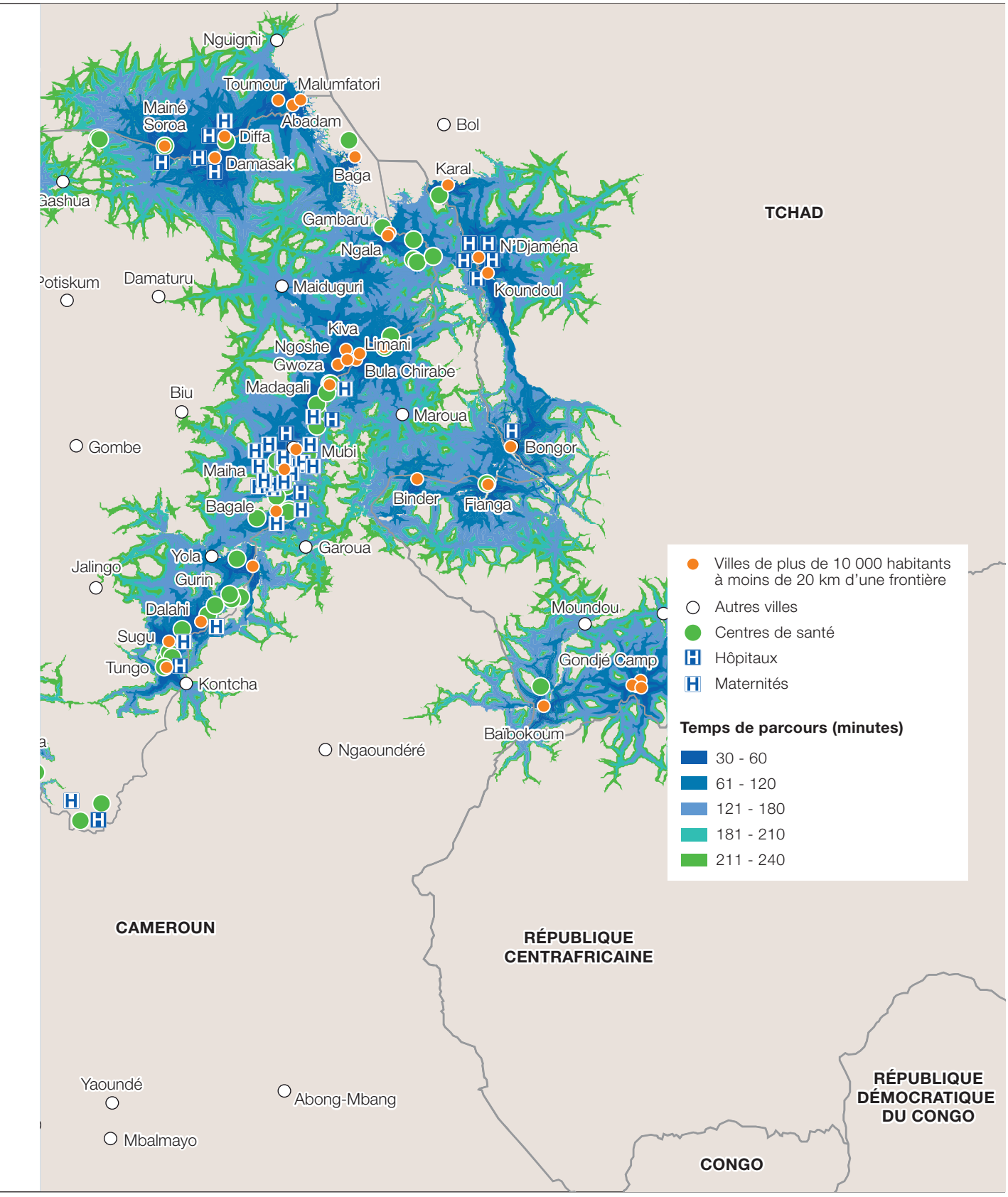
Carte 2.13

Établissements de santé et bassin de population au Nigéria



Note : les postes de santé de la région et les établissements du Cameroun ne sont pas représentés.
Source : Global Healthsites Mapping Project

© CSAO/OCDE


Nguigmi
Toumour
Malumfatori
Mainé Soroa
Abadam
Diffa
Bol
Damasak
Baga
Karal
Gashua
TCHAD
Gambaru
Ngala
N'Djaména
Potiskum
Damaturu
Maiduguri
Koundoul
Kiva
Limani
Ngoshe
Gwoza
Bula Chirabe
Madagali
Biu
Maroua
Gombe
Bongor
Mubi
Maiha
Binder
Fianga
Bagale
Garoua
Yola
Jalingo
Gurin
Moundou
Dalahi
Sugu
Gondjé Camp
Tungo
Kontcha
Baïbokoum
Ngaoundéré
Villes de plus de 10 000 habitants à moins de 20 km d'une frontière
Autres villes
Centres de santé
Hôpitaux
Maternités
Temps de parcours (minutes)
30 - 60
61 - 120
121 - 180
181 - 210
211 - 240
CAMEROUN
RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Yaoundé
Abong-Mbang
Mbalmayo
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
CONGO

© CSAO/OCDE

Références

Abdullah I et I. Rashid (dir. pub.) (2017), *Understanding West Africa's Ebola Epidemic. Towards a Political Economy,* Zed, Londres.

Alvergne, C. (2007), « Quelles politiques territoriales pour inscrire l'Afrique dans la mondialisation ? », *Les Cahiers d'Outre-Mer,* n° 238, pp. 203-216.

ApiMali (2017), Agence pour la promotion des investissements au Mali, données 2017.

BAD/OCDE/PNUD (2015), *Perspectives économiques en Afrique 2015, Développement territorial et inclusion spatiale,* Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/aeo-2015-fr.

Bertrand, M. (2015), « Du District au grand Bamako (Mali): réserves foncières en tension, gouvernance contestée », *Cybergeo: European Journal of Geography,* https://doi.org/10.4000/cybergeo.27383.

Boilley, P. (1996), *Les Touaregs Kel Adagh,* Karthala, Paris.

CEDEAO (2005), Programme d'initiative transfrontalière 2006-2008,CSAO/OCDE, Paris, https://www.oecd.org/swac/publications/38447562.pdf.

Debrie, J. (2010), « From colonization to national territories in continental West Africa: the historical geography of a transport infrastructure network », *Journal of Transport Geography,* vol. 18, n° 2, pp. 292-300.

Enda Diapol (2007), *Les dynamiques transfrontalières en Afrique de l'Ouest,* Karthala, Paris.

FENU (2017), *Annuaire cartographique de l'espace transfrontalier Mali-Burkina-Niger (Espace de l'IIRSahel),* Programme LOBI du Fonds d'équipement des Nations Unies, New York.

FMI (2017), *Perspectives économiques régionales : Faire redémarrer la croissance,* Fonds monétaire international, Washington DC.

Global Administrative Areas (2016), *GADM database of Global Administrative Areas* GADM 2.8, https://protect2.fireeye.com/url?k=2fac6b17-73b7229f-2fac40d4-002590f45c88-23a6e17d54c9b376&u=http://www.gadm.org/.

Global Health Site Mapping Project, https://healthsites.io.

Global Roads Open Access Data Set (2016), *Global Roads Open Access Data Set, Version 1* (gROADSv1), NASA Socioeconomic Data and Applications Center (SEDCAC); Center for International Earth Science Information Network (CIESIN), Columbia University; et Information Technology Outreach Services (ITOS), University of Georgia, https://doi.org/10.7927/H4VD6WCT.

Golding, N., R. Burstein, J. Longbottom, A.J. Browne, N. Fullman, A. Osgood-Zimmerman, L. Earl et al. (2017), « Mapping Under-5 and Neonatal Mortality in Africa, 2000-15: A Baseline Analysis for the Sustainable Development Goals », *The Lancet,* vol. 390, n° 10108, pp. 2171-2182.

Grégoire, E. (2013), « Islamistes et rebelles touaregs maliens : alliances, rivalités et ruptures », *EchoGéo,* DOI: 10.4000/echogeo.14933.

Herbst, J. (2014), *States and power in Africa: Comparative lessons in authority and control,* Princeton University Press, Princeton.

Herbst, J. (2000), *States and power in Africa: Comparative lessons in authority and control,* Princeton University Press.

LandScan™ Global Population Database (2014), *Global Population Database,* Oak Ridge National Laboratory, Oak Ridge.

Lovejoy, P.E. (1980), *Caravans of kola: the Hausa kola trade,* 1700-1900, Ahmadu Bello University Press, Kano.

Magrin G., J. Lemoalle J et R. Pourtier (dir. pub.) (2015), *Atlas du lac Tchad,* Passages, Paris.

Nations Unies (2017), *World Population Prospects: 2017 Revision,* United Nations Population Division.

OCDE (2018), Perspectives de l'emploi de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris.

OCDE/CSAO (2019), *Africapolis : Dynamiques d'urbanisation en Afrique,* Cahiers de l'Afrique de l'Ouest, Éditions OCDE, Paris (à paraître).

OCDE/CSAO (2018), *Africapolis* (base de données), www.africapolis.org.

© CSAO/OCDE

OCDE/CSAO (2003), Pour une meilleure approche régionale du développement en Afrique de l'Ouest : Actes de la réunion spéciale du Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest, mai 2002, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264276277-fr

Oliete Josa, S. et F. Magrinyà (2018), « Patchwork in an interconnected world: the challenges of transport networks in Sub-Saharan Africa », *Transport Reviews,* pp.1-27.

OMS (2017), *Atlas of the African Health Statistics,* Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville.

Open Street Map (2014), « Roads », Sutton Coldfield, Open Street Foundation, www.openstreetmap.org.

Osgood-Zimmerman, A., A.I. Millear, R.W. Stubbs, C. Shields, B.V. Pickering, L. Earl, N. Graetz et al. (2018), « Mapping Child Growth Failure in Africa between 2000 and 2015 », *Nature,* vol. 555, n° 7694.

Taaffe, E.J., R.L. Morrill et P.R. Gould (1963), « Transport expansion in underdeveloped countries: a comparative analysis », *Geographical Review,* vol. 53, n° 4, pp. 503-529.

Tapily, M. (2017), *Les périphéries nationales au centre de l'intégration africaine : Le Centre de santé transfrontalier Warokuy-Wanian,* Agence allemande de coopération internationale pour le développement et Programme frontière de l'Union africaine.

UEMOA (2017a), *Schéma d'aménagement transfrontalier intégré (SATI) de l'espace SKBo,* Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest et Direction du développement et de la coopération suisse, urbaplan, Lausanne, https://www.urbaplan.ch/wp-content/uploads/2017/07/15068_plaquette_5.pdf.

UEMOA (2017b), *Désenclavement du centre de santé de Wanian-Warokuy,* Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest et Direction du développement et de la coopération suisse, urbaplan, Lausanne, https://www.urbaplan.ch/wp-content/uploads/2017/07/15068_plaquette_3.pdf.

UNICEF (2018), Child mortality estimates, www.childmortality.org.

Walther O., A. Howard et D. Retaillé (2015), « West African spatial patterns of economic activities: combining the 'spatial factor' and 'mobile space' approaches », *African Studies,* vol. 74, n° 3, pp. 346-365.

Wismar, M., et al. (dirs. pub.) (2011), *Cross-border health care in the European Union: Mapping and analysing practices and policies,* Organisation mondiale de la santé, Genève.

 © CSAO/OCDE

Notes ouest-africaines

Entreprises et santé dans les villes frontalières

Cette Note qui fait partie de la Collection « Villes », analyse la répartition spatiale des entreprises formelles et des infrastructures de santé en Afrique de l'Ouest. L'analyse montre que les secteurs cruciaux pour l'intégration régionale sont concentrés dans les capitales économiques plutôt que dans les espaces frontaliers. Ces résultats illustrent la difficulté qu'ont de nombreux pays ouest-africains à distribuer le potentiel de développement économique sur l'ensemble du territoire national. La cartographie des infrastructures de santé montre que les villes frontalières présentent un excédent de centres médicaux et un déficit d'hôpitaux et de maternités relativement à leur population urbaine. La Note identifie plusieurs régions dans lesquelles une coopération plus étroite pourrait favoriser la mise en place d'établissements de santé transfrontaliers.

Ces travaux sont publiés dans la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données de l'OCDE.

Visitez www.oecd-ilibrary.org pour plus d'informations.

éditionsOCDE